

Anemia severa en el puerperio inmediato tras parto eutócico con exploración obstétrica normal

Orenes Moreno, M; Guijarro Campillo, AR; Pérez Vidal, JR; Rojas Domínguez, JL; Blanco Carnero, JE.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hemorragia posparto es una de las causas de morbilidad materna más importante del mundo y la primera causa de transfusión obstétrica, siendo sus principales etiologías la atonía uterina, las lesiones del canal del parto, la retención de tejido placentario y las coagulopatías.

Un problema que surge al clasificar estas hemorragias en función de la pérdida sanguínea es la posible existencia de un sangrado oculto. Así, en aquellos casos en los que encontremos un empeoramiento clínico de la paciente en el puerperio inmediato, pero sin sangrado vaginal y con exploración abdominal anodina, debemos plantearnos qué proceso oculto puede haber detrás, y en estas circunstancias siempre debemos tener presentes los hematomas de suelo pélvico. Hay autores que afirman que estos hematomas ocurren hasta en el 50% de partos eutócicos, y aquellos muy graves (localizados por encima del elevador del ano) cifrarían su incidencia en 1:20.000 partos¹. Aunque la mayoría se producen en partos instrumentales, no es improbable que ocurran en partos eutócicos, y sus principales factores de riesgo además del parto instrumentado son la nuliparidad, un expulsivo prolongado, la macrosomía, el embarazo múltiple, las varices, la preeclampsia y las alteraciones de la coagulación².

El objetivo que planteamos es la descripción del caso de una gestante en la que se produjo una anemización aguda durante el puerperio inmediato con tono uterino normal y sin sangrado vaginal anómalo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describe el caso de una paciente de 39 años gestante de 37 semanas, tercigesta con dos partos, con diabetes gestacional en tratamiento con dieta, que acudió a Urgencias por rotura prematura de membranas. Ante las condiciones obstétricas desfavorables, se decidió maduración cervical con dinoprostona, finalizando de forma eutócica 30 horas después, siendo un parto asistido por matrona sin episiotomía y con revisión del canal del parto normal, naciendo un varón de 3.230 g.

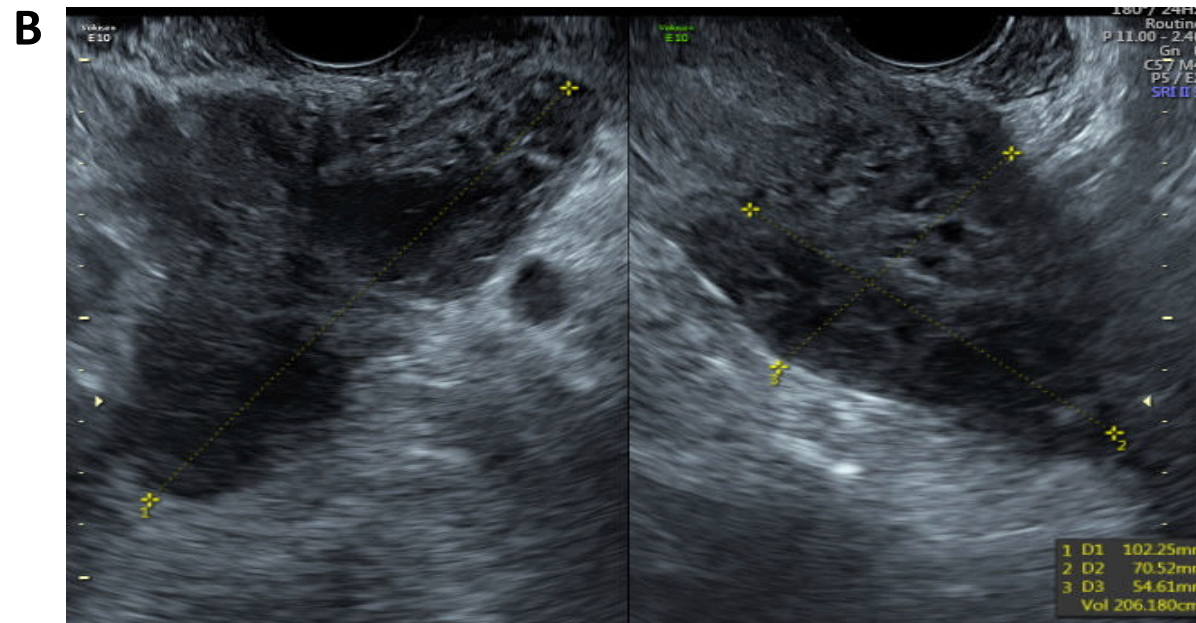
Doce horas postparto la paciente refería mareo, por lo que se extrajo un hemograma objetivándose una hemoglobina de 5.3g/dl. A la exploración, el abdomen era ligeramente doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. El útero estaba bien contraído y el sangrado vaginal era el fisiológico tras el parto.

Se solicitó TAC abdominal y angioTAC, informando de un hematoma pélvico de 10 cm en parametrio izquierdo, con hemoperitoneo secundario a rotura uterina, sin signos de sangrado activo.

La paciente ingresó entonces en la Unidad de Reanimación, donde precisó transfusión de 5 concentrados de hematíes, manteniendo constantes normales y estabilidad hemodinámica con función renal conservada. Ante la buena evolución del cuadro, finalmente fue dada de alta 10 días tras el parto, con cita en consultas de patología puerperal en 2 semanas.

En esta revisión, mediante especuloscopia se evidenciaba salida de material hemático desde fondo de saco vaginal izquierdo, y la ecografía ginecológica informaba de rotura uterina de todo el trayecto del cérvix a nivel del canto izquierdo (de istmo a vagina, con amplia solución de continuidad), con gran hematoma parametrial y del ligamento ancho izquierdo (imágenes A y B).

Desde entonces, la paciente fue siguiendo revisiones en consulta, manteniendo cifras de hemoglobina estables en torno a 13g/dl y permaneciendo asintomática. El último TAC informó de que tan solo quedaba una pequeña colección residual de 2 cm en región parauterina izquierda, y en la última ecografía de control se objetivó cicatriz de resolución espontánea del desgarro en margen cervical izquierdo.



RESULTADOS

Los hematomas pélvicos de localización supraelevador están causados por lesión de los vasos ilíacos internos. Las causas relacionadas con el parto más comunes son³ la laceración de una arteria uterina en casos de rotura uterina, partos precipitados, instrumentados o tras cesáreas previas, o por extensión de un hematoma paravaginal⁴. Si la hemorragia se produce por lesión arterial su evolución es rápida y puede conducir a la inestabilidad hemodinámica inmediata, mientras que si el origen es venoso la instauración suele ser más larvada, pero aun así progresiva y conduciendo igualmente al shock hipovolémico.

Debemos sospechar este cuadro ante la aparición de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica por hipovolemia, como taquicardia, hipotensión, mareo o agitación de la paciente, que no se corresponden con el sangrado vaginal, que es escaso. Es decir, habrá una discrepancia entre el estado hemodinámico y la cantidad de sangre que a simple vista ha perdido. Por otra parte, la distensión abdominal tampoco es un signo de hematoma retroperitoneal en una puerpera, y por lo general no presentan dolor.

La ecografía normal no descarta el diagnóstico, ya que la interposición del útero postparto impide que ésta sea útil en muchos casos, por lo que inicialmente el TAC abdominal y un estudio angiográfico selectivo son las pruebas que nos confirman la presencia del hematoma retroperitoneal e identifican el vaso sangrante, ofreciéndonos la posibilidad de embolizarlo². No obstante, si no se identifica sangrado activo y la paciente permanece estable, se puede optar por un manejo conservador como en nuestro caso, aunque es el menos habitual.

CONCLUSIONES

Los hematomas pélvicos localizados por encima del elevador del ano son un caso de especial interés, dada su baja frecuencia, su gravedad y su difícil diagnóstico, que como hemos dicho se complica por la baja correlación entre la clínica y el estado de inestabilidad de la paciente, sumado a la baja sensibilidad de las pruebas complementarias. Es, por tanto, una sospecha diagnóstica a plantear siempre en situaciones similares, pues la progresión del hematoma retroperitoneal entre los pliegues del ligamento ancho puede acumular enormes cantidades de sangre desencadenando un shock e incluso el fallecimiento de la paciente. En cuanto al tratamiento, en nuestro escenario fue posible seguir un manejo conservador, aunque esto es lo menos frecuente. Lo más común es llevar a cabo una embolización arterial selectiva, que sería fundamental en casos con sangrado activo, siempre y cuando exista cierta estabilidad hemodinámica de la paciente⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Duncan A. Von Widekind C. Bleeding from the Lower Genital Tract. Chapter 24. Textbook of postpartum hemorrhage. 2ª Edición.
2. Pérez Martínez, O. Chapter 10. Textbook Manual Práctico de Urgencias Obstétricas. Tomo 1.
3. Zahn CM, Yeomans ER. Postpartum hemorrhage: placenta accreta, uterine inversion and puerperal hematomas. Clin ObstetGynecol 1990; 33:422.
4. Villella J, Garry D, Levine G, et al. Postpartum angiographic embolization for vulvovaginal hematoma. A report of two cases. J Reprod Med 2001; 46:65.
5. Distefano M, Casarella L, Amoroso Setal. Selective arterial embolization as a first-line treatment for postpartum hematomas. ObstetGynecol 2013; 121:443.