

CASO CLÍNICO

Retención intraabdominal de feto posterior a legrado uterino. Comunicación de un caso

Joel Santos-Bolívar, Jhoan Aragon-Charry, Duly Torres-Cepeda y Eduardo Reyna-Villasmil *

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Maternidad Dr. Nerio Belloso, Hospital Central Dr. Urquizaona, Maracaibo, Venezuela

Recibido el 11 de marzo de 2012; aceptado el 21 de marzo de 2012

Disponible en Internet el 8 de junio de 2012

PALABRAS CLAVE

Perforación uterina;
Legrado uterino;
Retención
intraabdominal del feto

Resumen La perforación uterina durante el primer trimestre posterior a legrado uterino es una complicación rara que ocurre en el 0,02 a 0,4% de todos los procedimientos y la salida del feto o alguna de sus partes es aún menos común. Se presenta el caso de una paciente de 19 años, gesta I, aborto I quien consulta por dolor abdominal una semana después de la realización de legrado uterino. Se realiza laparotomía exploratoria encontrándose perforación en la cara posterior del cuerno uterino derecho con presencia del feto en el fondo de saco de Douglas.

© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Uterine perforation;
Uterine curettage;
Abdominal retention
of fetus

Intrabdominal retention of a fetus after uterine curettage. Case report

Abstract Uterine perforation during the first trimester after uterine curettage is a rare complication that occurs in 0.02% to 0.4% of all procedures. The presence of fetus or any of its parts is even less common. We report the case of a 19-year-old patient, gravida I, abortion I, who presented with abdominal pain 1 week after a curettage. Exploratory laparotomy was performed, revealing a perforation in the posterior portion of the right uterine horn with the presence of a fetus in the pouch of Douglas.

© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La perforación uterina es una de las situaciones obstétricas más peligrosas que produce una elevada morbilidad

materna. Los factores condicionantes para la perforación uterina son el tamaño y la posición del útero en el momento de la realización del procedimiento, malformaciones uterinas congénitas y experiencia del operador. La perforación uterina durante el primer trimestre posterior a un legrado uterino es una complicación rara que ocurre en el 0,02 a 0,4% de todos los procedimientos^{1–4}. La salida del feto o alguna de sus partes es aún menos común⁵. Se presenta un caso de presencia de feto en el abdomen posterior a legrado uterino.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(E. Reyna-Villasmil\).](mailto:sippenbauch@gmail.com)

Caso clínico

Se trata de una paciente de 19 años, I gesta, I aborto, quien consulta por presentar dolor abdominal. A la paciente se le realiza una ecografía que reporta la evidencia de sangre libre en la cavidad. La paciente presentaba un antecedente de la realización de legrado uterino en un centro público de la ciudad por un feto muerto de aproximadamente 13 semanas de gestación 7 días antes de asistir al hospital.

Durante el examen físico se observa distensión abdominal y disminución de los ruidos hidroáereos. En el tacto vaginal bimanual se palpa una tumoración dura con sangrado genital en escasa cantidad. Se realizan exámenes de laboratorio con los siguientes datos: hemoglobina 7,4 g/dl, hematocrito 23%, sodio 125 mEq/l, potasio 5,05 mEq/l, calcio 8,1 mg/dl. Se decide transfundir a la paciente 2 U de concentrado globular.

Seis horas después la distensión abdominal se acentuó, acompañándose de disnea. Se realiza ecografía abdominopélvica en la que se observa la presencia masiva de líquido libre en la cavidad abdominal sin evidencia de tejido fetal o placentario dentro del útero. El laboratorio reporta hemoglobina de 4,5 g/dl, por lo cual se decide realizar una laparotomía exploratoria con la que se encuentra aproximadamente 1 l de sangre libre en la cavidad abdominal con abundantes coágulos. Al explorar se observó una perforación de 2 cm de diámetro en la cara posterior del cuerno uterino derecho cerca de la trompa de Falopio con la presencia del feto en el fondo de saco de Douglas (fig. 1). Se procedió al retiro del feto y a la reparación de la perforación uterina.

El post-operatorio de la paciente no presentó complicaciones y le fue dada el alta al tercer día.

Discusión

Caspi et al.⁶ y Zakin et al.⁷ clasificaron la perforación uterina en parcial y completa; la parcial se divide en grados 1 y 2, y si es completa se denomina grado 3. También se ha dividido en temprana y tardía, dependiendo del momento de la aparición de la sintomatología y en sintomática y asintomática⁶.

La retención del feto o del embrión y la perforación uterina son complicaciones conocidas de los procedimientos de evacuación uterina en el primer y segundo trimestre del embarazo⁵. Sin embargo, la presencia de partes fetales o del

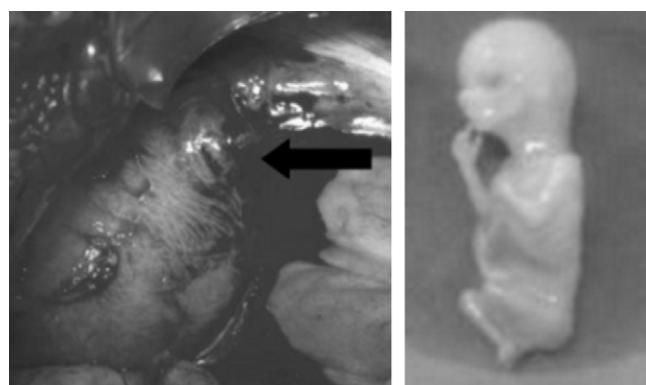


Figura 1 Sitio de la perforación uterina y feto encontrado en la cavidad abdominal.

feto es una complicación poco común. En la mayoría de los casos, las pacientes sufren graves complicaciones si no son diagnosticadas y tratadas. En este caso en particular la paciente fue dada de alta en el centro donde se realizó el legrado y la ausencia de complicaciones puede ser explicada por el uso de antibióticos tanto intravenosos como orales después del legrado.

El recuento de las partes fetales y la reconstrucción del feto después de la evacuación uterina son medidas de precaución comunes para evitar la retención de partes fetales². Es posible que ese paso se haya omitido debido a la hemorragia vaginal. Pero este procedimiento debe ser realizado en todas las pacientes sin importar las condiciones. También se ha utilizado la visualización de la cavidad uterina vacía para asegurar los resultados².

Debido a que la ecografía está disponible en la mayoría de los centros de atención obstétrica donde se realizan legrados uterinos, es la prueba de imagen más comúnmente utilizada para identificar los tejidos fetales retenidos en caso que las partes fetales no puedan ser verificadas. La incapacidad de la evaluación ecográfica en identificar las partes fetales durante la emergencia aguda debe fomentar el uso de la ecografía de la pelvis completa para excluir la presencia de partes fetales en el ligamento ancho o en el abdomen. La tomografía también puede ser útil para evaluar de forma más completa la pelvis y el abdomen^{2,8}.

Cuando se considera la perforación uterina (sangrado más de lo esperado, paso de los instrumentos más allá de la longitud uterina percibida u obtención de tejidos extrauterinos), la ecografía puede ayudar en la evaluación⁹.

Este caso ilustra la necesidad de asegurarse de que todas las partes fetales sean removidas durante la realización del legrado. La perforación uterina es una complicación seria debido a la posibilidad de la aparición de hemoperitoneo y sepsis. La intervención quirúrgica temprana es la clave para un tratamiento exitoso³.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Pauli E, Haller U, Zimmermann R. Morbidity of dilatation and evacuation in the second trimester: an analysis. *Gynakol Geburts-hilfliche Rundsch*. 2005;45:107–15.
2. Givens V, Lipscomb G. Retained fetal parts after elective second-trimester dilation and evacuation. *Obstet Gynecol*. 2007;109: 526–7.
3. Letourneur B, Parant O, Tofani V, Berrebi A. Uterine rupture on unscarred uterus following labor induction for 2(nd) trimester termination of pregnancy with oral misoprostol: conservative management. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2002;31: 371–3.
4. Park Y, Ryu K, Lee J, Park M. Spontaneous uterine rupture in the first trimester: a case report. *J Korean Med Sci*. 2005;20:1079–81.
5. Bowerman R, Pennes D, Jongeward R. Sonographic identification of an unusual complication of midtrimester pregnancy termination: unrecognized intra-abdominal extrusion of fetal parts. *J Clin Ultrasound*. 1988;16:119–22.

6. Caspi B, Shoham Z, Barash A, Lancet M. Sonographic demonstration of an intrauterine device perforating a uterine myoma. *J Clin Ultrasound*. 1989;17:535–7.
7. Zakin D, Stern W, Rosenblatt R. Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices. II. Diagnostic methods, prevention, and management. *Obstet Gynecol Surv*. 1981;36:401–7.
8. Wang Y, Su T. Obstetric uterine rupture of the unscarred uterus: a twenty-year clinical analysis. *Gynecol Obstet Invest*. 2006;62: 131–5.
9. Juarez A, Romero S. Motta. E. Perforación uterina y del rectosigmoides por dispositivo intrauterino, presentación de un caso con revisión de la literatura. *Gac Med Mex*. 2003; 139:73–5.