



Rotura espontánea de variz uterina durante la gestación. Descripción de dos casos y revisión bibliográfica

María Pilar Andrés-Orós,* Laura Server-de Castro,** Virginia Roy-Ramos,** Ana Vela-Lete*

RESUMEN

La rotura de venas útero-ováricas durante el embarazo es una situación infrecuente (1/10,000 embarazos) de causa desconocida que se asocia con aumento de la presión venosa durante la gestación. Se produce principalmente en el tercer trimestre. La localización anatómica más frecuente es el ligamento ancho. La mortalidad materna ha descendido hasta 4%, pero la mortalidad fetal continúa siendo alta, pues es de 31%. La clínica principal es poco específica, por lo que frecuentemente encontramos signos de choque hipovolémico con dolor abdominal severo y descenso de hemoglobina. Ante un cuadro de estas características es preciso realizar una laparotomía exploradora urgente y reponer adecuadamente líquidos y sangre. Se exponen dos casos clínicos de dos embarazos gemelares que estaban en el tercer trimestre del embarazo con rotura de variz uterina con diferente evolución en la cara posterior del útero. En el primer caso la evolución de la madre y de los fetos fue favorable y no se precisó suturar la variz, cuyo sangrado cedió con compresión. En el segundo caso el diagnóstico se realizó tras producirse la muerte de ambos fetos y hubo que hacer sutura hemostática. La posibilidad de rotura de venas útero-ováricas debe tenerse en cuenta para realizar el correcto diagnóstico diferencial en una mujer con dolor abdominal severo.

Palabras clave: variz uterina, rotura, útero.

ABSTRACT

Spontaneous uterine venous rupture is a very rare condition (1/10,000 pregnancies). The etiology is still unknown, and it is associated with an increased of venous pressure. The rupture especially occurs on third trimester. The most frequent site of the rupture is the broad ligament. Maternal mortality has decreased to 4% but the perinatal mortality rate is still as high as 31%. The presenting symptoms are commonly unspecific. Clinical presentations are usually hypovolemic shock signs with severe abdominal pain and reduction in hemoglobin levels. In view of these findings an exploratory laparotomy is usually necessary as well as the adequate blood and fluid replacement. Two cases of twin pregnancies on the third trimester with spontaneous uterine venous rupture are reported. Both cases have different evolution. In the first case the evolution was favorable. It wasn't necessary the vein suture because of the bleeding ended by compression. In the second case the diagnostic took place after the fetal death and it was required the vein suture. This rare condition has to be taken into account to de the differential diagnosis in a pregnant woman with severe abdominal pain.

Key words: Venous vain, rupture, uterus.

RÉSUMÉ

Rupture spontanéede utero des veines ovariennes pendant la grossesse est une situation rare (1 / 10 000 grossesses), de cause inconnue qui est associé à la pression veineuse accrue pendant la grossesse. Elle se produit principalement dans le troisième trimestre. La localisation anatomique la plus fréquente est le ligament large. La mortalité maternelle a chuté à 4%, mais la mortalité foetale reste élevée, tout comme 31%. La clinique principal est imprécise, si souvent, nous constatons des signes de choc hypovolémique avec de fortes douleurs abdominales et une diminution de l'hémoglobine. Voir un tableau de ce genre doit effectuer une laparotomie d'urgence et de façon adéquate à remplacer les liquides et le sang. Deux cas sont présentés de deux grossesses gémellaires qui étaient dans le troisième trimestre de la grossesse avec une rupture utérine avec varice différents dans le développement postérieur de l'utérus. Dans le premier cas, le résultat pour la mère et du fœtus a été favorable et a déclaré la suture de la veine variqueuse, qui a abouti à des saignements avec compression. Dans le second cas, le diagnostic a été posé après la survenance de la mort des deux fœtus et a dû être suture hémostatique. La possibilité de rupture des veines utéro-ovarien doit être pris en compte pour faire le diagnostic différentiel correct chez une femme souffrant de douleurs abdominales sévères.

Mots-clés: varice utérine rupture utérine.

RESUMO

E rompimento espontaneo da veios de ovário durante a gravidez é uma situação rara (1 / 10, 000 gestações) de causa desconhecida que está associado com a pressão venosa aumentada durante a gravidez. Ela ocorre principalmente no terceiro trimestre. A localização anatómica mais comum é o ligamento largo. A mortalidade materna caiu para 4%, mas a mortalidade fetal permanece elevada, como é de 31%. A clínica principal é inespecífica, tão frequentemente encontramos sinais de choque hipovolémico com dor abdominal intensa e

diminuição da hemoglobina. Vendo uma pintura desse tipo deve realizar uma laparotomia de urgência e devidamente repor os líquidos e sangue. Dois casos são apresentados de duas gestações gemelares que estavam no terceiro trimestre de gestação com rotura uterina com varix diferentes no desenvolvimento posterior do útero. No primeiro caso, o resultado para a mãe eo feto foi favorável e disse que a sutura de varizes, o que resultou hemorragia com compressão. No segundo caso, o diagnóstico foi feito após a ocorrência da morte de ambos os fetos e teve de ser sutura hemostática. A possibilidade de ruptura do útero-ovariana veias devem ser levados em conta para fazer o diagnóstico diferencial correto em uma mulher com fortes dores abdominais.

Palavras-chave: útero varicosity ruptura uterina.

La rotura espontánea de várices uterinas durante el embarazo es una complicación obstétrica infrecuente con alta mortalidad y morbilidad fetal y materna.¹

Se comunican dos casos de rotura espontánea de várices uterinas, los cuales se produjeron en pacientes del Hospital San Jorge de Huesca.

CASO CLÍNICO 1

Paciente de 32 años: primigesta y con un embarazo gemelar tras fecundación *in vitro* (FIV). Antecedente quirúrgico de apendicectomía. Acudió a Urgencias debido a que a las 37.4 semanas de gestación manifestó dolor abdominal agudo de inicio brusco de aproximadamente una hora de evolución. No refería metrorragia ni antecedentes de traumatismo reciente, ni otros datos de relevancia.

La exploración física mostró mal estado general, tensión arterial de 96/60 mmHg, temperatura de 36 °C y frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto. En la exploración abdominal la paciente se encontró con el abdomen rígido y continuamente doloroso a la palpación. En la exploración vaginal el cuello uterino se halló sin modificación y no se evidenció metrorragia ni hidrorrea. El registro cardiotocográfico del segundo gemelo al momento de su ingreso fue de un feto reactivo con desaceleración variable sin evidencia dinámica uterina, que fue el registro del primer feto reactivo. (Figura 1)

* Médico adjunto.

** Médico residente.
Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Jorge, Huesca, España.

Recibido: junio, 2009. Aprobado: agosto, 2009.

Este artículo debe citarse como: Andrés-Orós MP, Server-de Castro L, Roy-Ramos V, Vela-Lete A. Rotura espontánea de variz uterina durante la gestación. Descripción de dos casos y revisión bibliográfica. Ginecol Obstet Mex 2010;78(2):128-131.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.nietoeditores.com.mx



Figura 1. Registro cardiotocográfico del segundo gemelo que muestra desaceleración variable sin relación con la dinámica uterina, y que coincide con el deterioro del estado general materno.

El hemograma mostró hemoglobina de 8.5 g/dL, hematócrito de 25%, 13.1 x 10⁹/L de leucocitos, 79.5% de neutrófilos y plaquetopenia de 63 x 10⁹/L con plaquetas gigantes.

A causa del persistente cuadro de mal estado general, la hipovolemia y la desaceleración variable evidenciada en el registro cardiotocográfico se decidió practicar cesárea urgente. Durante la intervención quirúrgica se halló un hemoperitoneo de aproximadamente un litro. Se procedió a la extracción de los fetos y se obtuvo en primer lugar a un recién nacido hombre de 2,715 g con Apgar de 7 al minuto y de 8 a los cinco minutos. El segundo gemelo fue un recién nacido mujer de 2,340 g con un Apgar de 2/8. Tras la extracción fetal se realizó una revisión cuidadosa de la placenta, de la cavidad uterina y del útero. Se objetivó la rotura de una variz uterina sangrante en la cara posterior del útero. La hemorragia cedió con compresión tras la histerorrafia, por lo que se decidió no suturar la variz uterina y mantener a la paciente en observación.

Tras la intervención la paciente se mantuvo estable y no precisó transfusión sanguínea dado su buen estado general. Se propuso tratamiento de ferroterapia oral cada 12 horas. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al séptimo día posoperatorio. Los recién nacidos también evolucionaron de manera satisfactoria.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de 36 años: primigesta, con embarazo gemelar y sin antecedentes personales de interés. Tuvo a las 33.6

semanas de gestación un dolor abdominal agudo y ausencia de movimientos fetales de un día de evolución.

A la exploración mostró mal estado general, tensión arterial de 60/30 mmHg, temperatura de 36 °C y 120 latidos por minuto. En la exploración abdominal la paciente exhibió abdomen rígido y doloroso a la palpación. Al tacto vaginal el cuello uterino se halló sin modificación, sin metrorragia ni hidrorrea. Se realizó una ecografía abdominal urgente ante la sospecha de desprendimiento placentario, que no se confirmó, pero se diagnosticó la muerte de ambos fetos.

Las primeras pruebas de laboratorio mostraron hemoglobina de 9.4 g/dL, hematócrito de 27%, 20,400 μ L de leucocitos y 89.2% de neutrófilos.

Debido al deterioro del estado general y al cuadro de choque hipovolémico se decidió practicar laparotomía exploradora urgente y cesárea para extraer ambos fetos. Durante la intervención quirúrgica se halló un hemoperitoneo de dos litros y medio. Se realizó una meticulosa exploración en la cavidad abdominal y se objetivó en la cara posterior uterina un plexo varicoso con várices sangrantes en el fondo uterino. Se procedió a suturar la variz uterina sangrante con puntos dobles. Tras resolver el sangrado se extrajeron los fetos muertos.

Durante el posoperatorio se transfundieron cuatro concentrados de hematíes. Como otras complicaciones posoperatorias, la paciente tuvo un episodio de íleo paralítico. Fue dada de alta al séptimo día posoperatorio con tratamiento de hierro oral cada 12 horas.

DISCUSIÓN

La rotura de venas útero-ováricas es un evento excepcional con incidencia de un caso por cada 10,000 partos. Alrededor de 120 casos se han documentado en la bibliografía hasta 1980. Hodgkinson y Christensen² en 1950 revisaron 75 casos de esta causa inusual de hemoperitoneo. Observaron que la rotura de venas útero-ováricas podía ocurrir en cualquier momento de la gestación, entre la semana 10 y los 21 días posparto; el tercer trimestre de gestación resultó ser el periodo en que con más frecuencia se producía la rotura. Hasta 1987 se habían documentado 117 casos, de los que 61% se diagnosticaron antes del trabajo de parto; 21%, durante el puerperio y 18%, en el intraparto.³

En estudios realizados de 1778 a 1950 la tasa de mortalidad materna asociada con rotura de várices útero-ováricas

fue de 49.3% y se incrementó hasta 76.3% en la etapa intraparto. Estudios recientes indican que la mortalidad materna ha disminuido aproximadamente 4%, pero la mortalidad perinatal sigue siendo alta, pues es de 31%.³

Aunque la causa de la rotura de venas uterinas es todavía desconocida, algunos autores han sugerido que la dilatación venosa durante el embarazo y el aumento repentino de la presión venosa (por contracciones uterinas en el trabajo de parto, defecación, tos severa y coito) podrían ser factores importantes para que se produzca la rotura de una variz uterina.² Anatómicamente, los lugares señalados son: el ligamento ancho (78.3%), la cara posterior del útero (18.3%) y la cara anterior del útero (3.3%).²

El diagnóstico de rotura de venas uterinas es complicado antes de una laparotomía. Los síntomas clínicos que deben alertar son: dolor abdominal de inicio brusco, de carácter agudo, con signos de hipovolemia, sin metrorragia ni traumatismo previo.⁴ El diagnóstico diferencial es complejo porque incluye: *abruptio placentae*, rotura uterina, embarazo ectópico abdominal, apendicitis perforada, rotura hepática o esplénica, obstrucción intestinal o torsión de un quiste ovárico.³

Para completar el diagnóstico se han intentado practicar otras pruebas complementarias antes de la laparotomía, de ahí que en 1983 Liu y Liu recomendaran la paracentesis evacuadora, pero ésta no fue efectiva debido a que no se podía diferenciar la rotura de una vena uterina de una rotura uterina.⁵ En 1998 Nakai y col. observaron, tras realizar una ecografía con Doppler a color, que existía un flujo bidireccional en las venas dilatadas en el área varicosa de la pared uterina donde se había roto la vena. En el embarazo, esto se debe al aumento de la presión venosa intrabdominal y de la presión venosa regional, lo que produce un flujo reverso venoso. Esta congestión venosa permanece durante el periodo posparto,⁶ pero esta observación sólo puede realizarse en el puerperio, por lo que tampoco resulta útil en el diagnóstico diferencial.

Por tanto, ante el cuadro clínico ya descrito, el tratamiento quirúrgico no puede demorarse, aun cuando no se tenga un diagnóstico preoperatorio preciso, debido a la alta morbilidad y mortalidad materno-fetal.⁷ Además de la intervención quirúrgica urgente, debe llevarse a cabo la correcta reposición de la volemia. Existen casos, tras suturar el vaso sangrante, en los que el embarazo continuó hasta su término, situación que debe considerarse ante un feto extremadamente inmaduro.⁸⁻¹⁰

CONCLUSIÓN

En el embarazo la rotura espontánea de várices uterinas es una causa infrecuente de abdomen agudo y hemoperitoneo. Pero, sin duda, es una situación con alta morbilidad y mortalidad materno-fetal. En casi una década sólo hemos podido documentar dos casos clínicos en el Hospital San Jorge de Huesca, España; curiosamente, ambos embarazos eran gemelares, pero uno de ellos fue desafortunado, ya que murieron ambos fetos.

La sospecha de hemoperitoneo en una mujer embarazada es una situación de urgencia vital que precisa de una laparotomía exploradora urgente para poder hacer el diagnóstico diferencial, y en caso de que se trate de rotura de várices uterinas y de que se mantenga el sangrado, es necesario proceder a la sutura. En la mayor parte de los casos de hemorragia preparto es necesaria la operación cesárea.

REFERENCIAS

1. Achaefer G, Graber EA. Parto espontáneo normal. En: Schaefer G, Graber EA, editores. *Complicaciones quirúrgicas en obstetricia y ginecología. Prevención, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Salvat, 1986;pp:1-15.
2. Hodgkinson CP, Christensen RC. Hemorrhage from ruptured utero-ovarian veins during pregnancy; report of 3 cases and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 1950;59(5):1112-1117.
3. Ginsburg KA, Valdes C, Schnider G. Spontaneous utero-ovarian vessel rupture during pregnancy: three case reports and review of the literature. *Obstet Gynecol* 2004;103:1089-1091.
4. Foley MR, Sonek JD, Lavender LM, Zuspan FP. Spontaneous rupture of uteroovarian veins in pregnancy: two case reports. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:962-964.
5. Liu MM, Lui BL. Intra-abdominal hemorrhage from ruptured uterine veins during pregnancy: report of 3 cases. *Chin Med J* 1983;96:312-314.
6. Nakai Y, Maeda T, Nishio J, et al. Spontaneous uterine venous rupture during labour: a case report with postoperative ultrasonographic findings. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1998;38(4):469-471.
7. Hashimoto K, Tabata C, Ueno Y, et al. Spontaneous rupture of uterine surface varicose veins in pregnancy. *J Reprod Med* 2006;51:722-724.
8. Pittion S, Refahi N, Barjot P, et al. Rupture spontanée de varices utérines au troisième trimestre de la grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000;29:801-802.
9. González R, Cerón MA, Ayala I, Cerda JA. Rotura espontánea de los vasos uterinos durante el embarazo: comunicación de un caso y revisión bibliográfica. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(4):221-223.
10. Aziz U, Kulkarni A, Lazic D, Cullimore JE. Spontaneous rupture of the uterine vessels in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004;103:1089-1091.

El valor de una publicación no estriba en su nivel de impacto, ni en el reconocimiento de los “índices” más exigentes y prestigiados, sino en la repercusión que alcance en su medio porque suscita la controversia, impulsa nuevos derroteros o “actualiza” el conocimiento.

Reproducido de: Arnuelle G. Utilidad de la indexación de las revistas médicas. En: *Memorias del coloquio de editores*. Barcelona: Almódena, 2009;p:78.