

Hematoma espontáneo del cordón umbilical

M. González Santacruz, E. Blanco Alemany y M.R. García Martínez

Sección de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. España.

Tumoración umbilical violácea, de consistencia dura, gomosa, de tamaño 3 x 3 x 2 cm, situada a 1 cm de la base de inserción del cordón a la piel (fig. 1). El estudio anatomopatológico reveló la presencia de un hematoma encapsulado de la vena umbilical (fig. 2).

El hematoma espontáneo del cordón umbilical es infrecuente¹. La mayoría están localizados cerca del ombligo^{2,3,8} y suelen producirse por la rotura de la vena umbilical^{2-6,8}. Su etiología se desconoce^{3,6,8,9}, aunque las infecciones amnióticas^{4,5}, los traumatismos, los cordones cortos², las formaciones aneurismáticas⁴ o los procedimientos invasivos, como la funiculocentesis^{7,10}, se han relacionado con su aparición. En éste, al igual que en otros

casos, no pudo determinarse la presencia de ningún factor de riesgo^{3,6,9}.

Generalmente son pequeños, están bien circunscritos² y suelen pasar inadvertidos. Los de gran tamaño^{3,4} se asocian con importantes secuelas neurológicas⁵ (como ocurrió en este caso) y con una tasa de mortalidad perinatal cercana al 50%^{3,4,6,7}, que suele deberse a la hipoxia fetal, secundaria a la interrupción del flujo sanguíneo en las arterias umbilicales^{4,5,9,7}, o a la hipovolemia³.

El diagnóstico suele ser un hallazgo posnatal inesperado^{2,4-6}. El diagnóstico prenatal depende del tamaño y de su orientación en el útero, y se requiere un alto índice de sospecha^{3,7-10}. La visualización de una masa intrauterina adyacente al abdomen fetal debe alertar sobre su presencia^{2,3,8,9}. La finalización de la gestación tras alcanzar la madurez fetal o el seguimiento ecográfico estrecho son las únicas medidas que pueden adoptarse para evitar las lesiones hipóxicas irreversibles o la muerte fetal intraútero.

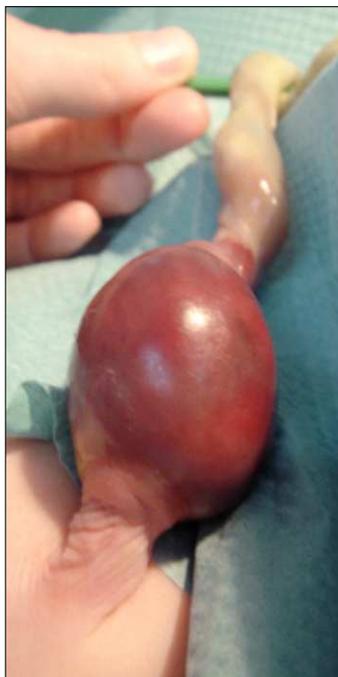


Figura 1. Hematoma del cordón umbilical. Obsérvese la tumoraación rojo violácea, de 3 x 3 x 2 cm, localizada a 1 cm de la inserción del cordón umbilical a la piel.

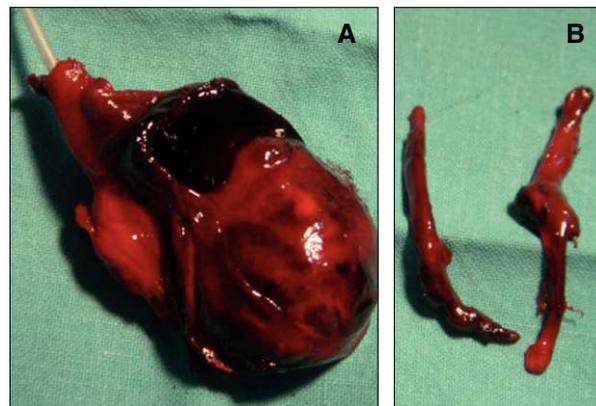


Figura 2. Análisis anatomopatológico de la pieza. La vena umbilical (A) estaba rota y presentaba un gran hematoma a su alrededor. Las arterias umbilicales (B) estaban íntegras.

Correspondencia: Dra. M. González Santacruz.
Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante.
Pintor Baeza, 12. 03010 Alicante. España.
Correo electrónico: mgonzalezsantacruz@yahoo.es

Recibido en mayo de 2008.
Aceptado para su publicación en julio de 2008.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dippel AL. Hematomas of the umbilical cord. *Surg Gynecol Obstet.* 1940;70:51.
2. Seoud M, Aboul-Hosn L, Nassar A, Khalil A, Usta I. Spontaneous umbilical cord hematoma: A rare cause of acute fetal distress. *Am J Perinatol.* 2001;18:99-102.
3. Ruvinsky ED, Wiley TL, Morrison JC, Blake PG. In utero diagnosis of umbilical cord hematoma by ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol.* 1981;140:833-4.
4. Summerville JW, Powar JS, Ueland K. Umbilical cord hematoma resulting in intrauterine fetal demise. *J Reprod Med.* 1987;32:213-6.
5. Yoshida K, Furuhashi M, Nakagawa A, Kidokoro K, Kuno N, Ishikawa K. Umbilical cord hematoma: Association with corioamnionitis and funisitis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86:895-6.
6. Sizun J, Soupre D, Broussine L, Giroux JD, Piriou P. L'hématome spontané du cordon: une cause rare de souffrance fœtale aiguë. *Arch Pediatr.* 1995;2:1182-3.
7. Chénard E, Bastide A, Fraser WD. Umbilical cord hematoma following diagnostic funipuncture. *Obstet Gynecol.* 1990;76:994-6.
8. Chou SY, Chen YR, Wu CF, Hsu CS. Spontaneous umbilical cord hematoma diagnosed antenatally with ultrasonography. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:1056-7.
9. Sepúlveda W, Wong AE, González R, Vásquez P, Gutiérrez J. Fetal death due to umbilical cord hematoma: A rare complication of umbilical cord cyst. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2005;18:387-90.
10. Morin LR, Bonan J, Vendrolini G, Bourgeois C. Sonography of umbilical cord hematoma following genetic amniocentesis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1987;66:669-70.