

**PRESENTACION DE CASO**

**Hematoma retroplacentario asociado con absceso tubovárico en embarazo de 23 semanas. Presentación de caso.**

**Retroplacental hematoma associated to tubo ovarian abscess in 23 weeks of pregnancy. A case report.**

Dr. Alberto Jorge Fernández<sup>1</sup>, Dra. Práxedes Rojas Quintana<sup>2</sup>, Dra. Belkis Pérez Hernández<sup>2</sup>, Dra. Mariam Zam<sup>1</sup>, Dr. Yobadys del Sol Hernández<sup>1</sup>, Neysi Chávez Rodríguez<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. <sup>2</sup>Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Instructor. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

**RESUMEN**

Se presenta el caso de una paciente de 30 años, con edad gestacional de 23 semanas y antecedentes de asma bronquial para lo cual llevaba tratamiento con broncodilatadores. Acude al centro provincial de emergencia médica por presentar dolor de aparición súbita e intenso en bajo vientre, vómitos con restos de alimentos, falta de aire y sudoraciones. Se comprobó la presencia de un hematoma retroplacentario causado por un absceso tubovárico asociado a una peritonitis abdominal. Se describe la forma en que se manifestó la enfermedad y su evolución.

**Palabras Clave:** Hematoma; placenta; absceso; trompas de Falopio; ovario; peritonitis

**ABSTRACT**

A 30 year-old female patient with 23 weeks of pregnancy and with asthma antecedent is presented. She had treatment with bronchodilators. She came to the provincial medical emergency centre due to an intense pain with a sudden appearance in the lower abdomen, vomiting, shortness of breath, and sweating. The presence of a retroplacental hematoma caused due to a tubo-ovarian abscess associated to an abdominal peritonitis was corroborated. The way in which the disease was manifested and evolved is described.

**Key words:** Hematoma; placenta; abscess; Fallopian tube; ovary; peritonitis

**INTRODUCCIÓN**

Se define como desprendimiento prematuro de la placenta normoinsertada la separación parcial o total de una placenta que se encuentra normalmente implantada antes de que se inicie el trabajo de parto o durante este (1-4). Esta complicación ocurre generalmente en el último trimestre del embarazo o en el parto y se manifiesta mediante sangrado por vía vaginal y dolor abdominal.

También se conoce como abruptio placentae, ablatio placenta, hemorragia interuterino placentario(1). Puede ser parcial o total; parcial cuando se desprenden unos o varios cotiledones placentarios y total cuando se desprende la totalidad de la placenta.

Aunque no se conoce su causa con precisión, existen muchos factores que pueden producirla, entre los cuales podemos mencionar como los más importantes: Traumatismos abdominales, uso inadecuado de oxitócicos, trabajo de parto prolongado, maniobra de Kristellier (proscrita), hipertensión arterial, diabetes, descompresión brusca del útero (que ocurre en : expulsión del primer gemelar, ruptura de membrana con polihidramnio, amniocentesis mal realizada), versión por maniobra exterior, brevedad del cordón umbilical, carencia de ácido fólico, multiparidad y endometritis (1-4).

Se caracteriza por el cuadro clínico siguiente: Dolor abdominal por distensión uterina, sangrado vaginal escaso que puede no manifestarse al exterior por quedar en forma de coágulo retroplacentario, estado de shock materno producido por el dolor y la hipovolemia. Al

**Recibido:** 3 de julio de 2004

**Aprobado:** 10 de septiembre de 2004

**Correspondencia:**

Dr. Alberto Jorge Fernández

examen físico se observa hipertonia uterina (el llamado útero leñoso). Se presenta además con sufrimiento fetal progresivo, líquido amniótico hemático que adquiere color rojo vino, lo que se puede evidenciar al practicar amniotomía o al romperse espontáneamente las membranas, hemoperitoneo aparente al practicar la laparotomía, útero de Couvelaire o infiltrado hemático del miometrio, visible con laparotomía donde se observan grandes zonas equimóticas (4-7).

El laboratorio nos permite como medio auxiliar muy importante realizar biometría hemática, pruebas de coagulación y sangramiento que ayudan a prevenir una posible coagulopatía de consumo, complicación frecuente en estos casos (1,4-7).

La enfermedad inflamatoria pélvica ha constituido en los últimos años una de las enfermedades de mayor frecuencia en mujeres con edad reproductiva (8). Dentro de los factores que favorecen su aparición está la inmadurez del sistema inmune del aparato genital de adolescentes lo cual incrementa la susceptibilidad de la infección ascendente (9). En Estados Unidos de Norteamérica esta enfermedad afecta a 1 millón de mujeres por año (10).

El absceso tubovárico es una manifestación tardía de la enfermedad inflamatoria pélvica causado por infecciones polibacterianas, entre el 25 y el 80 % de los casos está producida por el gonococo y del 10 al 40 % por clamidia, 2 de cada 3 casos presentan gérmenes anaerobios y se detectan en el 84 % (9,11).

El diagnóstico se hace difícil por dos cuestiones fundamentales: la variación del cuadro clínico de las pacientes y los cambios en la distribución y aparición de microorganismos patógenos productores de esta enfermedad; es por esto que cobra vital importancia la utilización de técnicas que aseguren un diagnóstico preciso y oportuno de esta entidad (8). El ultrasonido es de limitado valor en el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria pélvica, es efectivo solo en su forma severa donde se pueden ver masas sólidas, quísticas y con gases(11).

En la literatura revisada Erdem reporta un caso de absceso tubovárico en el tercer trimestre, hallazgo quirúrgico en el transcurso de una cesárea (12). Lara Torre reporta un caso que presentaba un embarazo de 10 semanas con un abdomen agudo que resultó ser una salpingitis (13).

En la bibliografía revisada no se reporta ningún caso en que se haya observado la asociación entre el hematoma retroplacentario y el absceso tubovárico. Lo raro de esta asociación y la implicación que lleva en la morbimortalidad materna y perinatal nos motivó a presentar este caso.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 30 años, G3P1A1, con edad gestacional de 23 semanas y antecedentes de asma bronquial para lo

cual llevaba tratamiento con broncodilatadores. Acude al centro provincial de emergencia médica por presentar dolor intenso de aparición súbita en bajo vientre, vómitos con restos de alimentos, falta de aire y sudoraciones.

Al examen físico se observó:

Piel y mucosas: Húmedas e hipocoloreadas.

ACV: Ruidos cardiacos taquicárdicos, no soplos.

AR: Aleteo nasal, disnea, no estertores.

Abdomen:Útero duro (leñoso) con altura uterina de 27cm muy doloroso a la palpación, tumoración dura en fosa iliaca derecha muy dolorosa de 15 cm que impresiona estar unida al útero

Examen vaginal

Especuloscopia: Cuello de múltipara sin lesión aparente.No se apreció salida de liquido por el orificio cervical externo.

Tacto vaginal:cuello cerrado

Parámetros vitales:TA.160/100 mm/hg ; FC.120x' ; FR.46x' ; Temp.36,5 oC

Se realiza ultrasonido de urgencia en el que se observa imagen ecolúcida entre la placenta y la pared uterina, DBP 58mm, líquido amniótico normal, no latido fetal. Tumoración mixta en fosa iliaca derecha de aproximadamente 20cm difícil de definir, que está unida al útero.

Se decide laparotomía de urgencia, durante cuya realización sale de forma espontánea alrededor de 1500cc de pus y se observa útero de Couvelaire de aproximadamente 26 cm. Se realizó histerectomía y se extrajo el feto muerto y placenta con hematoma en su centro. Inmediatamente se observó tumoración rojo-negrucza en fosa iliaca derecha de más o menos 20cm, se visualizó apéndice normal. Se realizó apertura del tumor extrayendo 1500cc más de pus verdoso no fétido; se observaron adherencias a asas delgadas y ciego que se libera, se reseco tejido necrosado y se realizó hemostasia de los pediculos; se comprueba absceso interasas, subfrénico y subhepático que se drenan.

Realizamos toilette de cavidad abdominal con solución salina en tres ocasiones y se procedió a la ligadura de las arterias hipogástricas con anexectomía derecha e histerectomía total abdominal. Se dejaron tres drenajes; uno en fondo de saco posterior, uno subhepático y otro subesplénico y se cerró la pared abdominal.

La paciente fue reportada de grave crítica e ingresada en sala de cuidados intensivos, luego trasladada a la sala de perinatología. A los 11 días egresa con el diagnóstico de: Embarazo de 23 semanas, hematoma retroplacentario, absceso tubovárico derecho.

Se obtuvieron los siguientes resultados anatomopatológicos: Muerte fetal, infartos placentarios múltiples con zonas de hemorragia, útero con endometritis aguda supurada y hemorrágica, cápsula de absceso tubovárico.

**CONSIDERACIONES FINALES:**

Algunos autores como Kyrklund describen la endometritis como causa del hematoma retroplacentario (4). En este caso nos sorprende el cuadro séptico asociado ya que en ningún momento pensamos en el mismo por no tener ningún criterio diagnóstico que nos hiciera pensar en la asociación de estas afecciones.

Se considera que presentó una evolución favorable por lo radical de la cirugía en el momento preciso, así como los cuidados intensivos en el adulto y la antibióticoterapia. Fue egresada a los 11 días de la intervención. Esta afección se asocia a un incremento de la morbilidad perinatal y materna(7-9) lo cual exige, por la gravedad que pudiera asociarse, una rápida acción de los equipos básicos de trabajo.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Mandragón Castro H. Obstetricia básica ilustrada. México,DF: Editorial Trillas;1992.
2. Almagro Vázquez D. La hemostasia en las complicaciones obstétricas. Ciudad de La Habana:Editorial de Ciencias Médicas;1997.p. 47-49.
3. Schwarcz RL, Duverges CA, Diaz AG, Fescina RH. Obstetricia. 5ta ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 1995.
4. Kyrklund Blomberg NB, Genner G,Crattingius S. Placental abruption and perinatal death. Paediatr Perinat Epidemiol 2001; 15(3): 209.
5. Routi AM. Salud reproductiva. Obstetricia y Perinatología. 2da ed. Asunción: Editorial Efacim-Eduna; 2000.
6. Uranga Imaz F. Obstetricia Práctica. 4ta ed.Buenos Aires: Editorial Intermédica; 1997.
7. Vetraino G, Roma B, DiRoma E, Corosu R. Bleeding during the third term. Which complication?. Minerva Ginecol 2001; 53(3): 171-5.
8. Roque González R, Ramírez Hernández E, Leal Mursuli A. Tratamiento médico quirúrgico de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda. Rev Cubana Cir 2000; 39(2): 139-42.
9. Valentin Martínez C, Vanegas Estrada R. Enfermedad inflamatoria pélvica tumoral en adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(2): 13-7
10. Dulin J D, Akers M C. Pelvis inflammatory disease and sepsis crit care. Nurs Clin North Am 2003; 15(1): 63-70
11. Garcías León L, Mendoza J R, Herrera Llerena N, Nuñez A. Valor del UTS abdominal en la enfermedad inflamatoria pélvica. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(1): 12-5
12. Erdem M, Arslan M, Yazici G, Erdem A, Gursoy R. Incidental tubo ovarián abscess at abdominal delivery: A case report. J Matern Fetal Neonatal Med 2002 ; 12(4): 279-80
13. Lara Torre E, Pinkerton J S. Viable intrauterine pregnancy with acute Salpingitis progressing to septic abortion. A case report. J Reprod Med 2002 ; 47(11): 959-61
14. Hernández Cabrera J, Hernández Hernández D, Reudan García S, Dávila Albuerno B, Suárez Ojeda R. Gestorragia de la segunda mitad de la gestación. Incidencia y repercusión en la morbilidad perinatal y materna (1995-96). Rev Cubana Obstet Ginecol 1999; 25(2): 102-7.
15. Avellaneda González A, Hernández Cabrera J, Ulloa Gómez C, Deulofeu Jiménez M. Hematoma retroplacentario: su repercusión en la morbilidad perinatal. Rev Cubana Obstet Ginecol 1997; 23(2-3): 101-7.