

## Hematoma retroperitoneal espontáneo concurrente con una atonía uterina poscesárea

### Concurrent Spontaneous Retroperitoneal Hematoma with Uterine Atony Post Cesarean

**Belkys Rodríguez Vázquez, Vivian A. Alvarez Ponce**

Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enríquez". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

El hematoma retroperitoneal espontáneo durante el embarazo es una complicación infrecuente definido como el sangrado en el espacio retroperitoneal que ocurre sin historia de trauma reciente, tratamiento anticoagulante o enfermedad vascular. El objetivo del trabajo es presentar un caso grave poco usual en que el hematoma retroperitoneal coexistió en una paciente con atonía uterina. Se presenta una gestante de 21 años y 39 semanas que acudió al Cuerpo de Guardia del Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa en noviembre 2016 por presentar dolor abdominal. Se ingresa en Cuidados perinatales. Los exámenes complementarios, físico y la cardiotocografía fueron normales. Cuatro horas después aqueja dolor lumbar y se detectó dolor a la palpación en región intercostal posterior derecha sin otro hallazgo ni alteraciones hemodinámicas. No hay dinámica uterina y frecuencia fetal 140 latidos/minuto. Dos horas después, presentó un cuadro que el familiar informa como una "convulsión", no observada por personal médico o de enfermería. No hay toma de conciencia y los signos vitales normales, se comprueba una bradicardia fetal que motiva la indicación de cesárea de urgencia. La hemoglobina descendió a 70 g/L. Se repone volumen y se extrae un neonato con Apgar 1-3. Se produce atonía uterina que no cedió al tratamiento medicamentoso y/o masaje. Se realiza técnica de B-Lynch para la hemostasia que se logra. Se comprueba hematoma retroperitoneal no activo desde borde superior hepático hasta flanco derecho. Se estabiliza hemodinámicamente. El neonato fallece a las 72 h. El diagnóstico y tratamiento precoz del hematoma retroperitoneal contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

**Palabras clave:** hematoma retroperitoneal espontáneo; atonía uterina; técnica hemostática de B-Lynch.

## ABSTRACT

Spontaneous retroperitoneal hematoma during pregnancy is an uncommon complication defined as bleeding in the retroperitoneal space that occurs without a history of recent trauma, anticoagulant treatment or vascular disease. The objective of this study is to present an unusual case in which the retroperitoneal hematoma coexisted in a patient with uterine atony. A 21 year old pregnant woman of 39 weeks who went to the Emergency Room at Guanabacoa Gynecobstetric Hospital in November 2016, due to abdominal pain. The patient is admitted to perinatal care. Complementary studies and physical examination were normal, including cardiotocography. Four hours later, she suffered back pain, which was detected on palpation in the right posterior intercostal region without any other finding or hemodynamic changes. There were no uterine dynamics and fetal frequency was 140 beats/minute. Two hours later, this patient presented a "seizure," according to her family member that was not observed by medical or nursing staff. There was no loss of consciousness and her vital signs were normal. A fetal bradycardia is verified that motivates the indication of emergency caesarean section. Hemoglobin decreased to 70 g/L. Volume was replaced and an Apgar 1-3 neonate was extracted. There was uterine atony that did not yield to drug treatment and massage. The B-Lynch technique was performed for the hemostasis that was achieved. A non-active retroperitoneal hematoma was found from the superior border of the liver to the right flank. The patient was hemodynamically stabilized. The neonate died at 72 hours. The diagnosis and early treatment of retroperitoneal hematoma help to reduce maternal morbidity and mortality.

**Keywords:** spontaneous retroperitoneal hematoma; uterine atony; B-Lynch hemostatic technique.

---

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia retroperitoneal espontánea (HRE) engloba a toda la extravasación de sangre al espacio retroperitoneal sin antecedentes de trauma externo, manipulación endourológica ni vascular previa, así como ninguna cirugía abdominal.<sup>1,2</sup>

Es una enfermedad de etiología múltiple que se clasifica en causas locales que incluyen las roturas o fisuras de aneurismas aórticos, los tumores benignos o malignos renales, suprarrenales o pancreáticos, las enfermedades vasculares retroperitoneales, así como las infecciones, las grandes cirugías, los tratamientos prolongados con corticoides. Las causas sistémicas incluyen las terapias anticoagulantes, las discrasias sanguíneas y las vasculitis.<sup>3</sup>

A diferencia de otras hemorragias, el sangrado retroperitoneal puede pasar desapercibido en los primeros momentos, lo que entraña una gran dificultad diagnóstica.<sup>4,5</sup> Sin embargo, un retraso en el diagnóstico y manejo de esta emergencia, puede traducirse en una elevada morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el feto si este se produce en una gestante.

---

El diagnóstico de HRE puede ser extremadamente difícil debido a la falta de signos o síntomas patognomónicos. Los síntomas de presentación pueden incluir hematuria microscópica (30 %), hipertensión arterial y dolor abdominal o en uno de los flancos.<sup>1,6</sup> En la mayoría de los casos, el dolor es inespecífico y difícil de localizar. La falta de síntomas, la presencia de dolor en ausencia de signos peritoneales, leucocitosis y otros hallazgos de abdomen agudo quirúrgico, pueden llevar a un diagnóstico erróneo y, en algunos casos, con resultados catastróficos.<sup>3</sup> Se ha encontrado que existen varios factores asociados como la hipertensión arterial, la arteriosclerosis, las malformaciones arteriales y las alteraciones de la coagulación.<sup>1,6</sup> Muchas veces el diagnóstico de una urgencia vascular abdominal no se hace hasta que el paciente se vuelve hemodinámicamente inestable, lo que convierte el diagnóstico de choque hipovolémico más aparente o durante el acto quirúrgico.<sup>5</sup> En el contexto del embarazo, el principal diagnóstico diferencial que se plantea es el desprendimiento prematuro de la placenta y los resultados perinatales son desfavorables que pueden llevar a la muerte materna y fetal.<sup>2,5</sup> El objetivo del trabajo es presentar un caso grave poco usual en que el hematoma retroperitoneal coexistió en una paciente con atonía uterina.

## **PRESENTACIÓN DE CASO**

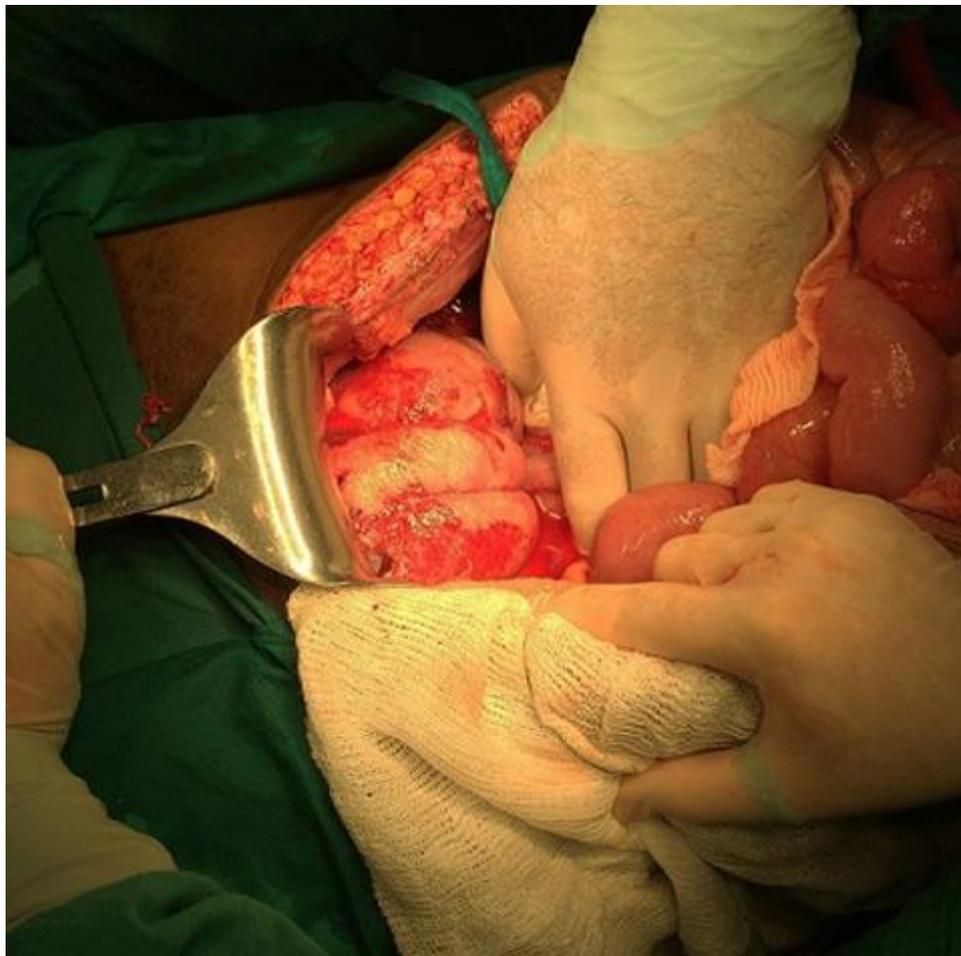
Paciente de 21 años, con antecedentes de salud, G1 P0 A0, con una edad gestacional de 39 semanas que asiste al Cuerpo de Guardia del Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa por presentar dolor bajo vientre por lo que se ingresa con el diagnóstico de embarazo a término en fase latente del parto, sin confirmarse dicho diagnóstico en sala de Cuidados Perinatales donde se detecta frecuencia fetal normal sin dinámica uterina.

Se reciben complementarios normales: HB 11,4 g/L, coagulograma normal y grupo y factor A positivo. Cuatro horas más tarde refiere dolor a la movilización en la región lumbar izquierda encontrando al examen físico, dolor a la palpación en región intercostal posterior derecha con puntos pieloureno-ureterales no dolorosos y sin otro hallazgo, tensión arterial 120-80, frecuencia cardíaca 76 latidos/minutos y frecuencia respiratoria de 18 respiraciones/minuto. Al examen obstétrico: No hay dinámica uterina y frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos/minutos.

Dos horas más tarde, el familiar refiere que presentó una convulsión mientras se encontraba sentada, la cual no fue observada por el personal médico o de enfermería. Se encontró al examen físico un estado de conciencia normal, signos vitales normales, pero una bradicardia fetal por lo que se envía con urgencia al salón de Parto, donde la impresión diagnóstica inicial es de un hematoma retroplacentario al encontrarse un tono uterino aumentado y bradicardia por presentar dicha bradicardia y tono uterino discretamente aumentado. Se decide realizar una cesárea de urgencia y se reciben nuevos complementarios donde se aprecia una anemia severa de 7,0 g/L y resto normal, por lo que se decide reposición de volumen que incluyó glóbulos rojos.

En el acto quirúrgico se constatan aproximadamente 100 cc de sangre oscura libre en la cavidad abdominal. Se realiza histerotomía y se extrae recién nacido severamente deprimido (Apgar 1-3) que fallece a las 72 h, alumbramiento activo con sangramiento normal pero el útero se observada muy pálido y atónico, por lo que se comienza tratamiento medicamentoso y masaje uterino que no resuelve y se decide realizar técnica quirúrgica conservadora (B-Lynch), con la cual consigue la contracción del útero (Fig. 1). Posteriormente, se procedió a revisar la cavidad abdominal y se constató la presencia de hematoma retroperitoneal que se extendía

desde borde superior de hígado por debajo de este hasta flanco derecho, con presencia de infiltrado hemorrágico en las asas intestinales. La paciente se mantuvo hemodinámicamente estable. Tuvo interconsulta con especialistas de Cirugía y se decidió empaquetamiento abdominal previa esponja hemostática y retirar en 48 h a pesar de no tener criterios de sangramiento activo en ese momento y se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivo.



**Fig. 1.** Sutura de B-Lynch por atonía uterina.

Se recibió en Cuidados Intensivos hemodinámicamente estable, pero con hemoglobina inferior a 8,0 g/L por lo que se decidió transfundirla nuevamente 24 h más tarde. Se realizó ultrasonido abdominal que constató una imagen de hematoma retroperitoneal de 12 × 14 cm. La flujometría Doppler no detectó sangrado activo en ningún vaso sanguíneo ni otra causa evidente. Se realizó resonancia magnética nuclear que verifica los hallazgos ultrasonográficos y no precisa la existencia de malformación o tumoración retroperitoneal. A las 48 h se reintervino y se retiró el empaquetamiento sin complicaciones (Fig. 2).

La paciente evoluciona hemodinámicamente estable con antibioticoterapia y heparina profiláctica hasta el 5to. día que comenzó con picos febriles de 39 °C, y al 7mo. día se decidió hacer cambio de tratamiento antimicrobiano por presentar, además, una flebotrombosis del miembro superior derecho. Evolucionó favorablemente hasta su alta hospitalaria varios días después, al comprobarse el comienzo de la reabsorción del hematoma.



**Fig. 2.** Aplicación de esponja hemostática previo al empaquetamiento.

Se realizó evolución por consulta externa, clínicamente hubo una mejoría evidente y se comprobó la desaparición del hematoma retroperitoneal por ultrasonografía a los 45 días del diagnóstico.

## **DISCUSIÓN**

El HRE es una enfermedad rara, que se define como el hematoma en el espacio retroperitoneal que ocurre sin historia reciente de trauma, tratamiento anticoagulante o enfermedad vascular. Existen tres opciones terapéuticas cuando

se diagnostica una lesión de los vasos renales: ligadura, nefrectomía y reparación del vaso. Sin embargo, las lesiones vasculares renales se asocian a una alta tasa de pérdida renal y una gran mortalidad.<sup>6</sup>

La paciente no presentaba antecedentes que pudieran tener elementos para sospechar el diagnóstico previo al acto quirúrgico como coincide con la literatura revisada. En ella se plantea que no existen síntomas ni signos patognomónicos de dicha entidad y que la sospecha está determinada por las condiciones de hipovolemia de la paciente.

Dentro de los diagnósticos diferenciales del HRE están los tumores y las masas quísticas del retro peritoneo. Los tumores retroperitoneales son poco frecuentes, representan entre 0,3 % y 0,8 % de todas las neoplasias y el diagnóstico se realiza por ultrasonografía, resonancia magnética nuclear o durante el acto quirúrgico.<sup>6,7</sup> Entre los tumores, el liposarcoma es el tumor maligno retroperitoneal más frecuente. Otros tumores a considerar son fibrohistiocitoma, schwannoma y paragangliomas.<sup>8,9</sup> Las lesiones quísticas del retroperitoneo pueden ser neoplásicas o no neoplásicas. Las neoplásicas incluyen una variedad amplia de lesiones donde están el linfagioma quístico, cistoadenomamucinoso y teratoma quístico, entre otras. Las no neoplásicas incluyen pseudoquiste pancreático, linfocele y urinoma. Existen tres opciones terapéuticas cuando se diagnostica una lesión de los vasos renales: ligadura, nefrectomía y reparación del vaso. Sin embargo, las lesiones vasculares renales se asocian a una alta tasa de pérdida renal y una gran mortalidad.

Por tratarse de una entidad rara y difícil de diagnosticar, la mayoría de las pacientes fallecen aun cuando se diagnostique, pues en la bibliografía revisada no se reportan pacientes sobrevivientes con hematoma retroperitoneal espontáneo durante el embarazo, en este caso se logró la supervivencia de la madre y a pesar de presentar una atonía uterina se pudo conservar su fertilidad por las nuevas técnicas quirúrgicas conservadoras.

En el manejo de la hemorragia posparto precoz es crucial una actuación inmediata y secuencial, así como también es esencial identificar su origen. En el caso de la atonía uterina, se emplearán técnicas que favorezcan la contracción del útero. Primero se realizará un manejo farmacológico para control de la hemorragia, si el empleo de útero tónicos no controla la hemorragia se realiza una revisión bimanual de la cavidad uterina para verificar que no haya restos placentarios y se da masaje al cuerpo uterino para estimular su contracción.<sup>10</sup>

Existen varias técnicas invasivas para controlar la hemorragia, como son la ligadura de arterias hipogástricas y uterinas y la embolización selectiva de las arterias uterinas. Sin embargo, estas técnicas requieren equipos especializados y cirujanos con experiencia en la ligadura vascular, que no siempre están disponibles cuando se presenta el caso de atonía. Por ello puede recurrirse a técnicas compresivas mediante suturas en el útero que intentan su contracción, para favorecer el cese de la hemorragia y en el presente caso se realizó la Técnica de B-Lynch (Fig. 1) la cual permitió la contracción uterina y por tanto la conservación del útero para una futura fertilidad.

El diagnóstico tardío y los resultados fatales de esta entidad están dados porque la hipovolemia a la cual conlleva el HRP hace que se desencadene en mecanismo fisiopatológicos en la cual se produce una redistribución sanguínea para priorizar los órganos vitales. Si a ello se suma que a través del útero circula un litro de sangre, este sería un mecanismo compensatorio en la volemia para retardar aún más los signos y síntomas de choque. A su vez, esto conlleva a que se produzca

unhipoperfusión uteroplacentaria y por tanto a la hipoxemia seguida de hipoxia y muerte fetal.

El manejo del HRP espontáneo depende de la presentación clínica. Se indica la cirugía de urgencia si se observan signos de una importante pérdida de sangre o una complicación secundaria, tal como una obstrucción o una isquemia intestinal.<sup>10</sup> El procedimiento incluye la disección y evacuación del hematoma y la búsqueda de un punto sangrante.<sup>2</sup> En este caso, se decidió tratamiento conservador pues el hematoma no tenía signos de sangramiento activo en ese momento por lo que se decidió empaquetamiento previa esponja hemostática y retirar a las 48 h, con evolución favorable y alta hospitalaria (Fig. 2) Además se logró mantener la fertilidad y por tanto las alteraciones biológicas, sociales y psicológicas que conlleva la Histerectomía en las pacientes con atonía uterina ya que se realizó la técnica B-Lynch como cirugía conservadora.<sup>11</sup>

## **CONCLUSIONES**

El diagnóstico y tratamiento precoz del hematoma retroperitoneal contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

## **CONFLICTOS DE INTERESES**

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Parker JN, Thompson Spontaneous mesenteric haematoma; diagnosis and management. *BMJ Case Rep.* 2012;26(4):75-9.
2. Meng YS, Yang KL, Cheng GQ, Chen LP, Wang WLi. A huge malignant peripheral nerve sheath tumor with hepatic metastasis arising from retroperitoneal ganglioneuroma. *Oncol Lett.* 2013;35:123-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3892/ol.2012.961>
3. Mashuca SJ, Julve VE, Galacho B. Hematoma retroperitoneal espontaneo. Nuestra experiencia. *Actas Urolog Esp.* 1999;23(1):43-50.
4. Shahaji C, Amit P, Prashant P, Sachin T. Giant retroperitoneal liposarcoma: A case report. *Case Rep Oncol Med.* 2012;[2 p]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/869409>
5. Nassar A, Kuntal S, Parveen S. Spontaneous Retroperitoneal Haematoma Post Spontaneous Vaginal Delivery. A Case Report. *Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology [Internet].* 2016 [5 Julio 2017];206 [2 p]. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0301211516305462.pdf?locale=es\\_ES](https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0301211516305462.pdf?locale=es_ES)

6. Shahaji C, Amit P, Prashant P, Sachin T. Giant retroperitoneal liposarcoma: A case report. *Case Rep Oncol Med.* 2012(2012):869409  
<http://dx.doi.org/10.1155/2012/869409>
7. Thapa SS, Kaur NJ, George SV. Lumbar Plexopathy Secondary to Spontaneous Large Retroperitoneal Hematoma. *American Journal of Medicine [Internet].* 2016 [8 julio 2017]129(12):[2p]. Disponible en:  
[https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S000293431630835X.pdf?locale=es\\_ES](https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S000293431630835X.pdf?locale=es_ES)
8. Labarca-Acosta M, Torres-Cepeda D, Reyna-Villasmil E. Spontaneous retroperitoneal hematoma and pregnancy. *Case report vol. Cir Esp.* 2013;91:543-4. DOI: 10.1016/j.ciresp.2013.02.018
9. Cheng S, Chen Y, Xu L, Zhang Z. Ding Primary retroperitoneal mucinous cystadenoma adjacent to the kidney: Report of two cases and review. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2012;33:334-6.
10. Protocolo SEGO. Hemorragia posparto precoz (protocolo actualizado en 2006) [acceso 2000]. Disponible en: <http://www.prosego.com.0->
11. Ramírez CA, Solís TH, García RP1, Ramírez GJM, Sánchez MEE. Modificación a la técnica de sutura compresiva B-Lynch en atonía uterina. *Ginecol Obstet Mex [Internet].* 2015 [citado 2 julio 2017];83. Disponible en:  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=980b4841-e010-4fcf-95d7-bd624e18b2a8%40sessionmgr103>.

Recibido: 3 de agosto de 2017.

Aprobado: 11 de septiembre de 2017.

*Belkys Rodríguez Vázquez.* Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enríquez". La Habana, Cuba.

Correo electrónico: [belkisrv@infomed.sld.cu](mailto:belkisrv@infomed.sld.cu)