



SHOCK HEMORRÁGICO SECUNDARIO A HEMOPERITONEO EN GESTANTE

Autores: Cerón Lucas, Elena; Muñoz Rodríguez, Felipe; Escudero Borrego, Isabel; Orozco Carratalá, Beatriz; Iniesta Albaladejo, Miguel Ángel; García Soria, Vanesa; Peña Vázquez, Isabel; Jiménez Díaz, Sandra; Martínez Real, María Consuelo.

INTRODUCCIÓN

El hemoperitoneo durante la gestación es una situación excepcional (1/10.000-30.000 embarazos) pero potencialmente letal para la madre y para el feto. Dentro del diagnóstico diferencial del dolor abdominal y shock hemorrágico, deberíamos considerar el embarazo extrauterino ya que representa una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes en mujeres gestantes. Definimos gestación extrauterina cuando la gestación no se localiza a nivel endocavitario. Según las guías NICE 2012, 11 de cada 1000 gestaciones son ectópicas, el 95% se localizan en al región tubárica y el 5% restante tienen origen no tubárico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años embarazada de 8+6 SG según FUR, que acude a urgencias por dolor abdominal severo asociando cortejo vegetativo desde hace 3 horas.

A su llegada, se encuentra obnubilada, con marcada palidez mucocutánea, sudorosa e inestable hemodinámicamente, taquicárdica (160lpm) e hipotensa (63/34 mmHg). Al examen físico se evidencia abdomen con signos de irritación peritoneal.

Se realiza una ecografía transvaginal en la que se objetiva un útero en anteversión con endometrio decidualizado sin evidencia de saco gestacional, dificultad para evidenciar claramente anejos debido a abundante colección heterogénea en Douglas que sobrepasa fondo de útero compatible con coágulo organizado.

Se canaliza vía, se cursa analítica urgente con determinación de hemograma, bioquímica y coagulación junto con BHCG. Se inicia estabilización hemodinámica con infusión Ringer lactato. Se activa protocolo de hemorragia masiva y se indica una laparoscopia urgente diagnóstico-terapéutica ante la sospecha clínica de hemoperitoneo secundario a gestación ectópica accidentada

En quirófano se canaliza vía venosa central y se comienza la transfusión de hemoderivados y se administra cefazolina de manera profiláctica. A la entrada en cavidad se evidencia hemoperitoneo de aproximadamente 2.7 litros de sangre con abundantes coágulos junto con gestación tubárica de 10x15mm en porción ístmica de la trompa izquierda evidenciando punto de sangrado activo. Se sella la región ístmica de trompa inmediatamente anterior y posterior a la zona donde se localiza la gestación ectópica, limitando el sangrado de forma inmediata. Se explora el resto de la cavidad abdominal no encontrando ninguna otra causa de sangrado y se realiza salpinguectomía izquierda sin incidencias.

La analítica sanguínea informa de una Hb previa de 11 g/dl, con coagulación y plaquetas normales y BHCG de 6770. La paciente se mantiene hospitalizada durante 4 días para control postoperatorio evolucionando favorablemente, a pesar de precisar 2 CCHH y Ferinject de 500mg para optimización clínico-analítica. Se reinicia tolerancia oral sin complicaciones. Se decide alta a domicilio ante la buena evolución clínica.



DISCUSIÓN

El hemoperitoneo secundario a gestación ectópica accidentada es una entidad excepcional que se presenta clínicamente con dolor abdominal de fuerte intensidad, de evolución variable, difuso y que puede cursar con inestabilidad hemodinámica. Supone una emergencia obstétrica que puede comprometer gravemente la vida de la paciente.

A pesar de ser una entidad infrecuente, los cuadros gineco-obstétricos son la etiología más frecuente, y entre ellos, el principal protagonista es el embarazo ectópico tubárico. En pacientes con inestabilidad hemodinámica, la cirugía de emergencia es el pilar fundamental del tratamiento.

Dentro de posibles causas gineco-obstétricas de hemoperitoneo debemos tener presentes: endometriosis, quiste ovárico roto, síndrome de HELLP con rotura hepática espontánea, placenta pércreta, ruptura de venas uterinas, ruptura de varices uterinas o ruptura o avulsión de cicatrices uterinas.

CONCLUSIONES

- El hemoperitoneo espontáneo es una entidad clínica de baja incidencia que puede poner en peligro la vida de la paciente.
- Debemos pensar en ella cuando nos encontramos a un paciente con dolor abdominal difuso, abdomen peritonítico e inestabilidad hemodinámica.
- La sospecha clínica así como el manejo multidisciplinar de la paciente es de vital importancia para el tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ovejero Gómez VJ, Bermúdez García MV, Pérez Martín Á, García Rodríguez J. Hemoperitoneo masivo asociado a embarazo ectópico: revisión de su manejo diagnóstico y tratamiento quirúrgico. Med Fam (And). 2011;37(9):437-440. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-hemoperitoneo-masivo-asociado-embarazo-ectopico-S1138359311002255>
2. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Gestación ectópica tubárica y no tubárica. Protocolos Medicina Materno-Fetal. Hospital Clínic - Hospital Sant Joan de Déu - Universitat de Barcelona; 2024. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/gestacion-ectopica.pdf>
3. Loreto-Brand ME, Rodríguez-López N, Fernández-Pérez A, Parada-González P, Veiga-López M. Hemoperitoneo espontáneo relacionado con desgarro de bridas omentales durante la gestación. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2017;60(3):244-247. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n3/10_HEMOPERITONEO_ESPONTANEO.pdf