Caso clínico
Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (1): 44-49.

http://doi.org/10.24245/gom.v91i1.7679

Hemoperitoneo espontáneo asociado con endometriosis en gestante de segundo trimestre

Spontaneus hemoperitoneum associated with endometriosis in a second trimester pregnant woman.

Eulogio Ambite-Lobato, Ana Redondo-Villatoro, Ana María Ferrari-Bellver, Eva María Carmona-Domínguez

Resumen

ANTECEDENTES: El hemoperitoneo espontáneo es una complicación infrecuente durante la gestación (1 de cada 100,000 embarazos) con importante repercusión en la morbilidad y mortalidad materno-fetal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 44 años, con 21+6 semanas de embarazo, con diagnóstico previo al embarazo de endometriosis, que acudió a Urgencias debido a un dolor abdominal. Después de comprobar la viabilidad fetal, se solicitó una ecografía abdominal-pélvica urgente en la que se visualizó líquido libre en la fosa de Morrison, periesplénico y perihepático. Durante su estancia en Urgencias sufrió una anemización aguda acompañada de inestabilidad hemodinámica; se decidió una laparotomía exploradora urgente. Entre los hallazgos operatorios destacó el hemoperitoneo de 1.5 litros y de sangrado en torno del anejo derecho y el parametrio. En el control ecográfico a las 12 horas de la intervención se comprobó la ausencia del latido fetal; a las 72 horas se registró la expulsión espontánea del feto. La evolución de la paciente fue favorable por lo que se dio de alta a los 10 días de la intervención.

CONCLUSIONES: Si bien durante el embarazo no hay forma de anticipar las complicaciones de la endometriosis preexistente, es importante, en caso de dolor abdominal intenso, sospechar otros eventos raros que potencialmente puedan ser mortales.

PALABRAS CLAVE: Hemoperitoneo; Embarazo; Endometriosis; Infertilidad.

Abstract

BACKGROUND: Spontaneous hemoperitoneum is a rare complication in pregnancy (1 in 100.000 pregnancies) with a great impact on maternal and fetal morbidity and mortality.

CLINICAL CASE: A 44-year-old woman, 21+6 weeks pregnant, with a diagnosis of endometriosis, who went to the Emergency Department due to abdominal pain. After verifying fetal viability, an urgent abdominal ultrasound was requested in which free fluid was visualized at the level of Morrison's fossa, perisplenic and perihepatic. During her stay in the Emergency Department, she developed acute anemia accompanied by hemodynamic instability, for which an urgent exploratory laparotomy was performed. Among the operative findings, the presence of hemoperitoneum of 1,5 liters and bleeding at the level of the right adnexa and parametrium stood out. In ultrasound control 12 hours after the intervention, the absence of a fetal heartbeat was verified producing the spontaneuous expulsion of the fetus at 72 hours. Subsequently, the patient's evolution was favorable, and she was discharged 10 days after the intervention.

CONCLUSION: Although during pregnancy there is no way to anticipate the occurrence of complications from pre-existing endometriosis. It is important the severe abdominal pain occurs, to suspect rare but life-threatening events.

KEYWORDS: Hemoperitoneum; Pregnancy; Endometriosis; Infertility.

Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla (España).

ORCID
https://orcid.org/0000-0003-4535-0824

Recibido: abril 2022

Aceptado: junio 2022

Correspondencia
Ana Redondo Villatoro
anaredonn@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Ambite-Lobato E, Redondo-Villatoro A, Ferrari-Bellver AM, Carmona-Domínguez EM. Hemoperitoneo espontáneo asociado con endometriosis en gestante de segundo trimestre. Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (1): 44-49.

ANTECEDENTES

El hemoperitoneo espontáneo durante el embarazo es una hemorragia intraperitoneal no traumática que se origina en este proceso o en el periodo puerperal.[1] El primer caso fue descrito por Williams (1904) y en la actualidad es una complicación poco frecuente (1 de cada 100.000 embarazos) pero de gran repercusión en la morbilidad y mortalidad materno fetal.[2] Si bien la mortalidad materna por esta causa se ha reducido en los últimos años al 1.7%, la mortalidad neonatal sigue en cifras cercanas al 27%.[3] La mayor prevalencia del hemoperitoneo espontáneo es en el tercer trimestre.[4] Conforme a los registros en la bibliografía, alrededor del 61% suceden antes del parto, 18% en el intraparto y 21% en el posparto.[2]

Uno de los principales factores de riesgo de hemoperitoneo espontáneo durante el embarazo es la endometriosis, descrita como la coexistencia de tejido endometrial ectópico, que afecta al 10% de las mujeres en edad fértil.[5] La relación entre endometriosis y hemoperitoneo espontáneo se debe a la posibilidad de rotura de los vasos útero-ováricos y al sangrado de los implantes endometriósicos secundario al proceso de inflamación crónica, así como a las adherencias que podrían aumentar la tensión sobre los vasos.[6]

Por lo que respecta a la clínica, los síntomas y signos más frecuentes son el dolor abdominal difuso o focalizado en los flancos, el choque hipovolémico, el descenso marcado de las concentraciones de hemoglobina y la existencia de líquido libre en las pruebas de imagen.[3] Su diagnóstico constituye un reto médico debido al amplio diagnóstico diferencial que supone un cuadro de dolor abdominal durante el segundo y tercer trimestres del embarazo.[7] La necesidad de una atención multidisciplinaria y el tratamiento quirúrgico urgente hacen que la sospecha clínica sea decisiva para su óptimo desenlace.[7]

Enseguida se expone un caso de hemoperitoneo espontáneo en una paciente en el segundo trimestre del segundo embarazo, con diagnóstico previo de endometriosis profunda.

CASO CLÍNICO

Paciente de 44 años, con 21+6 semanas de embarazo que acudió a Urgencias debido a un dolor abdominal de predominio en la fosa iliaca derecha. Entre sus antecedentes destacó el diagnóstico previo de endometriosis, con afectación de la plica vesicouterina que requirió hospitalización previa por dolor abdominal resistente al tratamiento analgésico desde hacía siete años. Posteriormente se le dio seguimiento en la consulta externa de Ginecología donde se solicitó una cistoscopia por parte del urólogo. Puesto que en la cistoscopia no se observó afectación vesical, se clasificó como trigonitis leve. Se continuó con seguimiento en la consulta de Ginecología, con controles ecográficos periódicos.

Antecedentes obstétricos: dos embarazos obtenidos mediante fecundación in vitro con ovodonación debido a la baja respuesta a la estimulación ovárica previa y al riesgo de complicaciones de la punción folicular, por la endometriosis. El primer embarazo finalizó por cesárea a las 32+5 semanas, por riesgo de pérdida del bienestar fetal, con ingreso previo por amenaza de parto pretérmino.

Durante la exploración se encontró: afebril, con dolor a la palpación profunda de la fosa iliaca derecha y signo de Blumberg positivo. En la especuloscopia no se objetivó metrorragia ni hidrorrea. Se practicó una cervicometría de 46 mm y en la ecografía obstétrica se visualizó un feto en posición podálica, con latido fetal positivo, movimientos y placenta normoinserta. Durante su estancia en Urgencias tuvo dos episodios sincopales que ameritaron medidas físicas,

administración de suero y de una ampolla de efedrina intravenosa.

En la ecografía abdominopélvica se observó líquido libre en torno de la fosa de Morrison, periesplénico y perihepático (**Figura 1**). En la fosa iliaca derecha se observó un aumento aparente de la ecogenicidad de la grasa mesentérica y adenopatías de probable origen reactivo, hallazgo que podría relacionarse con el proceso inflamatorio subyacente. En el estudio ecográfico inicial no se visualizaron imágenes compatibles con endometriomas. Los estudios de laboratorio reportaron: hemoglobina 12 g/dL, leucocitos 11.34 x 10^3, neutrófilos de 9.15 x10^3 y plaquetas de 250 x 10^3. Se practicaron análisis seriados que a las tres horas posteriores la hemoglobina se reportó en 9.1g/dL mientras que el resto de los parámetros de la hematimetría se encontraron estables.

Ante la persistencia del dolor abdominal resistente a la analgesia intravenosa, inestabilidad hemodinámica y cuadro de abdomen agudo se decidió efectuar una laparotomía exploradora de forma conjunta con el cirujano general. Entre los hallazgos operatorios destacó el hemoperitoneo en los cuadrantes, de aproximadamente 1.5 litros. Tenía sangrado activo en torno del anejo derecho y parametrio, con dificultad para su control debido a la friabilidad de los tejidos. Se procedió al lavado de la cavidad abdominal,

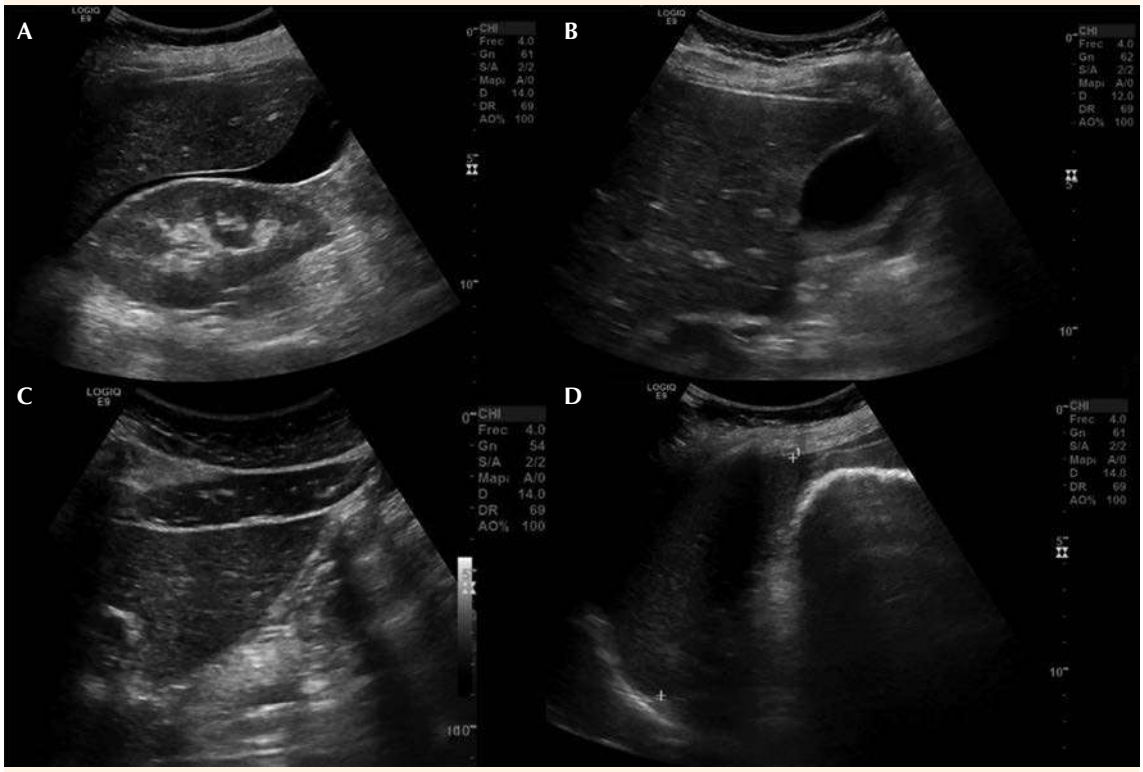


Figura 1. Ecografía abdomino-pélvica (Voluson E9). **A)** Líquido libre en espacio de Morrison. **B y C)** Líquido libre perihepático. **D)** Líquido libre periesplénico.

http://doi.org/10.24245/gom.v91i1.7679

empaquetado por cuadrantes, control del sangrado con la selladora Ligassure® y el agente hemostático Floseal®.

El posoperatorio transcurrió en la unidad de cuidados intensivos donde 12 horas más tarde se practicó una ecografía abdominal que objetivó la ausencia de latido cardiaco del feto que se comprobó mediante Doppler. Se informó a la paciente y familiares del hallazgo y se decidió posponer la inducción del parto hasta observar la evolución de la paciente y la ausencia de complicaciones en el posoperatorio los próximos 3 a 4 días; a las 72 horas se produjo la expulsión espontánea del feto.

En los estudios de laboratorio posoperatorios la hemoglobina se situó en 6.6 g/dL. Ante la persistencia del dolor abdominal se decidió una angiotomografía computada en la que no se objetivó sangrado activo, pero sí formaciones retrouterinas derechas de 54 x 42 mm y 34 x 33 mm compatibles con endometriomas, como primera opción diagnóstica. Se le trasfundieron a la paciente dos concentrados de hematíes y se indicó una dosis de hierro por vía intravenosa.

Ante la evolución satisfactoria de la paciente se trasladó a la planta de Ginecología al séptimo día de ingreso. Fue dada de alta del hospital 10 días después de la intervención debido al buen estado general y a la estabilidad clínica, con hemoglobina de 9.7 g/dL.

En la actualidad, la paciente permanece en seguimiento ambulatorio trimestral en la consulta de Ginecología, con controles ecográficos periódicos. Está en tratamiento con 75 mg de desogestrel al día en pauta continua, porque la paciente no desea un nuevo embarazo. No ha precisado nuevos ingresos para recibir analgesia.

DISCUSIÓN

En la actualidad el notable avance en las técnicas de reproducción asistida ha dado lugar a un aumento de las tasas de fertilidad en las cohortes de pacientes con endometriosis profunda, entidad que se asocia, estrechamente, con dificultad para conseguir el embarazo.[8,9] En consecuencia, se han incrementado las comorbilidades relacionadas con esta enfermedad durante el embarazo, como ocurrió en la paciente del caso en quien ambos embarazos se consiguieron mediante fertilización in vitro, con ovodonación.

Puesto que la endometriosis es una enfermedad inflamatoria estrógeno-dependiente, el tejido endometrial ectópico se ve expuesto a las modificaciones hormonales que se producen durante el embarazo, en donde tiene lugar su decidualización, de la misma manera que ocurre en el endometrio.[9,10] Estos cambios en las lesiones endometriósicas durante el embarazo pueden derivar en complicaciones agudas: hemoperitoneo espontáneo, perforación intestinal, rotura de endometriomas y uterina, que aunque poco frecuentes son potencialmente mortales y requieren, en la mayoría de los casos, atención quirúrgica urgente.[11,12] Ante lo impredecible de estas complicaciones, la bibliografía actual no recomienda algún tipo de cirugía profiláctica en pacientes con endometriosis, de forma previa al embarazo.[9,12]

En relación con el hemoperitoneo espontáneo tampoco se ha encontrado una mayor frecuencia de aparición en función del estadio de la endometriosis de la paciente, aunque parece ser más frecuente en nulíparas y en embarazos únicos.[1,3] Es importante descartar otras causas más infrecuentes que pudieran ser el origen del hemoperitoneo, como la rotura de vasos útero-ováricos.[13] En relación con el momento de la aparición, predomina el tercer trimestre

de embarazo; se estima que del 29 al 36% de los casos ocurren antes de las 33 semanas de gestación, como sucedió en la paciente del caso; el 39% entre las 33 a 37 semanas de gestación y el 37% se producen a término.[3]

Los datos reflejados en la bibliografía acerca de la localización y el origen del sangrado son muy variables. El origen venoso se establece en un 80% de los casos, arterial en un 16% y un 1% en el que no se llegó a filiar el origen.[1] Por lo que respecta a la localización, un 70% de los hemoperitoneos descritos tienen un origen uterino, con afectación de los parametrios en un 15% de los casos, como ocurrió en la paciente del caso, y en un 5% a los ligamentos úterosacros.[1,3]

Por lo que se refiere a la clínica, la paciente acudió a Urgencias debido a un dolor abdominal, que es el síntoma más frecuente acompañado de anemización aguda en el 62.7% de los casos y de choque hipovolémico en el 47.5%,[3] descendiendo en la paciente del caso la hemoglobina de 12 a 9.1 g/dL en menos de dos horas.

Ante la sospecha clínica puede ser de utilidad el apoyo con estudios de imagen en los que la sangre tendrá un aspecto heterogéneo, lo que unido a la visualización del coágulo centinela puede dar el indicio del punto sangrante.[7] Otros hallazgos son el líquido libre peritoneal con concentraciones líquido-líquido y colecciones hipoecoicas o ecogénicas.[7]

El tratamiento del hemoperitoneo espontáneo es eminentemente quirúrgico,[13,14] con intervención multidisciplinaria que, en la paciente del caso requirió la participación de anestesiólogo y reanimador, radiólogo, cirujano general y del aparato digestivo y de un intensivista.[14,15] Una primera aproximación puede ser el planteamiento de una exploración laparoscópica, aunque solo un caso de intervención laparoscópica efectiva está reportado en una embarazada con 15 semanas, sin necesidad de conversión a laparotomía.[15]

En cuanto a los hallazgos intraoperatorios, se observó una cantidad de sangre intraabdominal de aproximadamente 1.5 L, inferior a la media del sangrado reportado en estudios previos que lo sitúa en torno de los 2.3 L.[9]

La morbilidad y mortalidad materna han decrecido del 30 al 1.7%,[3] que se registra en la actualidad. Ginsburg y su grupo fueron los primeros en describir un descenso significativo de la mortalidad materna en 1987[15] debido a una mejora en las técnicas diagnóstico-terapéuticas. Sin embargo, la mortalidad fetal sigue siendo el gran reto de esta afección, con una mortalidad situada en torno del 26.9%, como sucedió en la paciente del caso, que en gran medida se relacionó con el choque hipovolémico.[3]

CONCLUSIONES

Si bien durante el embarazo no hay forma de anticipar las complicaciones de la endometriosis preexistente, es importante, cuando haya un dolor abdominal intenso, sospechar eventos raros, pero potencialmente mortales. El hemoperitoneo espontáneo tiene gran repercusión en la morbilidad y mortalidad materno-fetal. Requiere que la atención médica sea multidisciplinaria y urgente. El tratamiento quirúrgico es prioritario ante la inestabilidad hemodinámica porque el diagnóstico exacto raramente se establece antes de la laparotomía exploradora.

REFERENCIAS

1. Brosens IA, Fusi L, Brosens J. Endometriosis is a risk factor for spontaneous hemoperitoneum during pregnancy. Fertil Steril 2009; 92(4): 1243-45. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.03.091
2. Passos F, Calhaz-Jorge C, Graça LM. Endometriosis is a possible risk factor for spontaneous hemoperitoneum in the third trimester of pregnancy. Fertil Steril 2008; 89 (1): 251-52. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.02.009

http://doi.org/10.24245/gom.v91i1.7679

3. Huang LY, Hsu PY, Chiang CT, et al. Endometriosis-related spontaneous hemoperitoneum in the early second trimester: A case report. Taiwan J Obstet Gynecol 2021; 60 (2): 328-30. https://doi.org/10.1016/j.tjog.2021.01.032
4. Portilla-Quevedo, Diego, Hernández-Giraldo, Cristian, Sarmiento-Hernández, Piedad, et al. Hemoperitoneo en el puerperio debido a ruptura de vasos venosos uterinos asociado a endometriosis. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2013; 64 (1): 67-71. https://doi.org/10.18597/rcog.132
5. Naeh A, Bruchim I, Hallak M, Gabbay-Benziv R. Endometriosis-related hemoperitoneum in late pregnancy. IMAJ 2019; 21 (8): 557-59.
6. Cozzolino M, Corioni S, Maggio L, et al. Endometriosis-related hemoperitoneum in pregnancy: a diagnosis to keep in mind. Ochsner Journal 2015; 15 (3): 262-64.
7. Veiga Loreto-Brand ME, Rodríguez López N, Fernández Pérez A, Parada González P, Veiga López M. Hemoperitoneo espontáneo relacionado con desgarro de bridas omentales. Progresos de Obstetricia y Ginecología 2017; 60 (3): 244-247.
8. Gao FM, Liu GL. Four case reports of endometriosis-related hemoperitoneum in pregnancy. Chinese Medical J 2018; 131 (4): 502-4. https://doi.org/10.4103/0366-6999.225048
9. Leone Roberti Maggiore U, Ferrero S, Mangili G, Bergamini A, et al. A systematic review on endometriosis during pregnancy: diagnosis, misdiagnosis, complications and outcomes. Human Reproduction Update 2016; 22 (1): 70-103. https://doi.org/10.1093/humupd/dmv045
10. Glavind MT, Forman A, Arendt LH, Nielsen K, et al. Endometriosis and pregnancy complications: a Danish cohort study. Fertil Steril 2017; 107 (1): 160-66. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.09.020
11. Leone Roberti Maggiore U, Inversetti A, Schimberni M, et al. Obstetrical complications of endometriosis, particularly deep endometriosis. Fertil Steril 2017; 108 (6): 895-912. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.10.035
12. Leeners B, Damaso F, Ochsenbein-Kölble N, Farquhar C. The effect of pregnancy on endometriosis-facts or fiction? Human Reproduction Update 2018; 24 (3): 290-99. https://doi.org/10.1093/humupd/dmy004
13. Benito-Vielba M, Giménez-Molina C, Espiau-Romera A, Lamarca-Ballestero M, Castán-Mateo S. Hemoperitoneo secundario a la ruptura espontánea de una variz uterina en una paciente con embarazo a término: reporte de un caso y revisión bibliográfica. Ginecol Obstet Méx 2020; 88 (10):722-26. https://doi.org/10.24245/gom.v88i10.4231
14. Lier M, Malik RF, Ket J, Lambalk CB, Brosens IA, et al. Spontaneous hemoperitoneum in pregnancy (SHiP) and endometriosis - A systematic review of the recent literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod 2017; 219: 57-65. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.10.012
15. Lier M, Malik RF, van Waesberghe J, et al. Spontaneous haemoperitoneum in pregnancy and endometriosis: a case series. BJOG 2017; 124 (2): 306-12. https://doi.org/10.1111/1471-0528.14371
16. Ginsburg KA, Valdes C, Schnider G. Spontaneous uteroovarian vessel rupture during pregnancy: three case reports and a review of the literature. Obstet Gynecol 1987; 69 (3 Pt 2): 474-76. PMID: 3808529