

35

### EMBOLIZACIÓN DE ARTERIAS UTERINAS EN EL MANEJO DE PACIENTES CON SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE ACRETISMO PLACENTARIO: SERIE DE CASOS

ED Coscarelli, R Navarini, D Biagetti, R Maidagan, A Sdrigotti, G Montefeltro  
Hospital Italiano Garibaldi de Rosario, Instituto Universitario Italiano de Rosario, Pcia. de Santa Fe

**Objetivos:** describir una serie de casos con diagnóstico presuntivo de acretismo placentario tratadas con embolización de arterias uterinas e histerectomía.  
**Pacientes y métodos:** se incluyeron 10 pacientes del Servicio de Obstetricia del Hospital Italiano Garibaldi de Rosario con diagnóstico presuntivo de acretismo placentario por ecografía y/o resonancia magnética nuclear, entre octubre de 2010 y julio de 2013. Todas las pacientes fueron sometidas a cateterización de arterias uterinas previa a la cesárea, seguida de embolización posextracción fetal e histerectomía.

**Resultados:** la edad media fue de 36 años. La edad gestacional promedio fue de 36 semanas. La paridad promedio fue de 3 gestaciones. Con excepción de un caso, todos tenían antecedente de, al menos, una cirugía uterina previa. Solamente una paciente presentó ginecorragia al momento del ingreso. De la totalidad de las pacientes, 9 fueron embolizadas e histerectomizadas, exceptuando un caso de alumbramiento completo intraoperatorio en el cual se descartó el diagnóstico de acretismo y sólo se efectuó cesárea. En 6 pacientes se confirmó por anatomía patológica el diagnóstico; 3 con signos de incretismo; todas con signos sugestivos de dicha patología por ecografía y/o resonancia magnética. Las 3 restantes resultaron falsos positivos. Sólo una paciente requirió controles posoperatorios en Unidad de Cuidados Intensivos. La mitad de las pacientes requirió transfusión de hemoderivados. La media de estadía hospitalaria fue de 9 días, durante la cual sólo 2 pacientes presentaron complicaciones.

**Conclusiones:** la embolización de arterias uterinas es una intervención útil para el manejo de pacientes con sospecha de acretismo placentario y constituye una herramienta válida para la reducción del sangrado intraoperatorio. Al mismo tiempo, disminuye tanto la morbimortalidad materna y neonatal como la tasa de complicaciones severas consecuentes. Se sugiere la implementación de dicha técnica en protocolos de actuación con enfoque multidisciplinario, para el manejo de esta patología.

**Nro. de citas:** 10.

39

### TROMBOSIS PULMONAR Y EMBARAZO

L Giliberti, J Bustamante, C Valentini, C Acuña, M Briañon  
Servicio de Obstetricia del Hospital Italiano de Córdoba

**Objetivos:** presentar un caso clínico problemático, poco frecuente y su manejo interdisciplinario. Generar discusión respecto a métodos complementarios de diagnóstico y tratamiento.

**Pacientes y métodos:** motivo de consulta: disnea súbita de 48 h de evolución. Paciente de 28 años, secundigesta, primípara. Antecedentes de cesárea previa, cursando un embarazo de 25 semanas. Examen físico: taquicardia, disnea. Saturación de oxígeno: 90%. Auscultación: sibilancias en campo pulmonar derecho. Laboratorio: alcalosis respiratoria. Rx. de tórax, electrocardiograma, ecocardiograma, eco-Doppler de miembros inferiores y ecografía tocoginecológica normales por lo que se realiza TAC helicoidal con contraste intravenoso que muestra signos sugestivos de TEPA. Laboratorio revela disminución de antitrombina III y de proteína S total. Se indica tratamiento con heparina de bajo peso molecular.

**Resultados:** paciente con buena respuesta y evolución. Alta hospitalaria con igual tratamiento. El embarazo continuó con su curso normal, controles prenatales normales; en su transcurso no presentó nuevos eventos tromboticos.

**Conclusiones:** el tromboembolismo pulmonar en la mujer embarazada es un cuadro de suma gravedad que pone en peligro la vida de la madre y del feto. La existencia de tratamiento efectivo sin necesidad de interrumpir el embarazo obliga a un diagnóstico precoz. El riesgo que representa esta patología justifica efectuar radiografía, tomografía, resonancia magnética nuclear o estudios con sustancias radiactivas (cámara gamma). El manejo de la paciente debe ser consensuado en un equipo interdisciplinario.

**Nro. de citas:** 4.

44

### HEMANGIOBLASTOMA CEREBELOSO Y EMBARAZO

L Nieto, Bustamante, Jorge; M Briañon, L Giliberti, V Daghero, C Acuña  
Hospital Italiano de Córdoba

**Objetivos:** presentar un caso clínico poco frecuente.

**Pacientes y métodos:** paciente de 36 años G 1; cursando 30 semana de gestación. MC: cefalea resistente al tratamiento de 2 meses de evolución acompañada de náuseas y vómitos, asociada a disartria. IC con Neurología. RMN: tumor en fosa posterior de 4 cm de diámetro; provoca compresión de IV ventrículo e hidrocefalia triventricular; fondo de ojo: edema de papila.

**Resultados:** se realiza extirpación quirúrgica y se logra exéresis macroscópica completa. Posquirúrgico favorable. Con estricto control el embarazo evoluciona normalmente, 37 semanas cesárea programada sin complicaciones maternas ni fetales. AP: hemangioblastoma cerebeloso.

**Conclusiones:** el hemangioblastoma cerebeloso tiene mayor incidencia en mujeres, es poco frecuente, más aun durante el embarazo. Aunque no existe evidencia bibliográfica de que el embarazo pueda influir en la aparición del tumor. Deberá considerarse, para diagnóstico diferencial, ante la aparición de cefaleas resistentes a tratamientos habituales acompañadas de síntomas neurológicos.

**Nro. de citas:** 4.

55

### TROMBOFLEBITIS PELVIANA

M Briañon, J Bustamante, MC Romero, L Nieto, V Daghero  
Hospital Italiano de Córdoba

**Objetivos:** presentar un caso clínico poco frecuente, su diagnóstico y tratamiento.

**Pacientes y métodos:** paciente de 29 años sin antecedentes médicos y antecedentes quirúrgicos de cesárea hace 10 días, consulta por fiebre (39°) y dolor en FID de comienzo súbito. Ex. físico: taquicardia, T39°, abdomen doloroso en FID sin defensa y sin reacción peritoneal. Lab: leucocitosis. Ecografía: presencia de ecos en la luz de la vena uteroovárica derecha y ausencia de flujo al examen Doppler.

**Resultados:** tromboflebitis de la vena ovárica derecha. Internación, tratamiento con heparina de bajo peso molecular 6 cm<sup>3</sup> s.c. cada 12 h y antibióticoterapia.

**Conclusiones:** la tromboflebitis de la vena ovárica es una entidad infrecuente aunque potencialmente mortal (TEPA 25% - tasa mortalidad 5%). Debe sospecharse en el puerperio con síndrome febril prolongado y dolor abdominal o lumbar. El cuadro clínico se resuelve, en la mayoría de los casos, asociando tratamiento antibiótico con anticoagulación sistémica.

**Nro. de citas:** 5.