

E. Coloma
N. Verdú
A. Vergés
C. Pérez-Ares
I. Poves
C. Llauradó
J. Català
D. Hernández

Centro Médico Teknon. Barcelona. España.

Correspondencia:

Dra. E. Coloma.
Centro Médico Teknon.
Marquesa de Vilallonga, 12.
Despacho 61. 08017 Barcelona. España.
Correo electrónico: ecolomag@meditex.es

Fecha de recepción: 28/04/04

Aceptado para su publicación: 8/10/04

Un caso de rotura subcapsular del bazo en el parto

A case of subcapsular splenic rupture during labour

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de laceración subcapsular del bazo en el puerperio inmediato. Esta entidad es de gran dificultad diagnóstica tras el parto, dada su gran rareza clínica. Un punto muy importante es su sospecha y una rápida actuación al respecto para evitar una alta tasa de morbilidad.

PALABRAS CLAVE

Embarazo. Parto. Abdomen agudo. Rotura del bazo. Esplenectomía. TC abdominal

ABSTRACT

We report a case of subcapsular splenic rupture in the immediate postpartum period. Because of its rarity, this entity is difficult to diagnose. Key points are a high index of suspicion and rapid active management to avoid a high rate of morbidity and mortality.

KEY WORDS

Pregnancy. Delivery. Labor. Acute abdomen. Splenic rupture. Splenectomy. Abdominal CT.

INTRODUCCIÓN

La rotura espontánea del bazo es una complicación altamente infrecuente como consecuencia de un parto.

Ante una puérpera que presenta un abdomen agudo, con hipotensión arterial progresiva y descenso del hematocrito, se debería contemplar como posibilidad diagnóstica una lesión esplénica.

Ante esta situación, muchos autores destacan la importancia de una rápida actuación. En este sentido la práctica de una tomografía computarizada (TC) abdominal puede ayudar a localizar el origen del sangrado, siempre que el estado materno lo permita y no suponga un retraso importante en el tratamiento.

CASO CLÍNICO

Paciente secundípara de 33 años de edad. Destacan, como antecedentes, la resección parcial de ovario derecho por ovario poliquístico, y una laparoscopia de urgencias en 1997, a los 27 años de edad, por hemoperitoneo secundario a la rotura de un quiste folicular hemorrágico.

Gestación actual sin incidencias, salvo la existencia de una diabetes gestacional controlada con dieta.

La paciente presenta en el curso de la semana 41 de gestación inicio espontáneo de dinámica uterina;

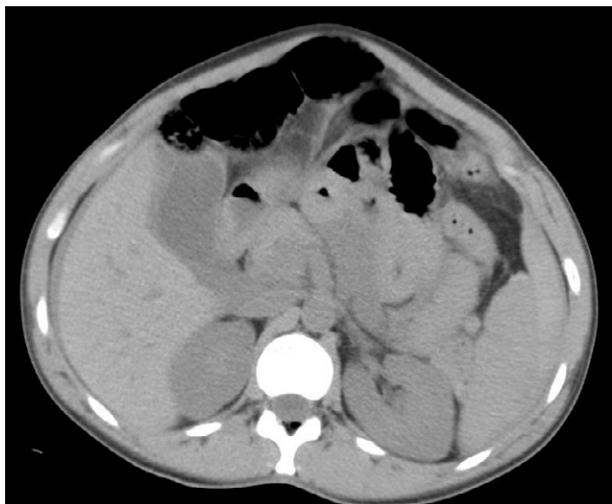


Figura 1. Líquido libre en goteras paracólicas.

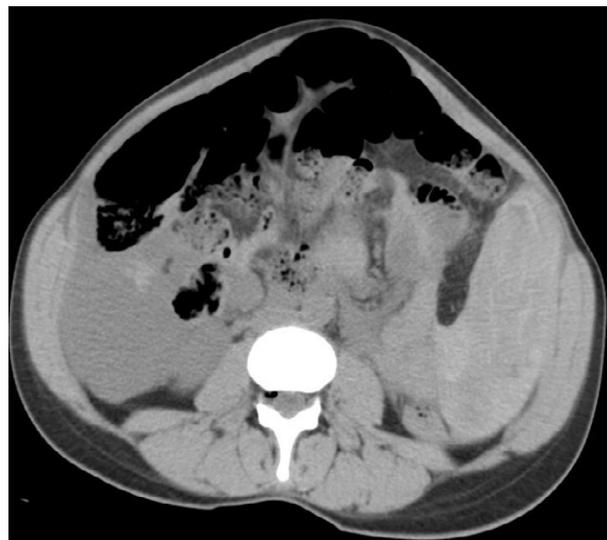


Figura 2. Hemoperitoneo en flancos derecho e izquierdo.

se decide su ingreso para asistencia al parto. Se practica anestesia peridural. Se asiste a un parto espontáneo, expulsión fetal mediante el pujo de la madre, sin realizarse maniobras de Kristeller por parte de la comadrona. El período de expulsivo duró aproximadamente unos 10 min. Nació un varón de 3.470 g a las 2h y 10 min del ingreso. No fue necesaria la práctica de episiotomía.

Aproximadamente a las 3 h del parto la paciente presentó hipotensión arterial, sin objetivarse aumento de la pérdida hemática vaginal y con la presencia de un útero correctamente contraído. Esta hipotensión presentó una buena respuesta a la expansión de volumen. Posteriormente, la paciente toleró la bipedestación, la deambulación, y realizó micción espontánea e ingirió dieta bien tolerada.

A las 7 h del parto la paciente presentó un cuadro de distensión abdominal, dolor epigástrico en puñalada y empeoramiento del estado general. Ante dicha situación, y con el objetivo de realizar una correcta revisión del canal blando del parto, se decidió llevar a la paciente a quirófano para exploración del mismo. Se constató una pérdida hemática vaginal fisiológica así como integridad de todo el canal blando del parto. Se practicó una ecografía ginecológica que evidenció un útero correctamente involucionado y vacío. Dicha ecografía fue transvaginal y sólo exploró útero y anejos, sin llegar a visualizar cavidad abdominal más allá de la baja pelvis, en la cual había escasa cantidad de líquido libre (fig. 1), que po-

día ser compatible con la normalidad, dado que en este momento la cantidad de hemoperitoneo sería pequeña (fig. 2).

Ante la sospecha de una posible complicación abdominal se realizó interconsulta con cirugía general. Se indicó la práctica de una ecografía abdominal que constató la existencia de una colección líquida con ecos y tramas en su interior sugestiva de hemoperitoneo, con un volumen aproximado de 700 ml. Como el estado general de la paciente no requería una intervención activa urgente, se decidió realizar una TC abdominal (con y sin contraste) (figs. 3 y 4) para intentar visualizar el posible origen del sangrado. Dicha TC informó de abundante líquido libre intraabdominal diseminado, más abundante en zona parietocólica izquierda y celda esplénica, por lo que en un primer momento se contempló la posibilidad de una lesión esplénica, pero como no se pudo objetivar de una forma clara, se aconsejó valorar probable sangrado de vasos parauterinos izquierdos, dado el antecedente de un parto reciente.

Ante tales datos y el empeoramiento del estado general de la paciente (distensión abdominal, dolor en hemiabdomen superior, hipotensión y bajada del hematocrito [de 28,5 a 21,30]), se decidió laparotomía exploradora, conjunta con el cirujano. Se realizó laparotomía media infraumbilical que se amplió cranealmente después de constatar que la integridad e involución uterinas eran normales. En la celda es-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9334441>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9334441>

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