

Delgado González, JL; Gómez Melero, R; Montoya Martínez, C; Pérez Rocamora, FC; Pina Montoya, MA;  
Silva Sánchez, Y; Marín Pérez, A; Gazabat Barbado, E

### INTRODUCCIÓN

Las fístulas arteriovenosas uterinas o malformaciones arteriovenosas uterinas constituyen una patología muy extraña y poco conocida, que dan lugar a cuadros de metrorragia que pueden llegar a ser potencialmente graves al comprometer la vida de la paciente. Estas pueden ser congénitas o adquiridas, siendo en la mayoría de los casos esta última. Clásicamente se ha relacionado con la afección corioplacentaria y con la cirugía uterina previa, a destacar con la realización de legrados uterinos.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 37 años, secundigesta con un aborto previo que se resolvió con un legrado obstétrico evacuador, sin antecedentes médicos de interés, gestación espontánea. En la semana 9, acude a Urgencias para valorar la viabilidad de su embarazo tras presentar un sangrado vaginal de escasa cantidad. Se diagnosticó de aborto diferido con un embrión de longitud cefalocaudal de 39 mm y ausencia de actividad cardiaca. Se cita a la paciente a los seis días tras recibir tratamiento con prostaglandinas, presentando un sangrado escaso y evidenciándose un endometrio irregular de 12 mm de grosor que capta Doppler, catalogándose de aborto incompleto. Se pauta una segunda tanda de tratamiento médico y se vuelve a citar.

A los ocho días acude a revisión habiendo presentado a la exploración sangrado en cantidad mayor que una regla que precisa ácido tranexámico. Se realiza una ecografía transvaginal, objetivándose un endometrio heterogéneo de 30 mm de grosor a expensas de múltiples coágulos organizados y abundantes vasos de alto flujo en ovillo en la cara posterior del útero, con un juicio diagnóstico de fístula arteriovenosa uterina. Ante dicho hallazgo, se propone tratamiento médico con anticonceptivos hormonales combinados orales.

Se cita en un mes para ver la evolución. La paciente no vuelve a presentar sangrado, visualizándose por ecografía un endometrio homogéneo lineal de 6 mm y la fístula sin presentar vascularización. Se vuelve a citar en un mes manteniendo el mismo tratamiento para confirmar la resolución del cuadro.

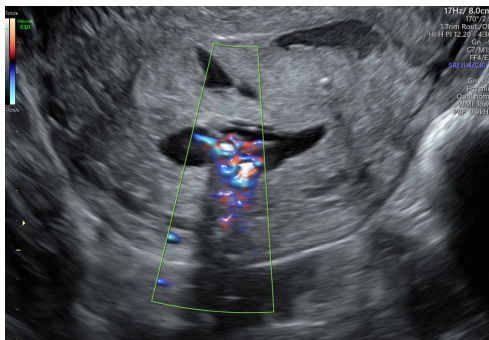


Imagen 1. Fístula arteriovenosa

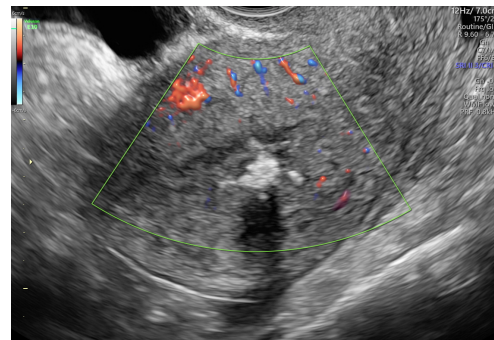


Imagen 2. Remisión de la vascularización post-tratamiento

### DISCUSIÓN

La etiología de las fístulas arteriovenosas uterinas es desconocida. Se cree que un posible origen se encuentre en una reacción exagerada de la implantación placentaria por una invasión excesiva del tejido decidual.

El diagnóstico es clínico y por la ecografía, sin embargo la prueba diagnóstica gold standard es la arteriografía. La imagen típica mediante ecografía muestra una imagen tortuosa hipococica a nivel intramiometrial y un ovillo vascular con flujos de alta velocidad con Doppler color. El diagnóstico diferencial suele ser con el aborto incompleto, aunque existe en muchos casos la coexistencia de ambas patologías. La clínica consiste en cuadros de metrorragia persistentes en el tiempo tras la intervención de una cirugía uterina, aunque también se han descrito casos tras abortos, gestación molar, coriocarcinoma o acretismo placentario.

El legrado uterino está contraindicado en esta patología, pues solamente consigue agravar el sangrado, pudiendo llegar a acabar en un desenlace fatal para la paciente. Según la evidencia científica actual hay varios escalones terapéuticos, siendo el de primera línea el tratamiento médico mediante anticoncepción hormonal a dosis elevadas. Si fracasa el tratamiento médico, la embolización de las arterias uterinas suele resolver la mayoría de los casos y logra preservar la fertilidad posterior. Se han descrito casos exitosos mediante histeroscopia, sin embargo la literatura es todavía escasa. Tras haber fallado todos los tratamientos anteriores, como último recurso y definitivo, debe indicarse la histerectomía.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Timmerman D, Wauters J, Van Calenberg S, Van Schoubroeck D, Maleux G, Van den Bosch T, Spitz B. Color Doppler imaging is a valuable tool for the diagnosis and management of uterine vascular malformations. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21: 570-577.
2. Timor-Tritsch IE, Haynes MC, Monteagudo A, et al. Ultrasound diagnosis and management of acquired uterine enhanced myometrial vascularity arteriovenous malformations. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214:731.e1-10.
3. Gao F, Ma X, Xu Y, Fu L, Guo X. Management of acquired uterine arteriovenous malformation associated with retained products of conception. *Journal of Vascular and Interventional Radiology* 2022.
4. Groszmann YS, Healy Murphy AL, Benacerraf BR. Diagnosis and management of patients with enhanced myometrial vascularity associated with retained products of conception. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018; 52: 396-399.
5. Alonso Pacheco L, Rodrigo Olmedo M, Narbona Arias I, Hijano Mir JV. Fístulas arteriovenosas uterinas tras legrado. *Manejo histeroscópico. Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2014; 57(3): 126-129.
6. Kuc N, Gans JH, Wattamwar K, Hirschl D, Golowa Y, Cynamon J. Direct Percutaneous Embolization of Uterine Arteriovenous Malformations. *Journal of Vascular and Interventional Radiology* 2022.
7. Jha S, Singh A. Arteriovenous Malformation Complicating Cesarean Scar Pregnancy: A Rare Case of Vaginal Bleeding Managed Successfully by Uterine Artery Embolization. *J Family Reprod Health* 2021; 15(3): 210-4.