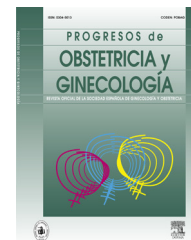




PROGRESOS de
OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Rotura espontánea de varices uterinas como causa de hemoperitoneo en la segunda mitad de la gestación

Yonit Emergui Zrihen*, Tatiana Figueras Falcón, Jose Ángel García Hernández, Luisa Gutiérrez García y Carmen Rosa Martel Santiago

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Hospital Universitario Insular Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria, España

Recibido el 19 de noviembre de 2014; aceptado el 1 de octubre de 2015

PALABRAS CLAVE

Varices uterinas;
Hemoperitoneo;
Hemorragia
intraoperatoria

KEYWORDS

Uterine varices;
Hemoperitoneum;
Intraoperative
hemorrhage

Resumen El hemoperitoneo durante el embarazo, secundario a la rotura espontánea de varices uterinas, es una condición clínica infrecuente, aunque potencialmente letal. La mortalidad materna puede llegar al 49%, aunque, con la rápida atención, ha descendido hasta un 3,4%; la mortalidad perinatal alcanza el 31%. La clínica es inespecífica, dolor abdominal y choque hipovolémico, asociado o no a sufrimiento fetal. La laparotomía exploradora es necesaria en estos casos, junto con la reposición de líquidos y sangre. Se presenta el caso de una septigesta de 44 años con edad gestacional de 28 semanas y 5 días, que presentaba dolor abdominal intenso e inestabilidad hemodinámica en la que se objetivó bradicardia fetal mantenida. Se indicó cesárea urgente ante sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, comprobándose importante hemoperitoneo procedente de 2 grandes varices de la pared anterior del útero. Se realizó una histerectomía puerperal al no controlarse el sangrado con puntos de hemostasia. © 2015 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Spontaneous uterine rupture cause of hemoperitoneum varices in midgestation

Abstract The hemoperitoneum during pregnancy, secondary to spontaneous rupture of uterine varices, is an infrequent clinic condition but potentially lethal clinical condition. Maternal mortality can reach 49%, although with fast service, has fallen to 3.4%; perinatal mortality is 31%. Symptoms are nonspecific, abdominal pain and hypovolemic shock, which may be or not fetal distress. Exploratory laparotomy is necessary in these cases, with fluid replacement and blood. For a 44 septigesta is presented with a gestational age of 28 weeks and five days, which had severe abdominal pain and hemodynamic instability that sustained fetal bradycardia was observed. Emergency cesarean section for suspected abruptio normoinserta placenta and found important hemoperitoneum from two large veins of the anterior wall of the

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: yonittatat@hotmail.com (Y. Emergui Zrihen).

uterus. Puerperal hysterectomy was performed because was not possible to control the bleeding with hemostasis stitches.

© 2015 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El hemoperitoneo durante el embarazo, secundario a la rotura de varices en la superficie del útero, es una condición clínica poco frecuente¹. Se asocia a una alta tasa de mortalidad fetal y morbilidad materna², por lo que la laparotomía exploradora se hace necesaria en estos casos. Se produce principalmente en el tercer trimestre. La clínica es poco específica, se encuentran signos de choque hipovolémico con dolor abdominal severo y descenso de la hemoglobina. Se expone el caso de una multigesta de 28 semanas y 5 días de gestación con dolor abdominal intenso y bradicardia fetal, a la que se le practicó una cesárea urgente bajo la sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. Se observó un importante hemoperitoneo y finalmente, ante la imposibilidad de yugular el cuadro y la multiparidad, se terminó por realizar una histerectomía puerperal.

Caso clínico

La paciente se trataba de una multipara de 44 años con 5 partos, un aborto previo, que refería como antecedentes personales de interés incontinencia urinaria, varices sintomáticas en miembros inferiores y fumadora de más de 10 cigarros al día. Presentaba una gestación que había cursado con acortamiento cervical, por lo que era portadora de pesario desde la semana 22. Acudió al servicio de urgencias en la semana 28 y 5 días por dolor abdominal intenso y sangrado vaginal en cantidad escasa. Se encontraba agitada y muy nerviosa. Presentaba una presión arterial de 100/50 y una frecuencia cardíaca de 90 latidos por minuto. En la exploración física la paciente presentaba mal estado general, marcada palidez mucocutánea, con abdomen doloroso a la palpación superficial de forma difusa y signos de irritación peritoneal. En la exploración vaginal presentaba sangrado escaso, que tras colocación de espéculo, se observó que procedía de la cavidad uterina; el cérvix presentaba un centímetro de dilatación y estaba borrado un 50%. Se realizó monitorización externa de la frecuencia fetal (FCF) y la dinámica uterina, observándose una bradicardia fetal mantenida de 90-110 latidos por minuto, sin presencia de dinámica uterina. Ante la sospecha de un desprendimiento prematuro de placenta normoinsera con bradicardia fetal mantenida, se indicó cesárea urgente. Se realizó, en un primer tiempo, una incisión tipo Pfannenstiel y, tras la apertura de peritoneo parietal, se observó sangrado abundante en la cavidad abdominal, con coágulos organizados. Se continuó la cesárea, extrayéndose un recién nacido vivo de sexo masculino bañado en líquido amniótico claro, con un peso de 1.200 g y test de Apgar al minuto de 2 y a los 5 min de 7. Se realizó pH de arteria umbilical que fue de 6,79, con un exceso de base de -18 miliequivalentes/litro. Se administraron 100 microgramos de carbetocina por vía intravenosa y se realizó alumbramiento mediante maniobra de Crédé, tras lo cual se comprobó un adecuado tono uterino.

En un segundo tiempo, tras la histerorrafia, se revisó la cavidad abdominal. El hemoperitoneo se estimó en 2.000 cc. Se revisó el cuerpo uterino tras exteriorización del mismo comprobando su integridad, así como la normalidad de las trompas. En la cara externa uterina, en cara lateral derecha y otra en cara anterior y central del cuerpo uterino, se observaron varias formaciones varicosas sangrantes. Se realizaron puntos hemostáticos en las mismas y se administró una ampolla de Hemabate[®] intramuscular al objetivarse una pérdida de tono uterino. Seguidamente, se realizó una laparotomía media supra e infraumbilical para proceder a la revisión exhaustiva de la cavidad abdominal, sin objetivarse puntos sangrantes a nivel perihepático, periesplénico, de asas intestinales y cúpula diafragmática. Debido a la persistencia de la atonía uterina y del sangrado de las varices que se encontraban en la cara anterior del útero, se decidió realizar una histerectomía, en un tercer tiempo, de forma reglada y sin incidencias. Al finalizar todo el procedimiento quirúrgico, se estimó un sangrado de 2.500 cc, aproximadamente. La hemoglobina al ingreso fue de 9,2 g/dl y tras la intervención quirúrgica fue de 8,4 g/dl, por lo que se transfundieron 2 concentrados de hematies. El postoperatorio cursó con buena evolución en la planta de puerperio. La hemoglobina postransfusional fue de 9,5 g/dl. La paciente fue dada de alta afebril y asintomática al quinto día posquirúrgico, con feroterapia por vía oral cada 12 h. El recién nacido ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por bajo peso. Durante su ingreso hospitalario, cursó con enfermedad de la membrana hialina y displasia broncopulmonar leve, por lo que precisó presión positiva continua de la vía aérea en varias ocasiones, retirándose definitivamente a los 27 días de vida. Preciso fototerapia por ictericia con buena evolución. Las ecografías craneales seriadas no presentaban alteraciones. Se debe destacar el seguimiento cardiológico desde el tercer día de vida, pues se detectaron nódulos ventriculares múltiples en relación con rhabdomiomas. Durante su ingreso no presentó arritmias en la monitorización ni en los Holter realizados, ni signos de insuficiencia cardíaca, sin interferir con tractos de entrada y salida de ambos ventrículos. Fue dado de alta a los 55 días de vida; en seguimiento en consultas externas.

Discusión

La rotura espontánea de varices uterinas es muy poco frecuente. La incidencia es de 1/10.000 nacimientos. En la literatura inglesa se han documentado alrededor de 150 casos. Los lugares más comunes donde ocurre son el ligamento ancho (78,3%), la parte posterior del útero (18,3%) y la cara frontal del útero (3,3%)³. La mayoría de los casos se producen antes del parto (61%), especialmente durante el tercer trimestre del embarazo y más raramente intraparto (18%) o puerperio (21%)⁴. La mortalidad materna puede llegar hasta el 49%¹. Sin embargo, con las mejoras en la atención prenatal y durante el parto, especialmente en las técnicas quirúrgicas y anestésicas, se ha reducido esta tasa hasta el

3,4%, según los casos recogidos hasta 1987. La tasa de mortalidad perinatal es muy alta, alcanzando el 31% en esta última serie. La causa de la rotura de las varices uterinas aún es desconocida; algunos autores han sugerido que la dilatación venosa durante el embarazo y el aumento repentino de la presión venosa (por contracciones uterinas en el trabajo de parto, defecación, tos severa y coito) podrían ser factores importantes para que se produzca la rotura de una variz uterina¹. Sin embargo, teniendo en cuenta la rareza de la condición, debe haber algunos factores adicionales implicados en su patogénesis⁴⁻⁷. Por ejemplo, se ha informado de que lesiones de endometriosis⁷, adherencias, anomalías vasculares, cirugía uterina previa, fibromas uterinos y multiparidad pueden ser consideradas como factores de riesgo. Los síntomas clínicos que deben alertar son el dolor abdominal de inicio brusco, con signos de hipovolemia sin metrorragia ni traumatismo previo. Puede aparecer afectación del estado fetal, por disminución de riesgo uteroplacentario secundario a la disminución de la volemia. La confirmación diagnóstica podría hacerse mediante el uso de la ecografía. Esta técnica nos permite corroborar la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal. Sin embargo, desempeña un papel limitado, particularmente ante la presencia de compromiso fetal. Por otra parte, en situaciones menos críticas, especialmente en el embarazo prematuro, el Doppler color de alta resolución junto con un ecografista hábil pueden facilitar el diagnóstico del sangrado de una variz uterina crónica, como lo demostraron Kusanovic et al. en la exposición de un caso donde, por medio del Doppler color utilizado al realizar una ecografía transvaginal, se pudo hacer un diagnóstico prenatal del sangrado de una variz cervical en el segundo trimestre de gestación⁸. El diagnóstico diferencial es complejo, pues incluye el desprendimiento de placenta, rotura uterina, embarazo ectópico abdominal, rotura hepática o esplénica, obstrucción intestinal o torsión de un quiste ovárico⁵⁻⁷. Por tanto, ante el cuadro clínico ya descrito, el tratamiento quirúrgico debe ser inmediato, aun cuando no se tenga un diagnóstico preoperatorio preciso, debido a la alta morbimortalidad materno-fetal⁹. Además de la intervención quirúrgica urgente, debe llevarse a cabo la correcta reposición de la volemia mediante líquidos y transfusión de componentes sanguíneos, si fuese necesario. Existen casos publicados en la literatura en los que, tras suturar el vaso sangrante, el embarazo continuó hasta llegar a término, situación que debe considerarse ante un feto extremadamente inmaduro^{2,6}. En el caso presentado, ante la bradicardia fetal mantenida, la inestabilidad de la paciente y el abundante hemoperitoneo, se decidió la extracción fetal y la posteriormente la revisión de cavidad abdominal para localizar el origen del sangrado. Recientemente, se ha descrito un caso publicado por Díaz-Murillo et al., en 2014, donde utilizaron la embolización radiológica intervencionista de ambas arterias uterinas para frenar el sangrado. La ventaja de esta técnica es la baja tasa de complicaciones graves y la preservación de la función reproductiva. Hasta donde sabemos, este es el primer caso de hemoperitoneo intraparto espontáneo tratado con esta técnica. Un diagnóstico precoz y una rápida indicación de esta opción terapéutica son esenciales, aunque se necesita estabilidad hemodinámica para decidir este tratamiento conservador¹⁰. En nuestra paciente,

una actitud conservadora no fue posible debido a la afectación del bienestar fetal. Muchos autores determinan como tratamiento de las varices uterinas sangrantes realizar puntos de suturas hemostáticas y compresión. Sin embargo, hay casos descritos en la literatura donde se emplea la histerectomía para la resolución del cuadro clínico, como sucedió en nuestro caso.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Hodgkinson C, Christensen R. Hemorrhage from ruptured utero-ovarian veins during pregnancy; report of 3 cases and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol.* 1950;59:1112–7.
2. Pittin S, Refahi N, Barjot P, Von Theobald P, Dreyfus M. Rupture spontanée de varices utérines au troisième trimestre de la grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2000;29:801–2.
3. Andrés-Orós MP, Server-de Castro L, Roy-Ramos V, Vela-Lete A. Rotura espontánea de variz uterina durante la gestación. Descripción de dos casos y revisión bibliográfica. *Ginecol Obstet Méx.* 2010;78:128–31.
4. Ginsburg KA, Valdes C, Schnider G. Spontaneous three case reports and a review of the literature. *Obstet Gynecol.* 1987;2:474–6.
5. Pezzuto A, Pomini P, Steinkasserer M, Nardelli GB, Minelli L. Successful 15 weeks of pregnancy: Case report and review of literature. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009;16:792–4.
6. Aziz U, Kulkarni A, Lazic D, Cullimore JE. Spontaneous rupture of the uterine vessels in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology.* 2004;103(5 Part 2):1089–91.
7. Wada S, Yoshiyuki F, Fujino T, Sato C. Uterine a delayed consequence of laparoscopic surgery for endometriosis: A case report. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009;16:510–2.
8. Williams JW. Intrapelvic hematoma following labor not associated with lesions of the uterus. *Am J Obstet Gynecol.* 1904;50:442.
9. Hashimoto K, Tabata C, Ueno Y, Fukuda H, Shimoya K, Murata Y. Spontaneous rupture of uterine surface varicose veins in pregnancy: A case report. *J Reprod Med.* 2006;51:722–4.
10. Díaz-Murillo R, Tobías-González P, López-Magallón S, Magdaleno-Dans F, Bartha JL. Spontaneous hemoperitoneum due to rupture of uterine varicose veins during labor successfully treated by percutaneous embolization. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2014;580384.