

Caso	(250) Hemoperitoneo masivo con sangrado activo en mujer con rotura de folículo ovárico
Autores	Laura Diaz Rubia, Mario Fernández Conesa, Paula Pérez Naranjo, Felipe Briones Bajaña, Paloma García-villanova Ruiz
Centro	Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 32 años con antecedentes de tres embarazos, dos abortos y un parto con feto vivo, que acude a urgencias por presíncope y dolor abdominal en hipogastrio con extensión a región periumbilical junto a náuseas y escalofríos.

A su llegada destaca hipotensión (75/45), obnubilación, palidez y abdomen con defensa generalizada. La analítica no mostró alteraciones inicialmente aunque la paciente volvió a presentar nuevo presíncope y en gasometría destacó hemoglobina de 8g/dl (en previa 12g/dl) y discreta acidosis metabólica (ph 7.30) junto a elevación de ácido Láctico de hasta 8. La prueba de embarazo fue negativa.

Se realizó una ecografía abdominal en la que destacó abundante líquido libre intraabdominal de predominio perihepático, periesplénico y en ambos flancos, visualizando en pelvis, craneal y posterior al útero una masa de ecogenicidad heterogénea de aprox. 7X7 cm sin señal Doppler color con áreas hipoeoicas en su interior, compatible con hematoma con sangre en distintos estadios evolutivos. Tras estos hallazgos se completó estudio con TC de abdomen y pelvis sin y con contraste intravenoso en fase portal donde se confirmó la presencia de hemoperitoneo y extenso hematoma en pelvis con foco de extravasación de contraste en relación con sangrado agudo activo.

DISCUSIÓN

Los hallazgos eran sugestivos de rotura de folículo/quiste ovárico con sangrado agudo activo y hemoperitoneo.

La paciente fue intervenida de urgencias tras estabilización clínica y se confirmó lo descrito en la TC. Le realizaron lavado de la cavidad abdominal con extracción del hemoperitoneo y del hematoma de la pelvis y se identificó el punto de sangrado procediendo a su sutura.

La paciente evolucionó de manera favorable y pudo ser dada a domicilio a la semana de su ingreso.

El abdomen agudo en la mujer en edad fértil puede ser debido a múltiples causas. Si excluimos las que no son exclusivas de su sexo como apendicitis, colecistitis, diverticulitis y perforación de víscera hueca entre otras, hay que hacer un diagnóstico diferencial con la patología ginecológica urgente y principalmente con entidades como el embarazo ectópico, quiste ovárico hemorrágico, rotura de quiste/folículo ovárico hemorrágico y enfermedad pélvica inflamatoria.

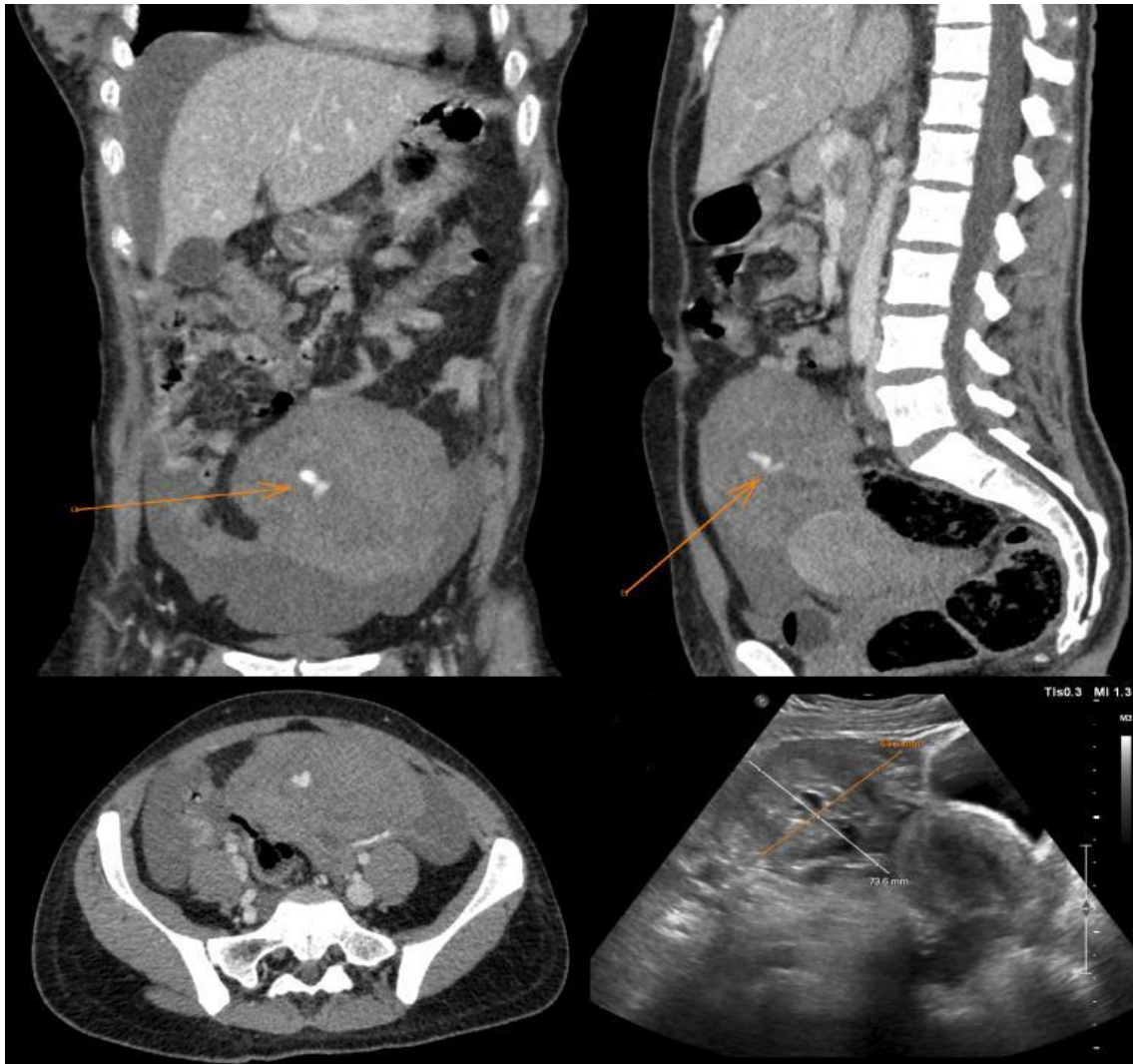
Ante un hemoperitoneo masivo con sangrado agudo activo en pelvis como en este caso, la sospecha inicial será de embarazo ectópico complicado o rotura de quiste ovárico hemorrágico, diferenciando entre ambos principalmente por el resultado de la prueba de embarazo (positiva para el primero y negativa en el segundo).

Es de vital importancia la realización de una prueba de imagen precoz, inicialmente una ecografía que se completará con una tomografía abdominal con contraste intravenoso en casos de hemoperitoneo o si se sospecha sangrado activo ya que nos dará el diagnóstico y determinará el tratamiento a seguir: conservador en caso de estabilidad clínica sin sangrado activo, o laparotomía exploradora si hay criterios de gravedad o sangrado activo.

Es por tanto muy importante que el radiólogo esté familiarizado con estas entidades y sus hallazgos típicos en las distintas pruebas de imagen.

CONCLUSIÓN

El abdomen agudo de la mujer en edad fértil puede ser causado por múltiples patologías siendo las de etiología ginecológica muy frecuentes y potencialmente graves. La rotura de quiste o folículo ovárico hemorrágico es una de ellas y el radiólogo debe sospecharla ante la presencia de hemoperitoneo extenso y sangrado activo procedente de la pelvis en mujer con test de embarazo negativo.



Imágenes de TC y ecografía de abdomen y pelvis que muestran extenso hemoperitoneo con foco de sangrado activo (flechas) en pelvis junto a hematoma pélvico retrouterino .

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Iraha Y, Okada M, Iraha R, Azama K, Yamashiro T, Tsubakimoto M, Aoki Y, Murayama S. Radiographics. 2017 Sep-Oct;37(5):1569-1586.
- 2- Cilotti A, Weiss C, Bagnolesi P, Campassi C, Bimbi M, Bartolozzi C. Echography in gynecologic emergencies. Radiol Med. 1992 May;83(5):630-5.