Caso clínico
Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (5): 461-465.

https://doi.org/10.24245/gom.v90i5.6843

Psaudoaneurisma de la arteria hipogástrica izquierda, una causa extremadamente rara de sangrado puerperal tardío

Pseudoaneurysm of the left hypogastric artery, an extremely rare cause of late puerperal late puerperal bleeding.

Ana Sanz-Arenal,[1] Lourdes Gabasa-Gorgas,[1] Olga Redrado-Giménez,[1] Ramiro Alberto Laborda-Gotor,[1] Paola Estela Montañes-Bello,[1] Julio Marcelino Feliciano Domínguez-Fuentes[2]

Resumen

ANTECEDENTES: La hemorragia puerperal tardía implica una importante morbilidad y mortalidad que requiere una actuación urgente. Su causa es muy variada y requiere una cuidadosa valoración que permita detenerla, sin complicaciones.

CASO CLÍNICO: Paciente de 42 años que a las cinco semanas posteriores a una cesárea acudió a Urgencias debido a un sangrado puerperal abundante. Enseguida de un legrado y exhaustiva revisión en el quirófano en la ecografía se identificó un área parauterina anecogénica sugerente de dilatación aneurismática comunicada con la cavidad uterina. El diagnóstico se estableció con base en la angiografía y se confirmó luego de la embolización mediante radiología intervencionista, sin contratiempos, y resolución del cuadro. La paciente se dio de alta del hospital en los siguientes dos días, con posteriores revisiones que se reportaron normales.

CONCLUSIONES: La patología vascular debe formar parte del diagnóstico diferencial del sangrado puerperal tardío y, si se diagnostica adecuadamente, puede facilitar el procedimiento terapéutico mediante radiología intervencionista y evitar, así, otros tratamientos más invasivos.

PALABRAS CLAVE: Embarazo; hemorragia puerperal; diagnóstico diferencial; radiología intervencionista; angiografía; morbilidad; cesárea; dilatación; patología vascular.

Abstract

BACKGROUND: Late puerperal hemorrhage is a major morbidity and mortality that requires urgent action. Its cause is very varied and requires careful assessment to stop it without complications.

CLINICAL CASE: A 42-year-old woman came to the emergency department five weeks after cesarean section for heavy puerperal bleeding. After curettage and thorough examination in the operating room, ultrasound identified an anechogenic parauterine area suggestive of aneurysmal dilatation in communication with the uterine cavity. The diagnosis was established based on angiography and confirmed after embolization by interventional radiology, without mishap, and resolution of the picture. The patient was discharged in two days, with subsequent revisions reported as normal.

CONCLUSIONS: Vascular pathology should be part of the differential diagnosis of late puerperal hemorrhage and, if properly diagnosed, may facilitate the therapeutic procedure by interventional radiology and thus avoid other more invasive treatments.

[1] Facultativo, especialista de área, Ginecología y Obstetricia.
[2] Jefe del servicio Ginecología y Obstetricia.
Hospital Comarcal de Alcañiz, Teruel, España.

Recibido: agosto 2021

Aceptado: noviembre 2021

Correspondencia
Ana Sanz Arenal
anasanz307@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:
Sanz-Arenal A, Gabasa-Gorgas L, Redrado-Giménez O, Laborda-Gotor RA, Montañes-Bello PE, Feliciano Domínguez-Fuentes JMF. Psaudoaneurisma de la arteria hipogástrica izquierda, una causa extremadamente rara de sangrado puerperal tardío. Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (5): 461-65.

KEYWORDS: Pregnancy; Puerperal hemorrhage; Diagnosis differential; Radiology interventional; Angiography; Morbidity; Cesarean section; Dilatation; Vascular pathology.

ANTECEDENTES

La hemorragia posparto, secundaria a sangrado puerperal tardío, implica la pérdida sanguínea que se produce en las 24 h a 6 semanas posteriores al parto: es una de las causas más importantes de mortalidad materna, sobre todo en países subdesarrollados.[1,2] Se estima que, incluso, en un 1% de las pacientes se origina una hemorragia importante desde el punto de vista clínico, con mayor frecuencia en las dos primeras semanas.[3]

La causa más común es la involución uterina anómala del sitio placentario, en ocasiones por retención de restos placentarios que sufren un proceso de necrosis y depósito de fibrina, y que pueden provocar una hemorragia súbita cuando se desprende la escara. Otra causa importante son las coagulopatías, como la enfermedad de von Willebrand, aunque en general el inicio de la hemorragia en estos casos es más insidioso y desde el momento del parto.[3] Las causas vasculares, como las malformaciones arteriovenosas o los pseudoaneurismas, son más infrecuentes. Sin embargo, es importante incluirlas en el diagnóstico diferencial porque, si se sospechan y diagnostican tempranamente es posible tratarlas con procedimientos menos invasivos, como la embolización arterial selectiva.[4]

Enseguida se reporta el caso de una paciente con una hemorragia puerperal tardía, que se produjo cinco semanas después de la finalización del embarazo y que tuvo su origen en un pseudoaneurisma de la arteria hipogástrica izquierda.

CASO CLÍNICO

Paciente de 42 años, en curso del tercer embarazo, con antecedente de un aborto y una cesárea 25 meses antes. El embarazo trascurrió sin contratiempos y finalizó mediante cesárea, indicada por falla en la inducción en la semana 40+6. El recién nacido pesó 4080 g y el posoperatorio inmediato de la cesárea trascurrió sin complicaciones por lo que se dio de alta al tercer día, con loquios normales y sangrado muy escaso.

A los 35 días de la cesárea la paciente acudió al servicio de Urgencias debido a un sangrado de inicio súbito en cantidad mayor a la menstruación, con abundantes coágulos, hemodinámicamente estable en todo momento. Se decidió que la revisión se efectuara en el quirófano, previa infusión de un antibiótico y ácido tranexámico. Se advirtió que el cuello uterino tenía 1 cm de dilatación, con sangrado activo procedente de la cavidad uterina. Se practicó un legrado suave, guiado por ecografía, con la visualización del endometrio con imágenes de coágulos, pero no sugerentes de restos puerperales, y una imagen anecogénica redondeada en el segmento uterino, de 5 x 5 cm que impresionaba la malformación vascular con comunicación con la cavidad uterina (**Figuras 1 y 2**). Después del legrado y la infusión de antifibrinolíticos, la cantidad de sangrado disminuyó; se hospitalizó para control y ampliación del estudio. Una vez conseguida la estabilización de la paciente se repitió la ecografía con hallazgos similares y endometrio lineal. Ante la

https://doi.org/10.24245/gom.v90i5.6843

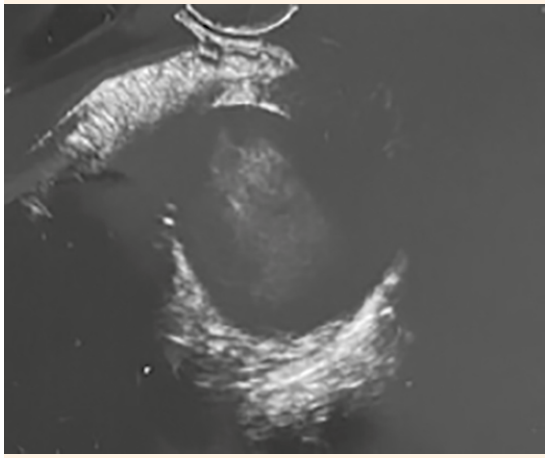


Figura 1. Imagen anecogénica parauterina.



Figura 2. Disposición de imagen anecogénica con segmento uterino.

sospecha de patología vascular susceptible de abordaje mediante radiología intervencionista se trasladó a la paciente a un hospital de tercer nivel de atención.

A su llegada al hospital de tercer nivel, la paciente se encontró estable y con sangrado en menor cantidad, pero persistente. Fue valorada por el radiólogo. Ante la sospecha de una malformación vascular se decidió proceder a la arteriografía pélvica en la que se objetivó una formación sacular, dependiente de la arteria hipogástrica izquierda, compatible con un pseudoaneurisma (**Figuras 3 y 4**) que justificaba la clínica de la paciente. Por ello, se decidió practicarle un cateterismo con embolización selectiva de la rama aferente del pseudoaneurisma, que concluyó sin contratiempos y se comprobó la ausencia de flujo a la formación aneurismática posterior a la embolización. **Figura 5**

El sangrado cedió por completo enseguida de la intervención y el posoperatorio cursó sin contratiempos. La paciente fue dada de alta dos días después, con loquios muy escasos. Las revisiones posteriores fueron normales.

DISCUSIÓN

La causa de la hemorragia posparto es muy variada y la patología vascular representa solo

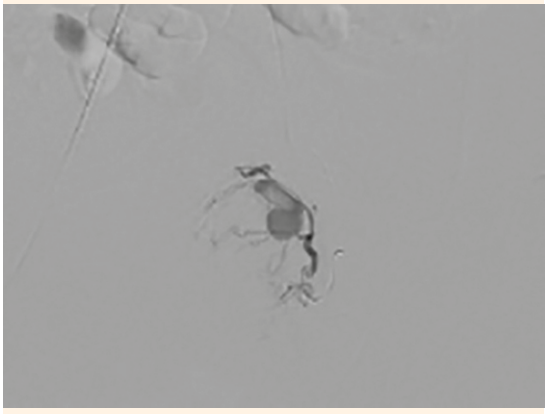


Figura 3. Angiografía con dilatación aneurismática en la arteria hipogástrica izquierda.

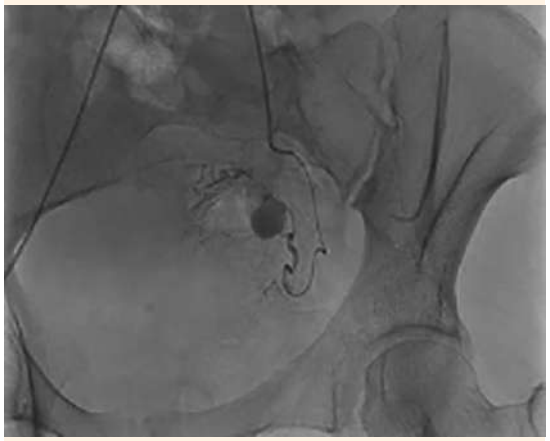


Figura 4. Embolización selectiva de la arteria aferente a dilatación aneurismática.

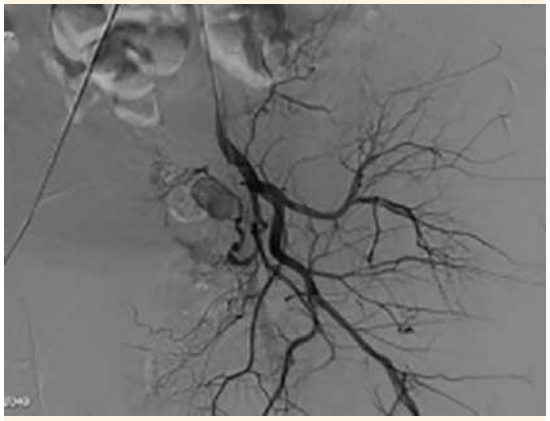


Figura 5. Angiografía postembolización, con ausencia de flujo en dilatación aneurismática.

un pequeño porcentaje de casos.[4] Por ello, es razonable ir aplicando las medidas pertinentes en función de las características del sangrado, que suelen estar protocolizadas en todos los centros, así como del estado hemodinámico de la paciente. Se recomienda iniciar la exploración con la valoración cuantitativa del sangrado y la confirmación de que procede de la cavidad uterina y practicar un legrado suave, de preferencia guiado por ecografía.[1] Si se trata de una patología vascular, las estructuras hipoecogénicas y los entramados fúndicos con forma de ovillo deben poner sobre aviso. El Doppler es una herramienta útil que, aunque no siempre está disponible en los aparatos ecográficos utilizados en las emergencias, puede ser de gran ayuda para la sospecha y el diagnóstico, y para la valoración de los flujos sanguíneos.[5]

La irrigación de los órganos pélvicos procede de la arteria iliaca interna y su ligadura disminuye el sangrado. La embolización arterial es una técnica mínimamente invasiva que persigue el mismo objetivo pero que puede practicarse mediante radiología intervencionista.[5,6] Se recurrió por primera vez a ella para controlar el sangrado obstétrico en 1979. Esta técnica ofrece tasas de éxito incluso cercanas al 96% si se practica adecuadamente. Se considera una opción segura, con menor morbilidad que la cirugía abierta y que permite preservar la fertilidad.[7,8]

Los pseudoaneurismas arteriales son dilataciones patológicas de los vasos que, con más frecuencia, se encuentran en pacientes con antecedentes de legrado, parto, cesárea e infecciones. Lo común es que el intervalo entre la intervención y el sangrado procedente de una formación pseudoaneurismática sea de una semana y tres meses, quizá por el incremento gradual de la presión que provoca el aumento de tamaño del pseudoaneurisma.[5,9]

Lo más importante para el adecuado tratamiento es tener en mente la posibilidad de patología vascular ante un sangrado postintervención quirúrgica o un traumatismo. Si el sangrado se controla, la opción de esperar y observar es una estrategia válida.[7] Si existe una sospecha firme de patología vascular y el sangrado no

https://doi.org/10.24245/gom.v90i5.6843

cede espontáneamente, una buena alternativa terapéutica, menos invasiva y con menor morbilidad que la cirugía abierta, es la embolización arterial selectiva. En ocasiones, a pesar de una embolización exitosa, es inevitable la cirugía mayor, con ligadura de los pedículos vasculares aferentes al sangrado o, en muchas ocasiones, con una histerectomía abdominal. [8,9]

Aguilar-Crespo y su grupo reportaron una serie de 33 casos de hemorragia puerperal tardía. La causa del sangrado fue la laceración de un aneurisma arterial preexistente, similar al de la paciente del caso, en seis de las pacientes. La laceración de las arterias vaginales y cervicales fue la causa del sangrado en otras 3, en quienes el desenlace de la embolización arterial selectiva fue exitoso.[10]

Otro caso reportado por Mou y su grupo ilustra cómo se diagnosticó por ecografía un pseudoaneurisma hipogástrico luego de una cesárea, que no pudo extirparse mediante radiología intervencionista debido a una ruptura espontánea que sucedió entre el diagnóstico de sospecha y el tratamiento.[9]

CONCLUSIONES

La patología vascular debe formar parte del diagnóstico diferencial del sangrado puerperal tardío. Es importante que el clínico tenga un elevado índice de sospecha de causas menos frecuentes de hemorragia posparto tardío cuando ésta no cede con la aplicación de medidas habituales. La embolización arterial selectiva, ante el diagnóstico de patología vascular en pacientes estables, es una opción segura y eficaz que permite controlar el sangrado con menor morbilidad que la cirugía abierta.

REFERENCIAS

1. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. Obstet Gynecol 2017; 130: e168. Reaffirmed 2019.
2. Deneux-Tharaux C, Bonnet MP, Tort J. Epidemiology of postpartum haemorrhage. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2014; 43 (10): 936-50. doi: 10.1016/j.jgyn.2014.09.023
3. Ende HB, Lozada MJ, Chestnut DH, Osmundson SS, et al. Risk factors for atonic postpartum hemorrhage: A systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol 2021; 137 (2): 305-23. doi: 10.1097/AOG.0000000000004228
4. Ruiter L, Kazemier BM, Mol BWJ, Pajkrt E. Incidence and recurrence rate of postpartum hemorrhage and manual removal of the placenta: A longitudinal linked national cohort study in The Netherlands. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2019; 238: 114-19. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.05.022
5. Badawy SZ, Etman A, Singh M, Murphy K, et al. Uterine artery embolization: the role in obstetrics and gynecology. Clin Imaging 2001; 25 (4): 288-95. doi: 10.1016/s0899-7071(01)00307-2
6. Darwish B, Letailleur M, Dietrich G, Marpeau L, et al. Hysterectomy for Uterine Arteriovenous Malformation: Laparoscopic View. J Minim Invasive Gynecol 2016; 23 (2): 158-9. doi: 10.1016/j.jmig.2015.09.011
7. Conrad LB, Groome LJ, Black DR. Management of persistent postpartum hemorrhage caused by inner myometrial lacerations. Obstet Gynecol 2015; 126 (2): 266-69. doi: 10.1097/AOG.0000000000000757
8. Timor-Tritsch IE, Haynes MC, Monteagudo A, Khatib N, et al. Ultrasound diagnosis and management of acquired uterine enhanced myometrial vascularity/arteriovenous malformations. Am J Obstet Gynecol 2016; 214 (6): 731.e1-731.e10. doi: 10.1016/j.ajog.2015.12.024
9. Mou Y, Xu Y, Hu Y, Jiang T. Giant uterine artery pseudoaneurysm after a missed miscarriage termination in a cesarean scar pregnancy. BMC Womens Health 2014; 14: 89. doi: 10.1186/1472-6874-14-89
10. Aguilar-Crespo A, Morales-Roselló J, Sánchez-Ajenjo C, Valle-Tejero A, et al. Postpartum hemorrhage with pelvic arterial embolization, study of 33 cases. J Matern Fetal Neonatal Med 2019; 32 (4): 573-78. doi: 10.1080/14767058.2017.1387527