

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Hemorragia posparto precoz: uso de la radiología intervencionista en el control



Almudena Peces Rama ^{a,*}, Antonio Capel Alemán ^b, Rocío Martín-Gil Parra ^c,
Juan José Parrilla Paricio ^a y Aníbal Nieto Díaz ^a

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

^b Servicio de Radiología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

^c Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

Recibido el 10 de marzo de 2013; aceptado el 18 de julio de 2014

Disponible en Internet el 28 de octubre de 2014

PALABRAS CLAVE

Hemorragia posparto;
Alteraciones
puerperales;
Complicaciones del
periodo de parto;
Radiología
intervencionista;
Embolización
terapéutica

KEYWORDS

Postpartum hemorrhage;
Puerperal disorders;
Obstetric labor
complications;
Interventional radiology;
Therapeutic
embolization

Resumen La hemorragia posparto precoz (HPP) es una complicación que por su frecuencia y morbimortalidad debe de manejarse de forma rápida y eficaz por todos los especialistas. En este caso, tras producirse el parto de una paciente de 35 años con gestación gemelar bicorial se produce una inestabilidad hemodinámica por una hemorragia interna que finalmente fue tratada mediante radiología intervencionista realizándose oclusión del vaso sangrante. Los avances en este tipo de técnicas brindan nuevas opciones terapéuticas de gran valor en la práctica.

© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Early postpartum hemorrhage treated by interventional radiology

Abstract Early postpartum hemorrhage (PPH) is a complication that requires rapid and efficient management carried out by specialists because of its frequency and associated morbidity and mortality. After delivery, a 35-year-old woman with a bichorial twin pregnancy developed hemodynamic instability due to internal bleeding, which was finally treated by bleeding vessel occlusion performed by the interventional radiology service. Progress in these kinds of technique is providing new therapeutic options with great practical value.

© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: almudenapeces@gmail.com (A. Peces Rama).

Introducción

Existen diferentes definiciones para la hemorragia posparto, una de las más utilizadas es «una pérdida hemática superior a 500 ml en un parto vaginal o a 1.000 ml en una cesárea», o «como una bajada del 10% en el hematocrito». Este sangrado en muchas ocasiones se infravalora o se realiza su estimación de forma retrospectiva, por lo que su utilidad es discutible¹. La situación clínica de la paciente tanto previa como en el instante en que se esté produciendo la exanguinación será la que nos marque preferentemente los pasos a seguir.

La hemorragia posparto precoz o primaria (HPP) es aquella que se produce en las primeras 24 h tras el parto, después de este tiempo sería tardía o secundaria (HPT) hasta la semana 6-12 posparto².

La HPP es una de las causas más importantes de mortalidad materna a nivel mundial y en muchos casos evitable³ por lo que es de gran importancia que cada unidad maternal cuente con un protocolo de actuación bien definido para su prevención, diagnóstico y tratamiento, siendo su manejo un reto multidisciplinar⁴.

Caso

Paciente de 35 años que tiene como antecedentes personales generales, apendicectomía en la infancia y ginecológicos, ooforectomía izquierda por endometriosis mediante laparoscopia, fórmula obstétrica G2EE1 (resuelto con metotrexato); resto sin interés.

Actual gestación tras FIV gemelar bicorial a término con controles normales que finaliza como parto vaginal naciendo niño y niña de buen peso y test de Apgar el primero vacuo y la segunda mediante versión-gran extracción.

Tras suturar la episiotomía se observa sangrado abundante que no cede con masaje uterino, tratamiento con 20 UI oxitocina iv, ni con 600 µg de misoprostol rectal. Se comprueba que el útero está tónico, por lo que se decide pasar a quirófano para revisión del canal del parto bajo anestesia. Se encuentra desgarró contralateral a episiotomía que llega hasta cérvix y lo rodea, disecando fosa isquiorrectal izquierda que se sutura; además, también se liga vaso pulsátil en labio posterior de cérvix. Se realiza ecografía de control en la que se visualiza cavidad vacía sin coágulos ni restos placentarios y cese del sangrado vaginal a la exploración.

Durante la intervención la paciente requiere 5 concentrados de hemáties, 2 unidades de plasma fresco congelado y 2 g de fibrinógeno.

La paciente pasa a reanimación con ventilación mecánica, aún se encuentra inestable hemodinámicamente, precisando fármacos vasoactivos y politransfusión (14 concentrados de hemáties, 3 unidades de plasma fresco congelado y un pool de plaquetas) por lo que ante la alta sospecha de sangrado interno se contacta con radiología intervencionista.

Tras la estabilización se realiza arteriografía de ambas hipogástricas, por abordaje femoral derecho y embolización de la rama medial de la arteria hipogástrica izquierda con espiras metálicas por sangrado activo de su territorio (figs. 1 y 2).

La paciente se extuba a las 24 h estable, con controles gasométricos normales y diuresis mantenida.



Figura 1 La arteriografía muestra extravasación de contraste, como signo directo de sangrado, dependiente de una rama visceral (probablemente cervico-vaginal) del tronco medial de la arteria hipogástrica izquierda.

Discusión

El sangrado que se produce tras el alumbramiento debe ser constantemente evaluado por el profesional que atiende el parto, en muchas ocasiones puede ser infravalorado por lo que se debe prestar atención a los signos de aparición y progresión del shock hemorrágico, así la pérdida sanguínea se relacionará con la aparición de clínica como: taquicardia, taquipnea, disminución de la presión sanguínea, alteraciones del relleno capilar, de la diuresis y del estado mental^{5,6}.

Como en todo compromiso vital se debe poner en marcha el procedimiento de resucitación habitual: mantener la vía aérea permeable y aportar oxígeno, la volemia perdida debe reponerse, la situación ideal sería tener 2 vías de 16 G o superiores y aportar suero fisiológico o solución Ringer

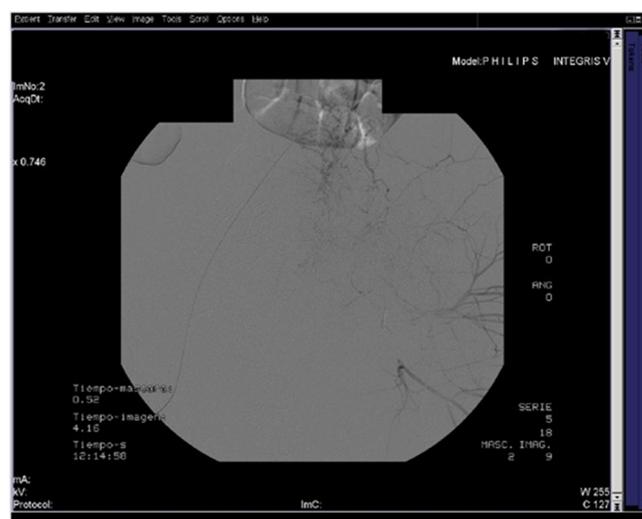


Figura 2 Se realiza embolización con espiras metálicas (microcoils) de 3 a 5 mm del tronco medial, en el segmento del que se origina la rama sangrante.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3968520>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3968520>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)