

Tratamiento de la hemorragia posparto mediante embolización arterial

Sr. Director:

El shock hipovolémico secundario a hemorragia posparto es una complicación del embarazo que presenta una importante morbimortalidad materna¹. En hemorragias graves, la embolización selectiva de arterias puede ser una alternativa terapéutica a la cirugía². Exponemos un caso de shock hemorrágico posparto tratado con éxito mediante embolización de las arterias uterinas.

Se trataba de una gestante a término de 33 años sin patología previa de interés a la que se realizó una cesárea por sospecha de desproporción pelvifetal. A las tres horas presentó una metrorragia abundante acompañada de hipotensión arterial, taquicardia y anemia aguda (hemoglobina, 6,3 g/dl). Se practicó una revisión quirúrgica observando un hemoperitoneo masivo con hemorragia en el ángulo uterino derecho que se resolvió mediante varias suturas. Posteriormente ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos, consciente y extubada, respirando aire ambiente. Su saturación arterial de oxígeno era 100%; la presión arterial, 110/70 mmHg, y la frecuencia cardíaca, 130 lat/min, en ritmo sinusal. Tras haberle transfundido cinco concentrados de hemátides, su analítica de ingreso mostraba: hemoglobina, 10,8 g/dl; plaquetas, 100 10⁹/l; actividad de protrombina, 74%, y tiempo de cefalina, 47 s. A las pocas horas, la paciente experimentó un empeoramiento hemodinámico con caída de la hemoglobina a 6,7 g/dl. Una arteriografía urgente visualizó la imagen de un pseudoaneurisma con hemorragia activa a nivel de la arteria uterina derecha. Ambas arterias fueron ocluidas con *minicoils* y partículas polivinílicas sin observar imágenes de hemorragia tras el procedimiento. La paciente reingresó en la UCI, donde siguió una evolución favorable; pudo ser trasladada a planta de hospitalización a los cuatro días.

El ingreso en UCI puede ser necesario en el 0,5% de los embarazos, principalmente por inestabilidad hemodinámica o por insuficiencia respiratoria. La mortalidad materna, aunque ha disminuido, sigue representando el 12-20% de las pacientes que ingresan en UCI¹. La hemorragia posparto se encuentra entre las principales causas de fallecimiento¹⁻³. La reposición rápida de volumen con cristaloides y hemoderivados y la administración de oxígeno constituyen el tratamiento inicial¹ junto a medidas más específicas como el curetaje, el masaje uterino, la administración de oxitocina o análogos de las prostaglandinas, la sutura de laceraciones o el taponamiento vaginal, que resuelven la hemorragia en la mayoría de los ca-

sos. Si persiste, el tratamiento tradicional es la ligadura de la arteria ilíaca interna o de sus ramas, que fracasa en el 50% de los casos por el rápido desarrollo de colaterales en la pelvis, o la histerectomía, con los inconvenientes de la morbilidad quirúrgica y la pérdida de capacidad reproductora que conlleva²⁻⁴. La embolización arterial selectiva se utiliza en hemorragias refractarias asociadas a traumatismos pélvicos y tumores²⁻⁴. En 1979⁵, se publicó por primera vez su empleo en la hemorragia posparto grave. Desde entonces, la tasa de éxitos obtenida ha sido del 85-95% y la de complicaciones, infección pélvica o fenómenos isquémicos, del 6-7%³. Nuestro caso ilustra las ventajas que tiene frente a la cirugía: localización exacta del lugar de la hemorragia y su control rápido, comprobación del resultado del tratamiento, y además es un procedimiento menos invasivo^{2,3}. Esperamos que a la vista de estos resultados se recuerde que en la hemorragia posparto grave se puede lograr un control eficaz mediante una embolización arterial urgente, pudiendo evitar así una cirugía de alto riesgo².

M. RIERA SAGRERA, G. SORIANO ZARAGOZA,
A. CHAMA BARRIENTOS y J. BERGADÀ GARCÍA
*Servicio de Medicina Intensiva. Clínica Rotger.
Palma de Mallorca.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Lapinsky SE, Kruczynski K, Slutsky AS. Critical care in the pregnant patient. *Am J Resp Crit Care Med* 1995;152:427-55.
2. Pelage JP, Le Dref O, Mateo J, Soyer P, Jacob D, Kardache M, et al. Life-threatening primary postpartum hemorrhage: Treatment with emergency selective arterial embolization. *Radiology* 1998;208:359-62.
3. Vedantham S, Goodwin SC, McLucas B, Mohr G. Uterine artery embolization: An underused method of controlling pelvis hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:938-48.
4. Mitty HA, Sterling KM, Alvarez M, Gendler R. Obstetric hemorrhage: Prophylactic and emergency arterial catheterization and embolotherapy. *Radiology* 1993;188:183-7.
5. Heaston DK, Minca DE, Brown BJ, Miller FK. Transcatheter arterial embolization for control of persistent massive puerperal hemorrhage after bilateral surgical hypogastric artery ligation. *AJR* 1979;133:152-4.