



NOTA CIENTÍFICA: HEMOPERITONEO ESPONTÁNEO

RELACIONADO CON DESGARRO DE BRIDAS OMENTALES EN EL EMBARAZO

Mariana Loreto-Brand¹, Aquilino Fernández-Pérez², Daniel Martínez-González³,
Purificación Parada-González², Manuel Bustamante-Montalvo².

Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo. ¹Fundación Hospital de Jove, Gijón, España. ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ³Hospital Comarcal do Salnés, Vilagarcía de Arousa, España.

Correspondencia: para contactar con la autora accionar [aquí](#) (Mariana Loreto-Brand).

ABSTRACT:

Introducción: El hemoperitoneo espontáneo idiopático relacionado con intervenciones quirúrgicas previas y durante la gestación es una situación excepcional pudiendo ser letal para la madre y el feto. A pesar de los avances médicos, la mortalidad sigue manteniéndose alta por el bajo nivel de sospecha de la patología.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 36 años en la semana 30 de gestación, sin antecedentes patológicos o traumáticos salvo cesárea previa tres años antes, que acude con inestabilidad hemodinámica y dolor abdominal severo de horas de evolución. Se realiza laparotomía de urgencia evidenciando abundante hemoperitoneo sin punto de sangrado activo excepto un coágulo centinela en epiplón mayor y en la superficie anterior uterina.

Discusión: El hemoperitoneo espontáneo en pacientes con un único antecedente quirúrgico abdominal previo aparece en casos excepcionales, siendo aún menos frecuente el presentarse en pacientes gestantes.

Conclusiones: La respuesta rápida a los signos de inestabilidad hemodinámica y la terapéutica agresiva pueden modificar la potencial evolución de estos casos.

Palabras clave: hemoperitoneo, espontáneo, idiopático, abdomen agudo quirúrgico.

NOTA CIENTÍFICA:

Introducción:

El hemoperitoneo espontáneo idiopático puede ocurrir por coagulopatías congénitas o adquiridas, iatrogenia, neoplasias, causas vasculares atípicas y ginecológicas [1]. Su relación con bridas y adherencias formadas tras intervenciones quirúrgicas o procesos infecciosos abdominales es muy baja.

El hemoperitoneo espontáneo durante el embarazo es una entidad clínica excepcional pero sumamente peligrosa tanto para la madre como para el feto, pudiendo presentarse en cualquier etapa de la gestación, con mayor prevalencia durante el tercer trimestre [2]. Se han comunicado casos de hemorragia intra-abdominal en la segunda mitad del embarazo por endometriosis, placenta percreta, rotura espontánea de vasos uterinos, rotura espontánea de venas varicosas en la superficie uterina, rotura espontánea en cicatrices uterinas y de causa idiopática.

Los síndromes adherenciales complicados en pacientes intervenidas previamente con cesáreas de tipo Pfannenstiel son muy infrecuentes, pero se encuentran relacionados con el cierre del peritoneo visceral y los rectos abdominales, aumentando este cierre el riesgo de adherencias [3].

Se realizó una revisión de la casuística de nuestro centro desde enero de 2000 hasta junio de 2013 sin encontrar ningún caso con diagnóstico definitivo de hemoperitoneo espontáneo relacionado a bridas abdominales, lo que nos ha motivado a realizar una revisión de la literatura y publicar este caso clínico.

Caso clínico:

Mujer de 36 años sin patologías conocidas y sin tratamiento domiciliario, gestante de 30 semanas y 5 días, con antecedente de un embarazo previo que precisó una cesárea por presentación en posición podálica, que acude a urgencias por dolor abdominal severo de menos de 6 horas de evolución sin referir traumatismos previos ni otra sintomatología.

Al ingreso la paciente se encuentra consciente, orientada, con palidez cutáneo-mucosa importante, taquipnéica (25 rpm) e inestable hemodinámicamente (taquicárdica -128 ppm- e hipotensa -90/50- mmHg). Al examen físico se evidencia abdomen grávido, con datos de irritación peritoneal difusa y doloroso predominantemente en flancos sin contracciones uterinas evidenciables. La exploración ginecológica es normal, sin signos de parto pretérmino. Presenta dinámica uterina irregular con frecuencia cardíaca fetal normal. La analítica sanguínea realizada a su llegada al servicio de urgencias evidencia una concentración de hemoglobina en 10 g/dl (con cifras previas normales), 23200

leucocitos con desviación izquierda (92% neutrófilos), plaquetas y perfil de coagulación normal. Análisis de orina y test de fibronectina negativo.

Mientras se encuentra en urgencias se inicia estabilización hemodinámica con cristaloides (solución Ringer Lactato) y concentrados globulares, mejorando la cifra de tensión arterial. Se pauta antibioticoterapia con piperacilina-tazobactam de manera profiláctica por la leucocitosis con desviación izquierda, terapia de maduración pulmonar con esteroides y tocólisis. Se realiza una ecografía abdominal urgente que es informada como líquido intraabdominal abundante con ecos flotando en relación con gran cantidad de células, proteínas y/o detritus; se aprecia también feto viable.

Manteniéndose con la sintomatología abdominal sin cambios es llevada al quirófano por el equipo de Cirugía General con el diagnóstico de abdomen agudo. Se realiza una laparotomía media exploratoria evidenciando un hemoperitoneo de aproximadamente 2 litros de sangre con abundantes coágulos, un útero grávido a 5 traveses de dedo por encima del ombligo y en su cara anterior una superficie rugosa que impresiona de adherencias desgarradas con el epiplón mayor, presentando éste un coágulo centinela sin sangrado activo en el momento de la cirugía. Se colocan ligaduras en el extremo del epiplón adherido y material hemostático sobre la superficie uterina cruenta (Tachosil®) cómo se puede observar en la **Figura 1**. Se explora el resto de la cavidad abdominal no encontrando ninguna otra causa de sangrado.

Se mantiene hospitalizada durante 10 días para control postoperatorio evolucionando favorablemente. Se reinicia la tolerancia por vía oral sin complicaciones, se retiran los antibióticos y los controles analíticos y ecográficos se mantienen dentro de la normalidad. La dinámica uterina se normaliza. Es dada de

alta con una concentración de hemoglobina de 12 g/dl. Se realizan controles ambulatorios a los dos meses por el servicio de cirugía general encontrándose asintomática. Controles obstétricos sin alteraciones con posterior parto a término sin complicaciones vía vaginal. No presenta otras complicaciones ni recidiva posterior.



Figura 1: Superficie uterina cruenta cubierta por material hemostático.

Discusión:

El hemoperitoneo espontáneo idiopático es una entidad excepcional que se presenta clínicamente con dolor abdominal de fuerte intensidad, de evolución variable, difuso en su localización y con inestabilidad hemodinámica en la mayoría de los casos, poniendo en peligro la vida del paciente si no es diagnosticado y tratado de forma expedita.

Al examen físico se encuentra un abdomen peritonismo generalizado y analíticamente las cifras de hemoglobina están por debajo de la normalidad. El diagnóstico rara vez se realiza sin llegar a una intervención quirúrgica en la que se demuestre el sangrado y eventualmente su origen [4].

En los estudios de imagen durante la fase clínica aguda, la sangre presenta una apariencia heterogénea, visualizándose un coágulo de alta densidad o coágulo centinela en la zona de origen del sangrado; también se puede encontrar líquido peritoneal libre de alta densidad y niveles líquido-líquido, colecciones hipocóicas o ecogénicas [5].

La etiología abarca desde los trastornos de la coagulación, iatrogenia, causas ginecológicas y obstétricas, a neoplasias y alteraciones vasculares. En la **tabla 1** se presentan las causas más frecuentes.

Obstétricas	Neoplasias	Vasculares	Sistémicas	Iatrogenia
Embarazo ectópico tubárico	Hepatocarcinoma Adenoma hepático	Aneurismas viscerales (esplénica, gastroduodenal)	Lupus eritematoso diseminado	Tratamiento anticoagulante
Endometriosis	Hipernefroma	Pseudoaneurismas	Amiloidosis sistémica	Procedimientos invasivos diagnósticos o terapéuticos
Quiste ovárico roto	Metástasis	Diseción arterial por HTA	Poliarteritis nodosa	
Síndrome Helly con rotura hepática espontánea		Erosión vascular por patología inflamatoria adyacente (pancreatitis)	Poliquistosis renal	
Preeclampsia Placenta pércreta		Hipertensión portal – Cirrosis – ruptura de várices	Esplenomegalia con rotura esplénica	
Ruptura de venas o varices uterinas		Hemangiomas	Coagulación intravascular diseminada	
Ruptura o avulsión de cicatrices uterinas previas		Sangrado del ligamento falciforme	Perforación ulcerosa	
		Hemorragia perirrenal (Sd. Wunderlinch)	Peliosis hepática	

Tabla 1: Causas más frecuentes de hemoperitoneo espontáneo.

Los cuadros gineco-obstétricos son la etiología más frecuente, generalmente por rotura de embarazo ectópico. Otras etiologías dentro de este grupo como la ruptura espontánea de venas varicosas dilatadas y de cicatrices uterinas con avulsión de adherencias o bandas fibrosas formadas en la superficie del útero con el resto de los órganos abdominales y con el omento son causas poco frecuentes de hemoperitoneo espontáneo durante el embarazo [6, 7-9].

El aumento de la presión venosa debido a la mayor demanda fisiológica por el embarazo, junto con esfuerzos físicos aparentemente inocuos como toser, defecar o el crecimiento uterino durante la gestación normal, pueden causar el desgarramiento de adherencias formadas durante intervenciones quirúrgicas previas con ruptura de pequeños vasos superficiales y desencadenar el sangrado que origine el hemoperitoneo [8].

El cierre del peritoneo visceral se ha citado como causa de un aumento en la incidencia de adherencias firmes entre los órganos inmediatamente subyacentes y la fascia muscular o el epiplon que normalmente se interpone entre las vísceras y la pared en el momento de cerrar la laparotomía [3].

A pesar de que la incidencia del hemoperitoneo espontáneo idiopático sea escasa y de que los síndromes adherenciales postquirúrgicos pocas veces se manifiesten con cuadros de sangrado e inestabilidad hemodinámica, es importante el conocimiento de esta complicación y una actuación rápida y eficaz en el momento de evaluar pacientes con abdomen agudo, inestabilidad hemodinámica y líquido libre peritoneal de características sugestivas.

Conclusiones:

El hemoperitoneo espontáneo es una entidad clínica poco frecuente que puede poner en peligro la vida del paciente.

Se presenta con dolor abdominal difuso, abdomen con peritonismo e inestabilidad hemodinámica, pero el diagnóstico exacto raramente se alcanza antes de la cirugía debido a que hay múltiples entidades quirúrgicas y obstétricas que pueden dar un cuadro clínico similar y a que frecuentemente no se sospecha.

La sospecha clínica es de vital importancia para el tratamiento oportuno.

Declaraciones y conflicto de intereses: Todos los autores han participado en la elaboración de este manuscrito y en la revisión y aprobación de la versión definitiva. Ninguno presenta conflicto de intereses alguno en cuanto a su contenido y publicación.

Referencias bibliográficas:

1. L. Bataille, J. Baillieux, P. Remy, R. Gustin, C. Denié. Spontaneous rupture of omental varices: an uncommon cause of hypovolemic shock in cirrhosis. *Acta Gastroenterol Belg.* 2004; 67 (4): 351-354.
2. H. Williamson, R. Indusekhar, A. Clark, I. Hassan. Spontaneous Severe Haemoperitoneum in the Third Trimester Leading to Intrauterine Death: Case Report. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2011; 2011: 173097.
3. D. Lyell, A. Caughey, E. Hu, Y. Blumenfeld, Y. El-Sayed, K. Daniels. Rectus muscle and visceral peritoneum closure at cesarean delivery and intraabdominal adhesions. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 206: 515-520.
4. L. Level, S. Piñango, B. Gómez, C. Sahmkow. Hemoperitoneo espontáneo: a propósito de un caso. *Centro Médico.* 2005; 50 (1-2): 20-22.
5. J. Gómez, M. Grau, M. Gorriño, L. Alvarez, S. Cisneros, D. Grande. Hemoperitoneo de causa no traumática. Hallazgos con TC multicorte. XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM). Sevilla 2008. Poster 1084.
6. E. Maya, E. Srofenyoh, K. Buntugu, M. Lamptey. Idiopathic spontaneous haemoperitoneum in the third trimester of pregnancy. *Ghana Medical Journal.* 2012; 46 (4): 258-260.
7. N. Khairun, H. Begum, M. Khatum. Spontaneous hemoperitoneum from a ruptured superficial uterine vessel in third trimester of pregnancy. *Bangladesh J Obstet Gynaecol.* 2008; 23 (1): 32-34.
8. C. Hodgkinson, S. Christiansen. Haemorrhage from ruptured utero-ovarian veins during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1950; 59: 112-116.

9. W. Alomari, S. Ghazal-Aswad, I. Sidky, M. AlBassam. Ovarian salvage in bilaterally complicated severe ovarian hyperstimulation syndrome. *Fertil Steril.* 2011; 96 (2): 77-9.