



Avances en Biomedicina  
ISSN: 2477-9369  
ISSN: 2244-7881  
avanbiomed.idic@gmail.com  
Universidad de los Andes  
Venezuela

## Hemoperitoneo postcoital secundario a desgarro mesentérico sin lesión vaginal asociada.

**Reyna-Villasmil, Eduardo; Torres-Cepeda, Duly**

Hemoperitoneo postcoital secundario a desgarro mesentérico sin lesión vaginal asociada.

Avances en Biomedicina, vol. 7, núm. 3, 2018

Universidad de los Andes, Venezuela

**Disponible en:** <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331367295007>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

## Hemoperitoneo postcoital secundario a desgarro mesentérico sin lesión vaginal asociada.

Postcoital hemoperitoneum secondary to mesenteric tear without associated vaginal lesion

Eduardo Reyna-Villasmil <sup>a</sup> sippenbauch@gmail.com  
*Hospital Central "Dr. Urquinaona", Venezuela*

Duly Torres-Cepeda <sup>b</sup>  
*Hospital Central "Dr. Urquinaona", Venezuela*

Avances en Biomedicina, vol. 7, núm. 3,  
2018

Universidad de los Andes, Venezuela

Recepción: 18 Diciembre 2018  
Aprobación: 27 Junio 2019

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331367295007>

**Resumen:** El hemoperitoneo postcoital sin lesión vaginal asociada es una entidad extremadamente rara, causado por fuerzas que ocurren durante el coito que pueden resultar en lesiones de aceleración-desaceleración. El dolor postcoital puede variar en localización, irradiación, momento de inicio y progresión. Cuando se presenta dolor abdominal agudo en mujeres en edad reproductiva no embarazadas, sin hallazgos positivos de lesiones en órganos, se deben considerar diferentes causas del cuadro. El desgarro mesentérico es poco frecuente y puede ser difícil de diagnosticar. Se presenta el caso de mujer de 16 años de edad que presentó dolor abdominal intenso después de las relaciones sexuales. Tenía antecedentes de coito 3 horas antes del inicio del dolor. La evaluación ecográfica reveló líquido libre en la cavidad peritoneal. En la laparotomía, se encontraron 1800 mL de sangre libre en la cavidad peritoneal. Se identificó y corrigió un pequeño desgarro mesentérico con sangrado activo cerca del ovario izquierdo.

**Palabras clave:** hemoperitoneo postcoital, Hemoperitoneo, Postcoital, Mesenterio.

**Abstract:** Postcoital hemoperitoneum without associated vaginal injury is an extremely rare entity, caused by forces that occur during intercourse and produce acceleration-deceleration injuries. Postcoital pain can vary in location, irradiation, time of onset and progression. When acute abdominal pain occurs in women of reproductive age, not pregnant, without positive findings of organ injuries, different causes of the condition should be considered. The mesenteric tear is rare and can be difficult to diagnose. We present the case of postcoital hemoperitoneum secondary to mesenteric tear without associated vaginal lesion in a 16-year-old woman who presented severe abdominal pain after sexual intercourse. Had a history of intercourse three hours before the onset of pain. Ultrasound evaluation revealed free fluid in the peritoneal cavity. At laparotomy, 1800 mL were obtained of free blood was found in the peritoneal cavity. A small mesenteric tear with active bleeding near the left ovary was identified and corrected.

**Keywords:** Postcoital hemoperitoneum, Hemoperitoneum, Postcoital, Mesentery..

### Introducción

Las lesiones postcoitales generalmente se relacionan con factores de riesgo como embarazo, relaciones sexuales intensas, posición durante el coito, vaginismo, desproporción genital, atrofia posmenopáusica, cirugías genitales, retroversión uterina, violación o uso de juguetes sexuales <sup>(1)</sup>. El hemoperitoneo como resultado de lesiones postcoitales no asociadas a lesión vaginal es una condición extremadamente rara <sup>(2)</sup>. Suele presentar

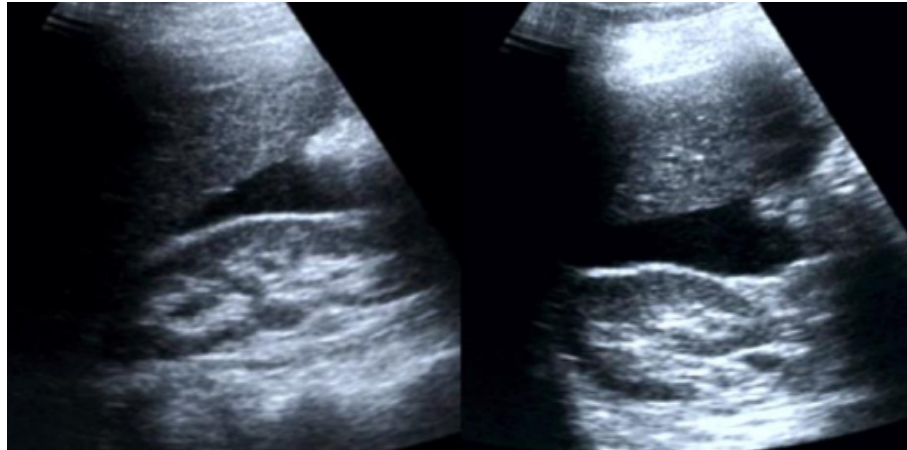
signos de hemorragia intraperitoneal aguda y en ocasiones, síndrome del compartimiento abdominal en aquellos casos más graves <sup>(3)</sup>.

La lesión mesentérica postcoital es muy poco común, puede ser difícil de diagnosticar y generalmente es causada por ruptura de una rama del eje celíaco. Puede asociarse con afecciones patológicas tales como adherencias, quistes ováricos, enfermedades vasculares, laceración del ligamento uterino o como afección fisiológica <sup>(3)</sup>. Se presenta un caso de hemoperitoneo poscoital secundario a desgarro mesentérico sin lesión vaginal asociada.

## Caso clínico

Se trata de paciente de 16 años que fue llevada a la emergencia por presentar dolor abdominal agudo, progresivo, punzante, continuo, intenso, ubicado en hemi-abdomen inferior, náuseas y tres episodios de lipotimias, 3 horas después de tener relaciones sexuales descritas como no vigorosas y negando otros síntomas como vómitos incoercibles, sangrado vaginal, rectal o uretral. Sexualmente activa desde los 14 años y las relaciones sexuales eran con protección y sin uso de cuerpos extraños. La paciente refería ciclos menstruales normales, su última menstruación fue 19 días antes de la aparición del dolor y negaba antecedentes personales de importancia o cirugías previas.

A la exploración física, se encontraba consciente, con palidez de piel, signos vitales dentro de parámetros normales. El abdomen con distensión, con dolor de predominio hacia hueco pélvico, signo de Blumberg y signo de psoas positivos. No se identificaron masas pélvicas ni datos en relación a trauma abdominal. El examen perineal no demostró hemorragia externa ni desgarros. El examen pélvico evidenció útero de tamaño normal con ligero dolor a la movilización cervical sin sangrado activo y en la especuloscopia no se observaron lesiones vaginales. En vista de la sospecha de presencia de sangre en cavidad abdominal, se realizó la culdocentesis se obtuvo 8 mL de líquido sanguinolento que no coagulaba, lo cual fue considerado positivo para hemorragia intraperiotoneal. La ecografía abdominal y transvaginal demostró la presencia de una cantidad significativa de sangre libre en cavidad abdominal confirmando el diagnóstico de hemoperitoneo (figura 1). Los ovarios no pudieron identificar.



**Figura 1**

Imagen ecográfica de líquido libre en cavidad abdominal.

Los valores de hemoglobina disminuyeron de 10,9 g/dL a 9,1 g/dL en 6 horas luego del ingreso hospitalario. La cuenta blanca fue de 9.990 células/mL. Las pruebas bioquímicas, tiempos de coagulación, examen de orina, pruebas de funcionalismo renal y hepático estaban sin alteraciones. La prueba de embarazo fue negativa y las radiografías de tórax y abdomen estaban normales. Su condición clínica fue estabilizada con soluciones intravenosas y 2 unidades de concentrado globular y programada para laparotomía ginecológica luego de 8 horas del ingreso con el propósito identificar la fuente de la hemorragia. Durante la laparotomía, por incisión mediana infraumbilical, se observó aproximadamente 1800 mL de sangre y coágulos. Luego de la aspiración de la sangre, el útero, anexos, hígado, bazo, intestino delgado y colon sin alteraciones aparentes. Se observó sangrado activo proveniente de una pequeña lesión mesentérica cerca del ovario izquierdo. Los puntos de hemorragia fueron cauterizados con coagulación bipolar más matriz hemostática. No se observaron otras áreas de lesión, ni otros signos de anomalías anatómicas, tumores o quistes en la cavidad pélvica. En el postoperatorio no presentó complicaciones, la paciente estaba hemodinámicamente estable, con valores de hemoglobina de 9,9 gr/dL y siendo dada de alta a los 3 días. El seguimiento a las 6 semanas después de la cirugía fue normal.

## Discusión

Los casos de hemorragia intraperitoneal postcoital sin lesiones vaginales asociadas son condiciones extremadamente raras y solo se han reportado 3 casos previos. Estas lesiones pueden ser causadas por fuerzas que ocurren durante el coito resultado de aceleración-desaceleración <sup>(1)</sup>. McColgin y colaboradores <sup>(5)</sup> informaron de cinco casos de hemoperitoneo como resultado de una lesión coital sin lesión vaginal asociada. Las fuentes de hemorragia en estos casos incluían ligamento redondo lacerado, ovario lacerado, cistoadenoma seroso roto y quiste del cuerpo lúteo roto <sup>(3,4)</sup>. Cuando la laceración del mesenterio es la fuente de sangrado es

comúnmente una rama rota del eje celíaco, arteria mesentérica superior o un vaso peritoneal <sup>(2)</sup>.

Dada la rareza del hemoperitoneo postcoital, el diagnóstico rápido es de primordial importancia. De hecho, en la mayoría de los casos de hemoperitoneo masivo, el paciente llega al hospital con dolor abdominal severo asociado con shock hipovolémico y anemia aguda. El diagnóstico debe comenzar con la sospecha clínica por los datos de la historia y el antecedente de relación sexual reciente o trauma pélvico <sup>(1)</sup>. Aunque son inespecíficos, generalmente se pueden encontrar uno o más de los siguientes hallazgos clínicos: sensibilidad o distensión abdominal, reducción de los ruidos hidroaéreos, hipotensión y choque hipovolémico <sup>(4,6)</sup>. El dolor abdominal en estos casos puede variar en localización, irradiación, momento de inicio y progresión. El tiempo necesario para realizar el diagnóstico después del inicio del dolor varía entre menos de 2 y más de 24 horas <sup>(2)</sup>. En algunos casos, las pacientes pueden presentar signos clínicos evidentes de irritación peritoneal. Además, el hemotórax representa un posible signo atípico asociado <sup>(6)</sup>.

El ultrasonido suele ser la primera modalidad de imágenes utilizada debido a su alta sensibilidad y facilidad de acceso para identificar eficazmente la hemorragia intra-peritoneal <sup>(7,8,9)</sup>. La tomografía computarizada se considera la mejor opción para obtener imágenes del hemoperitoneo y se puede usar para diferenciar otras causas intra-abdominales agudas y ayuda a evaluar lesiones de órganos sólidos <sup>(9,10)</sup>. La determinación de los valores de gonadotropina coriónica es necesaria para diferenciarse de la ruptura del embarazo ectópico, la cual puede tener una presentación clínica similar <sup>(3)</sup>. En este caso los valores de gonadotropina coriónica fueron negativos. Los valores de hemoglobina al ingreso suelen ser normal y rara vez se requiere transfusión de sangre. Sin embargo, los informes de volumen de hemoperitoneo postcoital varían desde 150 mL a más de 2000 mL <sup>(1)</sup>. Otros hallazgos de laboratorio pueden incluir valores elevados de proteína C reactiva y discreta leucocitosis <sup>(7)</sup>.

En mujeres en edad reproductiva que presentan abdomen agudo, el diagnóstico diferencial de hemoperitoneo postcoital incluye: afecciones ginecológicas como ruptura de quiste del cuerpo lúteo o de cistadenoma seroso de ovario, laceración de ligamento redondo u de ovario, desgarros de ligamento ancho, ruptura de vasos peritoneales en el fondo de saco de Douglas, lesiones del ligamento sacro-uterino y ruptura de aneurisma ileal <sup>(1)</sup>.

La morbilidad y la mortalidad debidas a un diagnóstico tardío se producen como resultado de hemorragia de los vasos mesentéricos lesionados y peritonitis por rotura de la pared o isquemia intestinal. Los pacientes con hematomas mesentéricos de crecimiento lento pueden permanecer asintomáticos durante días, hasta que se produce necrosis intestinal que conlleva a peritonitis. También puede producirse hemorragia tardía como resultado de vasorelajación, desplazamiento del trombo debido a la presión o licuefacción del coágulo sanguíneo temporal <sup>(4)</sup>.

Debido a que el diagnóstico de lesiones mesentéricas tiende a retrasarse, la detección temprana y la intervención quirúrgica, cuando sea necesario, son fundamentales para mejorar el pronóstico de estos casos. El manejo del hemoperitoneo es estrictamente quirúrgico. La laparoscopia parece ser la modalidad diagnóstica quirúrgica preferida para aquellos casos con estabilidad hemodinámica. La laparotomía se reserva para los casos de inestabilidad hemodinámica, disminución de 2 g/dL en los valores de hemoglobina en un periodo de 4 - 6 horas y evidencia de aumento de tamaño del hemoperitoneo en imágenes durante el seguimiento <sup>(8)</sup>. Si la laceración mesentérica es mínima y solo está presente hematoma localizado, los pacientes puede tratarse de forma conservadora. Sin embargo, el hallazgo de volumen moderado - grande de líquido intraperitoneal, sin lesión de órgano sólido, debería sugerir la evaluación quirúrgica de la lesión mesentérica <sup>(6)</sup>. Las lesiones de órganos pélvicos o abdominales deben considerarse y descartarse en casos de dolor postcoital incluso en ausencia de lesiones visibles <sup>(8)</sup>. En pacientes hemodinámicamente estables, pueden considerarse la posibilidad del uso de angiografía y embolización <sup>(3)</sup>.

En conclusión, este caso demuestra que el diagnóstico de hemoperitoneo postcoital secundario a desgarro mesentérico postcoital sin lesión vaginal asociada debe considerarse cuando se presenta dolor abdominal agudo con hemoperitoneo en mujeres en edad reproductiva no embarazadas, sin hallazgos positivos para lesiones hepáticas o esplénicas y con antecedentes de dolor post-coital, entre las posibles causas de la condición. Se necesita un alto grado de sospecha para el diagnóstico de lesiones postcoitales que produce hemoperitoneo y la exploración quirúrgica continua siendo el tratamiento de elección.

## Referencias

1. Mandato VD, Pirillo D, Ciarlini G, Comitini G, LA Sala GB. Postcoital haemperitoneum without vaginal injury, a clinical challenge. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2010; 50: 580-1.
2. Goswami A, S Raghavan S, Ghotekar LH. Postcoital haemperitoneum: a cause for shock. Emerg Med Australas. 2004; 16: 170-1.
3. Kumar S, Khanna S, Roy A, Gupta SK. An unusual cause of hemoperitoneum: case report with review of literature. Int J Surg Case Rep. 2015; 12: 120-2.
4. Hamidian Jahromi A, Johnson L, Youssef AM. Delayed small bowel perforation following blunt abdominal trauma: A case report and review of the literature. Asian J Surg. 2016; 39: 109-12.
5. McColgin SW, Williams LM, Sorrells TL, Morrison JC. Hemoperitoneum as a result of coital injury without associated vaginal injury. Am J Obstet Gynecol. 1990; 163: 1503-5.
6. Vigano P, Corti L, Berlanda N. Beyond infertility: obstetrical and postpartum complications associated with endometriosis and adenomyosis. Fertil Steril. 2015; 104: 802-812.

7. Lee MS, Moon MH, Woo H, Sung CK, Jeon HW, Lee TS. Ruptured Corpus Luteal Cyst: Prediction of Clinical Outcomes with CT. Korean J Radiol. 2017; 18: 607-614.
8. Wang H, Guo L, Shao Z. Hemoperitoneum from corpus luteum rupture in patients with aplastic anemia. Clin Lab. 2015; 61: 427-30.
9. Lucena J. Lesiones del mesenterio como consecuencia del trauma abdominal contuso. Rev Fac Med. 2005; 28: 123-128.
10. Liu X, Song L, Wang J, Liu Q, Liu Y, Zhang X. Diagnostic utility of CT in differentiating between ruptured ovarian corpus luteal cyst and ruptured ectopic pregnancy with hemorrhage. J Ovarian Res. 2018; 11: 5.

## Notas de autor

- a Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Central "Dr. Urquinaona". Maracaibo, Estado Zulia. Venezuela.
- b Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Central "Dr. Urquinaona". Maracaibo, Estado Zulia. Venezuela.