

Artículo Presentación de Caso Clínico

Hematoma retroperitoneal una complicación poco frecuente en obstetricia. Presentación de caso clínico.

Retroperitoneal hematoma, a rare complication in obstetrics. Presentation of a clinical case.

María Fernanda Calderón León *; Washington Ordoñez Méndez**

*Hospital Alfredo G. Paulson, Guayaquil. – Ecuador. ORCID 0000-0002-4121-6006

**Hospital Alfredo G. Paulson, Guayaquil, Ecuador.

dracalderonleon@hotmail.es

Resumen.

Introducción: El hematoma retroperitoneal de causa obstétrica, es una patología poco frecuente, y en la mayoría de los casos responden a una iatrogenia.

Objetivo: Describir un caso clínico de hematoma retroperitoneal, como causa de shock hipovolémico.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico de hematoma retroperitoneal como causa de emergencia obstétrica.

Resultados: Descripción de caso de mujer puérpera, que presentó en su postoperatorio inmediato shock hipovolémico; debido a laceración de la arteria uterina izquierda. Presentando un hematoma retroperitoneal, como complicación de una cesárea segmentaria electiva.

Conclusiones: Tener en consideración que en gineco-obstetricia la presencia de un hematoma retroperitoneal posterior a una cesárea, representa una entidad de alto porcentaje de mortalidad; si no es reconocido y tratado a tiempo

Palabras claves: hematoma retroperitoneal, cesárea, shock hipovolémico

Abstract.

Introduction:

Retroperitoneal hematoma is a rare condition in obstetrics, in most cases is product of an iatrogenic injury.

Objective: Describe a clinical case of retroperitoneal hematoma as a cause of hypovolemic shock

Materials and Methods: Retrospective descriptive study, presentation of retroperitoneal hematoma clinical case as a cause of obstetric emergency.

Results: A postpartum woman with hypovolemic shock after her postoperative, due to laceration of the left uterine artery. Producing a retroperitoneal hematoma, caused by complications of the elective segment cesarean section.

Conclusions: In obstetrics-gynecology is important to considerate, that the development of a retroperitoneal hematoma as a cause of a cesarean section, represents a high lethal rate if it is not detected and treated on time

Keywords: retroperitoneal hematoma, caesarean section, hypovolemic shock

Recibido: 24-04-2021

Revisado: 28-05-2021

Aceptado_24-06-2021

Introducción.

Toda mujer embarazada, independiente de la vía del parto, puede desarrollar problemas en el postparto; que al no ser tratadas oportunamente comprometen la vida de la paciente (1). Según la Organización Mundial de la Salud, 830 mujeres mueren cada día a nivel mundial; debido a complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto (2).

Desde el punto de vista obstétrico, las complicaciones hemorrágicas son causa de alta morbimortalidad. Siendo una de las más comunes, el hematoma retroperitoneal; causado por: trauma, histerectomía, parto vaginal traumático y hemostasia inadecuada durante la cesárea (3).

Los signos y síntomas van a variar de acuerdo al origen del hematoma, se presenta a menudo dolor abdominal repentino, acompañado de signos de

shock hipovolémico y reducción del hematocrito; en ciertos casos pueden observarse el Signo de Cullen y el signo de Gray Turner 24-48 h después. No obstante, al existir la presencia de un hematoma en el músculo supra elevador a nivel pélvico, la paciente puede manifestar dolor vaginal y rectal; con mucosa vaginal edematosa que sobresale a través del introito (4).

En el shock hemorrágico, la hipoxia celular es desencadenada por la hipovolemia secundaria a la hemorragia, con caída del retorno venoso y gasto cardíaco. Si no se actúa a tiempo este estado provocará falla orgánica múltiple y shock irreversible, finalmente la muerte (5).

En el Hospital Alfredo Paulson, no hay registro estadístico de hematoma retroperitoneal de causa obstétrica, ni en la literatura ecuatoriana. Siendo este el primer caso reportado, de una paciente de 33 años de edad, presentando cuadro clínico compatible con shock hipovolémico en su postoperatorio inmediato; a consecuencia de un hematoma retroperitoneal post cesárea electiva.

Objetivo:

Describir un caso clínico de hematoma retroperitoneal, como causa de shock hipovolémico.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico; de hematoma retroperitoneal como causa de emergencia obstétrica. Se procedió a la firma del consentimiento informado por parte de la paciente, permitiendo la investigación y publicación del caso clínico. Se solicitó autorización del departamento de Docencia e Investigación del Hospital Alfredo Paulson y se procedió a recolección de datos de la historia clínica de la paciente.

Resultados:

Paciente de 33 años de edad, con antecedentes gineco obstétricos: cesáreas 2. Alergias: metoclopramida. Al examen físico: palidez generalizada, náuseas, dolor en sitio quirúrgico; con un abdomen blando depresible doloroso a la palpación, útero contraído, loquios escasos. Signos clínicos de shock hipovolémico: hipotensión, taquicardia (150 x minuto), SCORE MAMA de 5. Por lo que se decide realizar laparotomía exploratoria de emergencia. Encontrando hematoma retroperitoneal izquierdo (figura 1), que llega hasta polo inferior de riñón izquierdo; se observa una laceración de la arteria

uterina izquierda como causa de la complicación obstétrica (figura 2).

El tratamiento quirúrgico realizado fue una histerectomía abdominal total + anexectomía izquierda + drenaje de hematoma retroperitoneal + ligadura de arterias hipogástricas. Durante el procedimiento quirúrgico se transfundieron hemoderivados, con recuperación satisfactoria en el área de terapia intensiva.

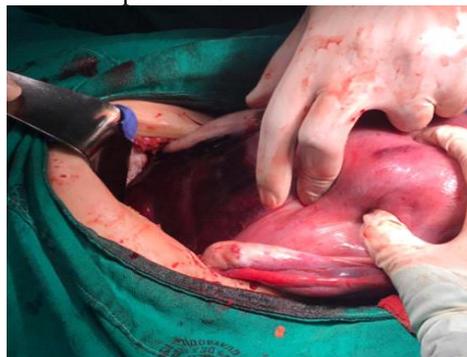


Figura 1: Hematoma retroperitoneal izquierdo
Fuente: Dra María Fernanda Calderón León

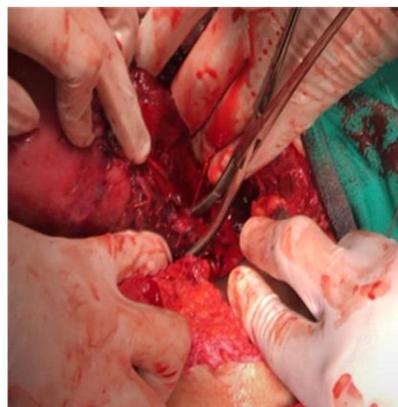


Figura 2: Laceración de la arteria uterina izquierda
Fuente: Dra María Fernanda Calderón León

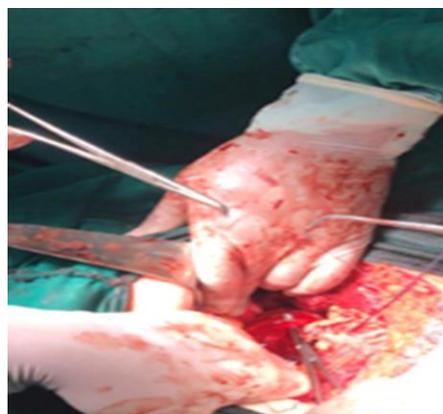


Figura 3: Ligadura de arterias hipogástricas
Fuente: Dra María Fernanda Calderón León

Discusión

Los cambios hemodinámicos que ocurren durante el embarazo, como el debilitamiento de los vasos sometidos al aumento del gasto cardíaco y volumen intravascular, aumento de la presión arterial y aumento de la producción de esteroides, combinado con el estrés del trabajo de parto, hacen que las mujeres embarazadas sean particularmente susceptibles a la producción de un hematoma retroperitoneal (6).

La mortalidad materna por hematomas alcanza del 75 al 95 %, dependiendo de la etiología y magnitud del mismo. La tasa de mortalidad durante las intervenciones ginecológicas es baja, siendo inferior al 1% (7).

La morbimortalidad dada por el hematoma retroperitoneal, se encuentra estrechamente relacionada con la atención de un equipo multidisciplinario que evalué a la madre desde el embarazo, trabajo de parto, el parto y postparto; con el objetivo de diagnosticar y tratar a tiempo las complicaciones. Aliviando el dolor, logrando hemostasia para evitar el shock hemorrágico, reduciendo el riesgo de infección y previniendo la destrucción de tejido (8).

El sangrado puede iniciar a nivel micro vascular, existiendo ruptura o estiramiento de los vasos grandes a medida que el hematoma aumenta de tamaño; puede ser mortal dependiendo de la velocidad y la cantidad de sangrado (9).

La hemorragia en la región retroperitoneal, en inicio presenta signos y síntomas clínicos leves: hipotensión y discreta taquicardia, que mejora transitoriamente con la administración de líquidos (10). En el caso presentado, encontramos una paciente pálida, hipotensa 60/40 mmHg, taquicárdica; que no mejoraba con la reposición de líquidos. Por lo que se decide realizar laparotomía exploratoria de emergencia, encontrándose un hematoma de ligamento ancho izquierdo y retroperitoneo.

Es importante tener en cuenta, al valorar el hematocrito luego de una hemorragia la estimación de pérdida sanguínea. los resultados son tardíos con respecto a las pérdidas reales. Posterior a una hemorragia de 1000 ml, el hematocrito normalmente desciende solo 3% en la primera hora, pero refleja un decremento de 8% a las 72 horas (11). Tal como sucedió en el caso presentado en el que los valores de hemoglobina y

hematocrito en el puerperio quirúrgico, se encontraban en 9.5 g/dl y 29 % respectivamente. A las 72 horas los valores de hemoglobina de 7.7 g/dl y 19.70% hematocrito, disminuyeron a pesar de recibir hemoderivados en el transquirúrgico (histerectomía).

El abordaje quirúrgico o no quirúrgico depende de etiología, tamaño y cantidad de la hemorragia; junto con el estado hemodinámico de la paciente. En un hematoma no expansivo sin síntomas de presión y paciente estable, el tratamiento conservador puede tener éxito (12) (13). La laparotomía exploratoria debe realizarse al haber cambios visibles en la situación clínica (14); como en el caso reportado. En donde se logró la hemostasia y se evitó que progrese a shock hipovolémico. El resultado exitoso se dio por la participación de un equipo multidisciplinario y actuación oportuna.

Conclusión

- Los casos de hematoma retroperitoneal reportados son escasos y provocados por diversas causas. Por lo tanto, el manejo posee relación directa con la gravedad y el estado de la paciente. Pudiendo optar por un manejo conservador no quirúrgico y quirúrgico; dependiendo de la etiología y el estado hemodinámico de la paciente.

- Tener en consideración que en ginecoobstetricia la presencia de un hematoma retroperitoneal posterior a una cesárea, representa alto porcentaje de mortalidad si no es reconocido y tratado a tiempo. Siendo imprescindible la monitorización continua y valoración adecuada, en el área de postoperatorio mediante la escala de SCORE MAMA.

- Es necesaria la intervención de un equipo multidisciplinario, el cual debe tener los conocimientos, materiales e insumos, para la resolución oportuna de las complicaciones del hematoma retroperitoneal y evitar una muerte materna.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Referencias bibliográficas:

- 1.- Calderon M., Calle, V., Hidalgo, J. Infección puerperal postparto vs infección puerperal postcesarea Hospital gineco-obsteterico enrique c sotomayor en el periodo de junio a octubre 2010. Revista Medicina; 2012, 17, (4): 238-243.
- 2.- Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, Fat DM, Boerma T, Temmerman M, Mathers C, Say L; United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group collaborators and technical advisory group. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet; 2016 Jan 30; 387(10017):462-74.
Disponible en doi: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7. Epub 2015 Nov 13. PMID: 26584737; PMCID: PMC5515236.
- 3.-Bhosale A, Fonseca M, Nandanwar YS. A rare case of retroperitoneal haematoma complicating pregnancy. Bombay Med J. 2008, 50(2):316–317.
4. - Loke SS, Bullard MJ, Liaw SJ, Liao HC (1995) Splenic artery aneurysm rupture in pregnancy—a review and case report. Loke SS, Bullard MJ, Liaw SJ, Liao HC. Splenic artery aneurysm rupture in pregnancy--a review and case report. Changgeng Yi Xue Za Zhi. 1995 Jun; 18(2):166-9. PMID: 7641110.
- 5.-Parra A, Shock hemorrágico, Revista Médica Clínica Las Condes. 2011; 22(3): 255-264. Disponible en (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011704242>)
- 6.- Soliman KB, Shawky Y, Abbas MM, Ammary M, Shaaban A. Ruptured renal artery aneurysm during pregnancy, a clinical dilemma . Ruptured renal artery aneurysm during pregnancy.Clinical dilemma. BMC Urol. 2006; 6:22. Doi: 10.1186/1471-2490-6-22
- 7.- Recari E., Oroz L.C., Lara J.A. Complicaciones de la cirugía ginecológica. Anales Sist San Navarra. 2009; 32: 65-79.
- 8.- Meabed A, H, Onuora V, C, Al Turki M, Koko A, H, Al Jawini N: Rupture of a Renal Artery Aneurysm in Pregnancy. Urol Int 2002; 69:72-74. doi: 10.1159/000064365
- 9.-Qanadli SD, El Hajjam M, Mignon F, Bruckert S, Chagnon S, Lacombe P. Life threatening spontaneous psoas haematoma treated by transcatheter arterial embolisation. Eur Radiol. 1999; 9:1231–1234
10. - Moore HC. Marfan syndrome, dissecting aneurysm of the aorta, and pregnancy. J Clin Path. 1965; 18:277–281
- 11.- Hoffman, B.L.Schorge, J.O., Schaffer, J.I., Halvorson, L.M., Bradshaw, K.D., Cunningham, G. Aspectos de Cirugía Ginecológica. 2da edición: Editorial Wcgraw-Hill ; 2014.
12. - Harma M, Harma M, Ozturk A, Gungen N. Spontaneously resolved post-caesarean giant retroperitoneal haematoma: a casere-port. Archivos de Ginecología y Obstetricia. 2013; 287(3):609-611
- 13.-Rafi J, Muppala H, Conservative management of massivepuerperal spontaneous onset retroperitoneal haematoma following normal vaginal delivery. J Obstet Gynaecol. 2008; 28(1):105–106
- 14.-Rana A, Gurung G, Bista KD, Singh KP, Ghimire RK. Arare presentation of post hysterectomy retroperitoneal haematoma. J Inst Med.2005; (27):68–70