

506 M. González^a
A. Haya^a
F. Erasun^a
J.R. de Miguel^{a,b}

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander. España. ^bUniversidad de Cantabria. Santander. España.

Correspondencia:

Dr. J.R. de Miguel.
Servicio de Obstetricia.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n. Santander. España.
Correo electrónico: Jmsesmero@humv.es

Fecha de recepción: 7/7/04
Aceptado para su publicación: 13/6/05

Placenta previa y hemorragia posparto incoercible. Empleo de taponamiento de compresión pélvica: ¿una técnica olvidada?

Placenta previa and intractable postpartum hemorrhage. Use of pelvic compression tamponade. A forgotten technique?

RESUMEN

Se expone el caso de una gestante de 39 años de edad y 31 semanas de gestación, diagnosticada de placenta previa oclusiva total, en la que se realizó una cesárea urgente por presentar una hemorragia grave. Después de la cesárea se observó una hemorragia incontrolable; se realizó una histerectomía de hemostasia y una ligadura de arteria ilíaca interna derecha, que se complicó con una coagulación intravascular diseminada. Al no conseguir la hemostasia adecuada, se colocó, como único recurso, un taponamiento pélvico compresivo, que resultó extremadamente útil y eficaz.

PALABRAS CLAVE:

Placenta previa. Hemorragia. Taponamiento.

ABSTRACT

We present the case of a 39-year-old pregnant woman at 31 weeks of gestation diagnosed with total occlusive placenta previa who underwent emergency cesarian section due to severe

hemorrhage. After the intervention bleeding was uncontrollable and hemostasis hysterectomy and right-sided internal iliac artery ligation, complicated by disseminated intravascular coagulation, were performed. Since these measures failed to achieve adequate hemostasis, as a last resort, a pelvic pressure pack was inserted, which proved to be extremely useful and effective.

KEY WORDS

Placenta previa. Hemorrhage. Tamponade.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto (HP) es una patología obstétrica, afortunadamente poco frecuente pero potencialmente grave, que puede originar la muerte materna, tanto en países no desarrollados como en los desarrollados. Así, en España, en una encuesta hospitalaria realizada en el período 1995-1997, la hemorragia obstétrica representó el 23% de las causas directas de mortalidad materna¹. En Francia, la hemorragia obstétrica representó en el mismo período el 18,6% de la mortalidad materna².

La placenta previa puede originar una HP incontrolable, ya que la capacidad contráctil y de hemostasia del segmento uterino inferior, una vez retirada la placenta, es deficiente, y puede asociarse además a una coagulación intravascular diseminada (CID).

En el caso que se presenta se produjo una HP en una gestante en la que se realizó una cesárea por placenta previa oclusiva, que no respondió favorablemente a las técnicas médicas y quirúrgicas empleadas (histerectomía), complicada además con CID y que, en último recurso, precisó el empleo de un taponamiento pélvico, tras lo cual la paciente evolucionó favorablemente. Se expone el caso por su presentación infrecuente y pronóstico grave.

CASO CLÍNICO

Mujer secundigesta de 39 años de edad, en la semana 31 + 1 de edad gestacional, que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar una metrorragia escasa. No presenta antecedentes de interés, salvo una cesárea previa por presentación podálica.

La gestación actual evolucionaba de forma favorable y era vigilada en el centro de salud de su área sanitaria.

Ante la clínica descrita previamente, se decide el ingreso y se diagnostica de placenta previa oclusiva, por lo que se comienza la maduración pulmonar fetal y actitud conservadora dada la edad gestacional. Al día siguiente se produce una hemorragia vaginal muy abundante y se decide realizar una cesárea urgente, en la que se extrae un feto varón de 1.015 g, con test de Apgar de 8-9. La cesárea se realiza sin incidencias, salvo por un sangrado del lecho placentario, que se ubica en el segmento uterino inferior, algo mayor de lo habitual, por lo que se decide dejar un comprimido de misoprostol intracavitario. Aproximadamente 1 h después de finalizar la cesárea se decide reintervenir a la paciente por la presencia de una hemorragia no controlable con medidas conservadoras. Se realiza una histerectomía obstétrica de hemostasia reglada sin problemas, además de una ligadura de la íliaca interna derecha, pero durante el acto quirúrgico se aprecia sangrado en la sábana del lecho, así como epistaxis y hemorragia por venopunciones. Ante la alta sospecha de CID se solicita una analítica, que así lo confirma (actividad de pro-

trombrina indetectable). Se comienza una transfusión de concentrado de hematíes, plasma, plaquetas y crioprecipitados, pero la hemorragia no cede y se decide utilizar la técnica de compresión pélvica, dejando un paquete completo de 10 compresas envueltas en otra haciendo presión sobre lecho quirúrgico. La paciente es trasladada a la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde se instauran medidas para el control hemodinámico y se continúan las transfusiones; la paciente permanece en estado crítico pero estable y se mantiene con ventilación mecánica. A las 48 h, y con unas cifras de hemostasia recuperadas, se decide una reintervención para la retirada del paquete de compresión pélvica, lo cual se realiza sin ninguna incidencia y vuelve de nuevo a la UCI. La paciente evoluciona favorablemente, se procede a su extubación a las 48 h y el alta a la planta de hospitalización a las 72 h.

A las 24 h del ingreso en planta comienza con picos febriles a pesar de la cobertura antibiótica (cefazolina intravenosa durante todo el proceso). Se realiza una exploración obstétrica y se solicitan pruebas complementarias; en la placa de tórax se observa un mínimo derrame pleural y en la ecografía abdominal 2 colecciones líquidas de 93 42 y 63 31 mm en la pelvis. Se realiza una toracocentesis con extracción de 50 ml de líquido hemático y repermeabilización de la cúpula vaginal para conseguir un adecuado drenaje y, asimismo, se pauta una cobertura antibiótica con amoxicilina-clavulánico y ciprofloxacino.

La evolución clínica posterior es excelente y se procede al alta hospitalaria a los 21 días de su ingreso inicial con antibioterapia y hierro por vía oral. Asimismo, se cita a la paciente para su seguimiento en las consultas de neumología y patología gravídica y realizarse una ecografía de control.

El recién nacido evoluciona igualmente de forma satisfactoria.

DISCUSIÓN

La placenta previa puede asociarse con una HP, en ocasiones incontrolable, como en el caso que se presenta³. Aunque había un antecedente de cesárea anterior, y es frecuente en este caso la asociación con el acretismo placentario, no se observó esta complicación en el caso que se presenta. Para re-

508 solver la HP se han propuesto diversas medidas y técnicas quirúrgicas, como oxitocina, prostaglandinas (PGF2, E2 y análogos de E1, como el misoprostol)³, así como la sutura uterina local del lecho placentario, la ligadura de las arterias uterinas, la histerectomía de hemostasia y la ligadura de las arterias ilíacas internas^{3,4}. Sin embargo, aun después de aplicar estos recursos, puede persistir la hemorragia por ser incoercible, como ocurrió en nuestro caso, al complicarse con una CID.

En último recurso se colocó en la pelvis menor un grueso paquete de compresas, variante de un procedimiento descrito en 1926 por Logothetopulos, denominado compresión pélvica, taponamiento en hongo, paracaídas o sombrilla. Las publicaciones obstétricas al respecto son escasas, pero indican que

su empleo fue resolutivo y cursó con éxito⁵⁻⁸, como ocurrió en nuestro caso.

El procedimiento estándar incluye una venda que se aflora por la vagina, y en su extremo se ajusta un peso para asegurar el efecto compresivo. En nuestro caso sólo se colocó el paquete pélvico sin tracción. Debe vigilarse la hemorragia, la coagulación, la diuresis y los signos de infección, y la paciente tiene que estar en la UCI, dada la gravedad del cuadro. El taponamiento se retira en 36-48 h, por lo que se precisa reintervención.

Es un procedimiento utilizado en cirugía ginecológica y digestiva⁹. Su empleo en obstetricia es excepcional, pero puede ser sumamente beneficioso y salvar la vida de la madre. Creemos que esta referencia puede ser útil en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Miguel JR, Temprano MR, Muñoz P, Caracach V, Martínez J, Mínguez J, et al. Mortalidad materna en España en el período 1995-1997: resultados de una encuesta hospitalaria. *Prog Obstet Ginecol*. 2002;45:525-34.
2. Buvier-Colle MH, Pqinot F, Jouglu E. Mise au point sur la mortalité maternelle en France: fréquence, tendances et causes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2001;30:768-75.
3. Gary A, Dildy GA. Hemorragia posparto: nuevas opciones terapéuticas. *Urgencias en obstetricia. Clínica Americana en Obstetricia y Ginecología*; 2002. p. 319-31.
4. Clark SL, Yeh SY, Phelan JP. Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. *Obstet Gynecol*. 1984;64:376-80.
5. Maier RC. Control postpartum hemorrhage with uterine packing. *M J Obstet Gynecol*. 1993;169:317-21.
6. Dildy GA, Scott JR, Saffer CS. Pelvic pressure pack for catastrophic postpartum hemorrhage. San Francisco: 48th Annual Meeting of the American College of Obstetrics and Gynecology, 2000.
7. Robie GF, Morgan MA, Payne GG Jr, Wasemiller-Smith L. Logothetopulos pack for the management of uncontrollable postpartum hemorrhage. *Am J Perinatol*. 1990;7:327-8.
8. Cassels JW Jr, Greenberg H, Otterson WN. Pelvic tamponade in puerperal hemorrhage. A case report. *J Reprod Med*. 1985;30:689-92.
9. Finan MA, Fiorica JV, Hoffman MS, Barton DP, Glesson N, Roberts WS, et al. Massive pelvic hemorrhage during gynecologic cancer surgery: "pack and go back". *Gynecol Oncol*. 1996;62:390-5.