

Hematoma retroperitoneal posparto tratado mediante embolización selectiva de arteria uterina accesoria de origen aórtico

Postpartum retroperitoneal hematoma treated by selective embolization of an accessory uterine artery of aortic origin.

Ana Isabel Hernández Estrada,¹ Juan Manuel Medina Lomelí,¹ Erick Villa Mejía,² Néstor Medina Castro,² Gaspar Santiago Monroy,³ Valentina Conde González de Aragón³

¹ Especialista adscrito al servicio de ginecología y obstetricia.

² Residente de tercer año de ginecología y obstetricia.

³ Residente de segundo año de ginecología y obstetricia.

Hospital Español de México, Ciudad de México.

Resumen

ANTECEDENTES: Las anomalías vasculares, incluidas las arterias uterinas accesorias, son una causa infrecuente, subdiagnosticada y potencialmente mortal de hemorragia posparto tardía.

CASO CLÍNICO: Paciente de 34 años que acudió a consulta debido proctalgia intensa y disquencia siete días después de un parto eutócico. Inicialmente se practicó drenaje quirúrgico y hemostasia de un hematoma vaginal profundo en la pared izquierda. Después resultó con anemia grave e inestabilidad hemodinámica. La tomografía computada mostró un hematoma pélvico con extensión retroperitoneal. La angiografía identificó una arteria uterina accesoria de origen aórtico como posible origen del sangrado. Se efectuó la embolización selectiva, con recuperación clínica y desaparición del hematoma.

CONCLUSIONES: La anemia progresiva en el puerperio, aun sin sangrado genital evidente, debe hacer sospechar hemorragia oculta. La ausencia de extravasación de contraste en la tomografía computada no excluye el sangrado activo. Cuando hay discordancia entre la evolución clínica y los datos de imagen, debe considerarse tempranamente una angiografía diagnóstica con posibilidad terapéutica. La embolización selectiva puede lograr una hemostasia eficaz en pacientes cuidadosamente seleccionadas.

PALABRAS CLAVE: Hemorragia posparto; radiología intervencionista; embolización terapéutica; arteria uterina.

Abstract

BACKGROUND: Vascular anomalies, including accessory uterine arteries, are an uncommon, underdiagnosed, and potentially life-threatening cause of late postpartum hemorrhage.

CASE REPORT: A 34-year-old woman presented with severe proctalgia and dyschezia seven days after a eutocic vaginal delivery. Surgical drainage and hemostasis of a deep vaginal hematoma on the left lateral wall were initially performed. She subsequently developed severe anemia and hemodynamic instability. Computed tomography showed a pelvic hematoma with retroperitoneal extension. Angiography identified an accessory uterine artery of aortic origin as a possible origin of bleeding. Selective embolization was performed, followed by clinical recovery and hematoma resolution.

Correspondencia

Valentina Conde González de Aragón
valconde.vc@gmail.com
isabelher@netscape.net

ORCID

<https://orcid.org/0009-0009-73222-0673>
<https://orcid.org/0009-0001-6205-7016>
<https://orcid.org/0009-0002-3763-291X>
<https://orcid.org/0000-0003-1964-604X>
<https://orcid.org/0009-0001-4203-0190>
<https://orcid.org/0009-0008-7421-9140>

Recibido: marzo 2026

Aceptado: agosto 2026

Este artículo debe citarse como:

Hernández-Estrada AI, Medina-Lomelí JM, Villa-Mejía E, Medina-Castro N, Santiago-Monroy G, Gonzalez-de Aragón VC. Hematoma retroperitoneal posparto tratado mediante embolización selectiva de arteria uterina accesoria de origen aórtico. Casos Clínicos de GOM 2026; 3: e11193.

CONCLUSIONS: Progressive postpartum anemia, even without evident genital bleeding, should raise suspicion of occult hemorrhage. The absence of contrast extravasation on computed tomography does not rule out active bleeding. When clinical evolution and imaging findings are discordant, early diagnostic angiography with therapeutic potential should be considered. Selective embolization may provide effective hemostasis in carefully selected patients.

KEYWORDS: Postpartum hemorrhage; Interventional radiology; Therapeutic embolization; Uterine artery.

ANTECEDENTES

La hemorragia posparto tardía es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en todo el mundo, con una incidencia estimada del 1 al 2%, y plantea un reto diagnóstico debido a su presentación clínica heterogénea y sus múltiples causas.¹ Entre las causas descritas en la bibliografía se encuentran las alteraciones vasculares uterinas: arterias accesorias, pseudoaneurismas y malformaciones arteriovenosas; su laceración puede provocar la formación de hematomas.¹

Los hematomas puerperales se definen como la acumulación de sangre en el tejido conectivo del canal de parto o en los espacios pélvicos adyacentes, como consecuencia de la lesión de vasos sanguíneos durante el parto o procedimientos obstétricos. Su incidencia varía entre 1 en 300 y 1 en 1500 nacimientos y habitualmente se asocia con partos instrumentados.²

Los hematomas puerperales se clasifican según su localización en: vulvares, vaginales, paravaginales, supravaginitis y retroperitoneales. Estos últimos representan una forma particularmente infrecuente y grave de hematoma obstétrico y se caracterizan por la extensión del sangrado hacia el espacio retroperitoneal, generalmente secundaria a la laceración de la arteria uterina, ruptura uterina o progresión de un hematoma vaginal profundo. Su baja incidencia y la inespecificidad de los síntomas iniciales dificultan el diagnóstico oportuno, lo que incrementa el riesgo de inestabilidad hemodinámica y choque hipovolémico.²

El enfoque diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica. Si bien el ultrasonido suele ser el primer estudio de imagen, la tomografía con contraste es útil para confirmar la localización y extensión del hematoma. También ayuda a orientar la búsqueda de sangrado activo.^{2,3} Sin embargo, puede no detectar todos los casos ni cuantificar con exactitud el volumen de la colección. Por ello, la angiografía pélvica puede ser útil cuando la evolución clínica es desfavorable o los estudios iniciales no son concluyentes. Este estudio permite identificar el posible origen del sangrado y, si está indicado, practicar la embolización selectiva.^{1,4}

El objetivo de esta publicación es comunicar un caso de hemorragia posparto tardía asociada con un hematoma retroperitoneal de posible causa vascular infrecuente. En la angiografía se identificó una arteria uterina accesoría dependiente del sistema aórtico como posible origen del sangrado. El tratamiento se efectuó mediante embolización selectiva.

CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años, con estatura de 1.65 m, peso de 67 kg e índice de masa corporal de 24.6 kg/m². Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 14 años, 4 embarazos y 4 partos.

La paciente cursaba las 38.5 semanas de embarazo. Acudió a la unidad hospitalaria en trabajo de parto en fase latente, con dilatación cervical de 3 cm. La evolución fue adecuada y culminó en parto eutócico, con duración total de 7 horas y 30 minutos. Debido a un periné corto (menos de 3 cm), se practicó una episiotomía mediolateral derecha de aproximadamente 3 cm. Durante la expulsión se identificó una circular cervical de cordón umbilical, sin repercusión clínica. Se obtuvo un recién nacido masculino de 38.5 semanas de gestación, con peso de 3850 g, talla de 58 cm y puntuación de Apgar de 9/9. Después se revisó de forma sistemática el canal del parto. El cuello del útero fue expuesto con pinza de anillos para valorar ambas comisuras cervicales, que se encontraron íntegras. A la exploración vaginal se identificó la episiotomía previa. Los fondos de saco vaginales y el conducto vaginal estaban íntegros, sin lesiones adicionales ni desgarramientos perineales o rectales. La reparación de la episiotomía se efectuó en tres planos: sutura continua anclada con poliglactina 0, sutura continua simple con poliglactina 2-0 y sutura subdérmica con poliglactina 2-0. La pérdida hemática estimada fue de aproximadamente 300 mL, calculada mediante conteo de textiles. La concentración de hemoglobina previa al parto fue de 12.8 g/dL. Como la pérdida sanguínea se consideró normal y la evolución clínica fue satisfactoria, no se solicitó hemoglobina de control. Durante el puerperio inmediato, la paciente permaneció hemodinámicamente estable. Tuvo loquios hemáticos escasos y no hubo evidencia de sangrado activo. No refirió dolor rectal. Solo tuvo dolor leve en el sitio de la episiorrafia durante la sedestación. Antes del alta del hospital se verificó la integridad de la episiorrafia, sin sangrado activo ni otras alteraciones. Fue dada de alta dos días después del parto.

A los siete días del parto inició con proctalgia intensa, disquecia y loquios hemáticos escasos. Acudió al servicio de urgencias. Al ingreso se documentaron los siguientes signos vitales: tensión arterial 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca 99 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm, saturación de oxígeno 92% y temperatura de 35.7 °C. Estos datos evidenciaron tendencia a hipotensión y taquicardia limítrofe, sin datos clínicos de choque manifiesto en la valoración inicial. A la exploración física, el útero tenía tono e involución adecuados. El tacto vaginal no mostró colecciones.

Se observó una hemorroide externa de 1.5 cm, con datos aparentes de trombosis y equimosis perianal. **Figura 1**

La biometría hemática inicial reportó hemoglobina de 10.8 g/dL. Ante estos datos, se solicitó valoración por el especialista en coloproctología. El servicio indicó el ingreso hospitalario para tratamiento quirúrgico. Durante el procedimiento se practicó la anoscopia directa. Se inspeccionó el margen anal y se observó un paquete hemorroidal externo de aspecto congestivo en el cuadrante posterolateral izquierdo, entre las posiciones de las 6 y 7 horas. No había datos de trombosis, necrosis, induración ni absceso perianal. Después se revisó toda la circunferencia del conducto anal. La mucosa estaba íntegra, sin hemorroides internas propasadas o trombosadas, úlceras, fisuras, fístulas ni sangrado activo. La exploración se complementó con tacto rectal. Se palparon el conducto anal, los esfínteres interno y externo, y la ampolla rectal, sin tumoraciones, induraciones ni defectos de la pared rectal.

Al concluir la exploración rectal se identificó un sangrado abundante proveniente de la cavidad vaginal. En la exploración bimanual, el útero tenía tono e involución adecuados. En la revisión instrumentada de la vulva, vagina, cuello uterino y parametrios se observó un hematoma en el tercio medio e inferior de la pared izquierda de la vagina. Medía aproximadamente 4 a 5 cm y drenaba hacia la cavidad vaginal a través de una solución de continuidad de 3 cm de extensión y 5 cm de profundidad. El hematoma no se extendía a la fosa isquiorrectal, el fórnix ni el parametrio ipsilateral. No se identificaron trayectos fistulosos ni perforación de estructuras vecinas. Se drenó el hematoma por compresión. Después se consiguió la hemostasia con 8 puntos en "X" y sutura continua anclada con poliglactina 1-0, desde el fondo del hematoma hasta la mucosa vaginal. Como la hemostasia fue satisfactoria, no se colocaron drenajes ni empaquetamiento.

Por último, se practicó el tacto rectal y se confirmó la integridad de los planos esfinterianos y la ausencia de trayectos o comunicaciones con el hematoma drenado. El procedimiento concluyó descartando enfermedad hemorroidal trombosada, complicaciones anorrectales asociadas y conexión entre el hematoma vaginal y el conducto anal o rectal.

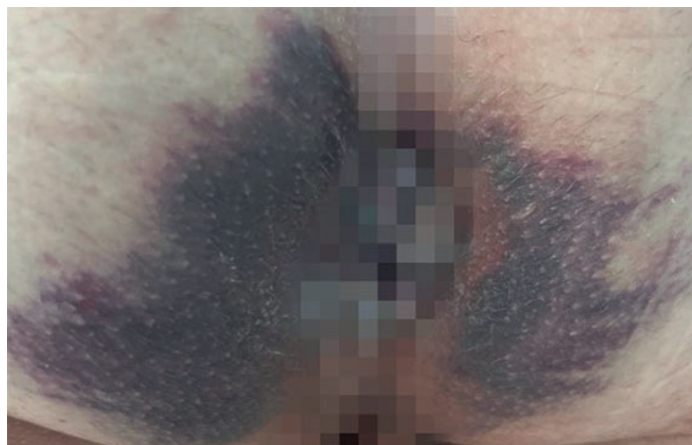


Figura 1. Equimosis perianal y glútea bilateral, con predominio izquierdo, documentada durante la exploración física al ingreso.

El sangrado intraoperatorio se estimó en 600 mL, calculados mediante conteo de textiles. Los signos vitales transoperatorios se muestran en el diagrama de flujo. Se transfundieron un plasma fresco congelado y dos concentrados eritrocitarios. Se verificaron la involución y el tono uterino, así como la integridad de la episiorrafia; todos fueron adecuados. El procedimiento concluyó con el diagnóstico de hematoma de pared vaginal izquierda con drenaje espontáneo, de origen por determinar.

Al día siguiente se obtuvo una tomografía abdominopélvica sin contraste. El estudio reportó un hematoma en el hueco pélvico izquierdo, de 7.7 x 4.6 x 5.3 cm. Los signos vitales fueron tensión arterial de 90/64 mmHg, frecuencia cardíaca de 72 lpm y frecuencia respiratoria de 16 rpm. La hemoglobina descendió a 6.4 g/dL, por lo que se integró el diagnóstico de anemia grave. Desde el punto de vista clínico se observó progresión de la equimosis (**Figura 2**) hacia el labio mayor izquierdo y la región perineal, con extensión hasta el límite superior del pliegue interglúteo. Al tacto vaginal no se palpó colección.

Se solicitó la valoración del hematólogo, quien prescribió una dosis única de 1 g de ácido tranexámico por vía intravenosa y solicitó una nueva biometría hemática. Esta reportó hemoglobina de 5.8 g/dL, con una caída acumulada de 5 g/dL en las 18 horas posteriores al drenaje y cierre del hematoma. Los signos vitales fueron: tensión arterial 82/60 mmHg, frecuencia cardíaca 110 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm y saturación de oxígeno del 93%. Se decidió obtener una tomografía abdominopélvica con contraste. El estudio mostró un hematoma retroperitoneal izquierdo de dimensiones similares, que involucraba el espacio pararrenal y la fascia conal (**Figuras 3 y 4**), con borramiento de la interfaz con el músculo psoas. También se observó extensión al flanco izquierdo y al peritoneo anterior, así como un vaso proveniente de la aorta en el territorio del hematoma. **Figura 5**

Debido a las limitaciones de la tomografía para evaluar el hematoma retroperitoneal, se solicitó la valoración



Figura 2. Progresión de la equimosis perianal y glútea hacia el labio mayor izquierdo y la región perineal. La expansión de la zona equimótica, asociada al descenso progresivo de la hemoglobina y al deterioro hemodinámico, incrementó la sospecha de hemorragia oculta persistente y motivó la solicitud de estudios de imagen complementarios.

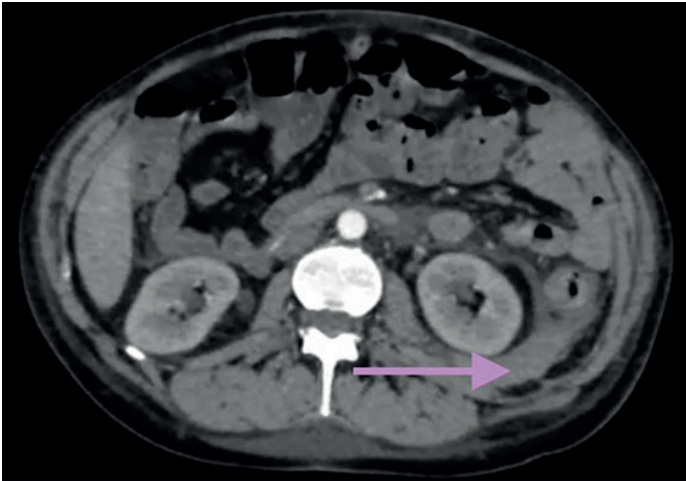


Figura 3. Tomografía computada abdominopélvica contrastada, corte axial. La flecha señala un hematoma retroperitoneal izquierdo que afecta el espacio pararenal anterior y la fascia conal, hallazgo compatible con un hematoma pélvico profundo.

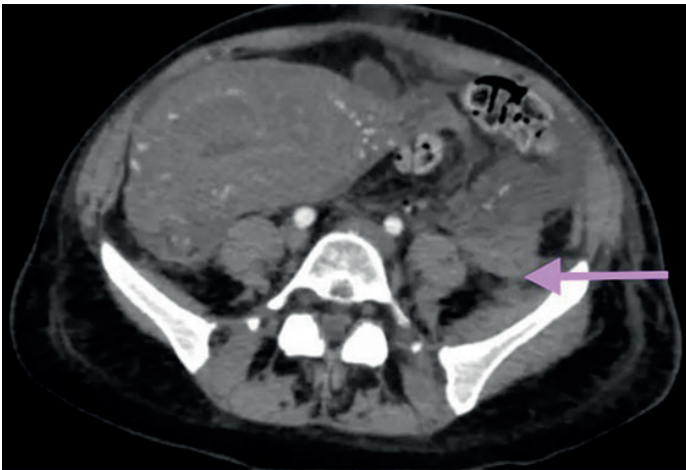


Figura 4. Tomografía computada abdominopélvica contrastada, corte axial. La flecha señala un hematoma retroperitoneal izquierdo con extensión hacia la fosa ilíaca izquierda, con niveles de diferente densidad (18 y 47 unidades Hounsfield), sugerentes de sedimentación hemática.

del radiólogo intervencionista. También se consideraron el descenso progresivo de la hemoglobina, el deterioro hemodinámico y el avance de la equimosis. El radiólogo intervencionista recomendó angiografía diagnóstica con posibilidad terapéutica.

Se transfundió un concentrado eritrocitario y se efectuó el procedimiento. Se identificó una arteria uterina accesoria de origen aórtico, a nivel del segmento L1-L2 y de lateralidad izquierda. Tenía un trayecto tortuoso y oblicuo dirigido hacia la pelvis. Su territorio irrigado correspondía al útero en su región izquierda, así como a la salpinge y al ovario ipsilateral. Se consideró un vaso con características angiográficas sospechosas de sangrado: una arteria elongada, tortuosa y displásica, debido a su correspondencia con el sitio anatómico del hematoma identificado por tomografía abdominopélvica (**Figura 6**). La arteria fue canalizada y embolizada de manera selectiva por acceso femoral, con 10 espirales metálicas de 4 a 8 mm. La oclusión vascular, la estasis y la ausencia de flujo distal confirmaron la oclusión del vaso tratado. Después del procedimiento se estabilizó el tamaño del hematoma y mejoraron los datos clínicos y de laboratorio.

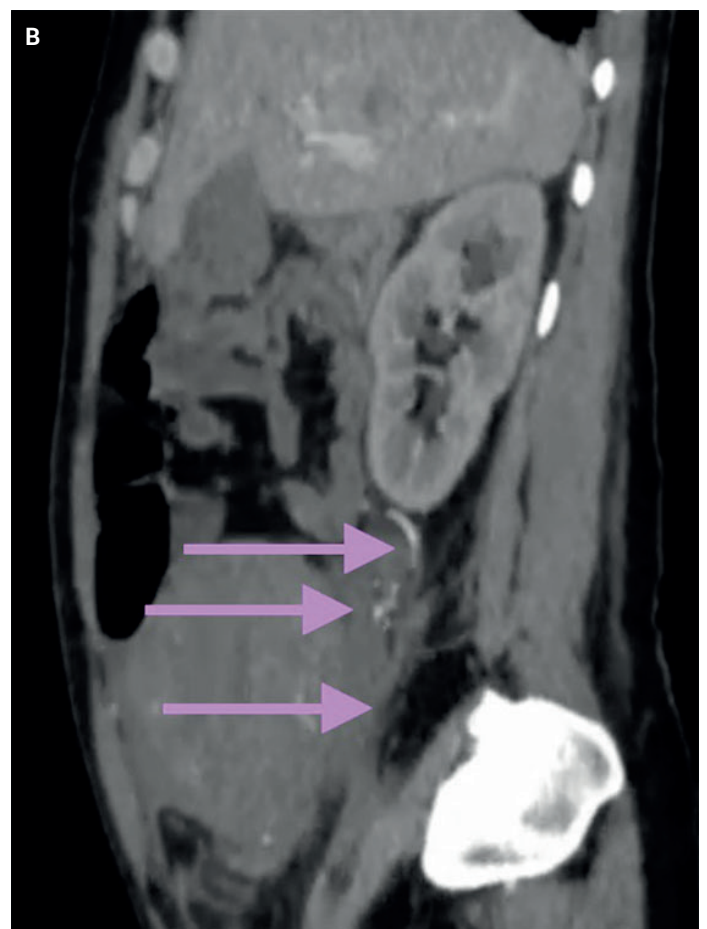
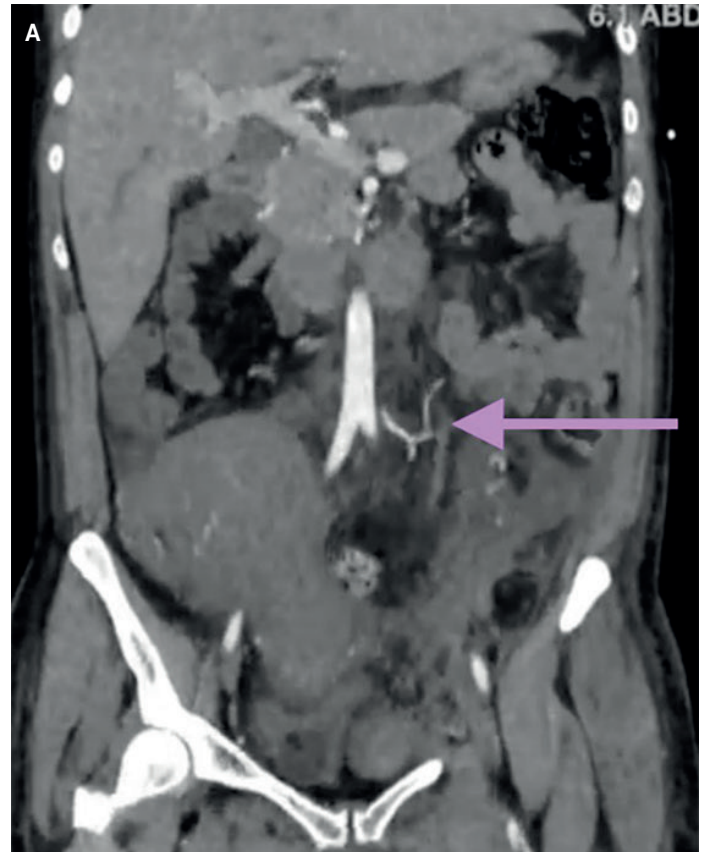


Figura 5. Tomografía computada abdominopélvica contrastada. Reconstrucciones coronal (**A**) y sagital (**B**), endiente de la aorta abdominal y dirigida hacia el territorio del hematoma retroperitoneal. La correspondencia anatómica entre este vaso y el hematoma, en conjunto con la evolución clínica de la paciente, motivó la indicación de una angiografía diagnóstica, que posteriormente lo caracterizó como una arteria uterina accesoria de origen aórtico.

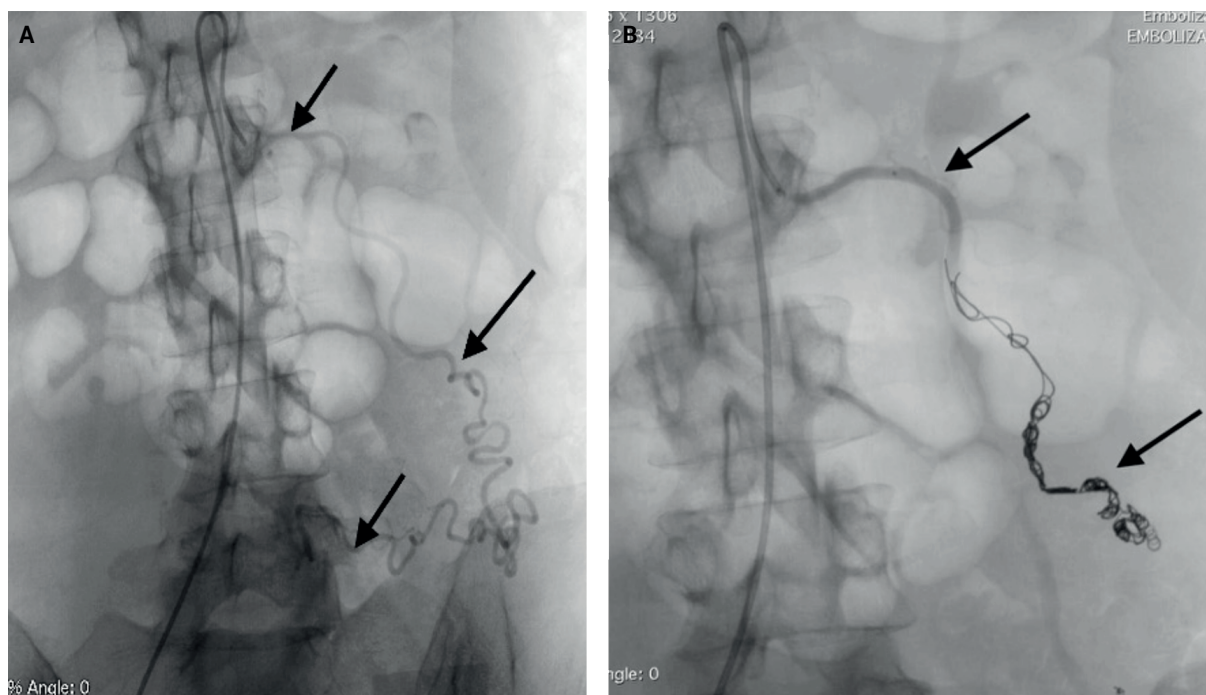


Figura 6. Angiografía diagnóstica con posibilidad terapéutica. **(A)** La imagen señala una arteria uterina accesoria izquierda de origen aórtico, cuyo trayecto coincidía con la localización del hematoma y se consideró un posible origen del sangrado. **(B)** Angiografía posterior a la embolización selectiva con espirales metálicas, que demuestra la oclusión del vaso tratado, sin evidencia de flujo distal.

Cuatro horas después de la embolización, la hemoglobina fue de 7.6 g/dL. Los signos vitales mostraron franca mejoría. Persistía hipoxemia leve, sin signos ni síntomas pulmonares. En la exploración física se descartó el síndrome pleuropulmonar. Se transfundió un último concentrado eritrocitario, con un total acumulado de cuatro concentrados eritrocitarios y un plasma fresco. Al segundo día posprocedimiento se solicitó el ultrasonido pélvico, que reportó un hematoma de 5.8 x 3.12 x 4.3 cm. Por mejoría clínica y de laboratorio se decidió el alta del hospital. Durante la estancia intrahospitalaria recibió tratamiento antibiótico con 300 mg de clindamicina cada 8 h y 1 g de cefalotina cada 8 h durante tres días por vía intravenosa. Después continuó con 300 mg de clindamicina por vía oral cada 8 h y 1 g de cefalexina por vía oral cada 8 h, ambas por 4 días más. El esquema se indicó por la manipulación pélvica, el hematoma y el riesgo de absceso.

Se continuó el seguimiento ambulatorio durante tres semanas. Se vigilaron la curva térmica, la velocidad de sedimentación globular (inicial: 127 mm/h; final: 25 mm/h) y la proteína C reactiva (inicial: 1.4 mg/L; final: 0.16 mg/L). También se efectuaron dos ultrasonidos pélvicos. La evolución clínica y de laboratorio fue favorable, con remisión completa del hematoma.

DISCUSIÓN

En un 61.7% de los casos la arteria uterina se origina del tronco anterior de la arteria ilíaca interna; sin embargo, se han descrito variaciones anatómicas clínicamente relevantes, como arterias uterinas provenientes de la arteria umbilical (13.9%) o de la arteria glútea inferior (5.2%).⁶ La existencia de variantes anatómicas de la arteria uterina tiene relevancia clínica en procedimientos ginecológicos

y obstétricos.^{5,6} Aún menos frecuentes son los suministros arteriales uterinos inusuales o extra-hipogástricos, descritos principalmente en informes aislados, por lo que su incidencia real es difícil de establecer con precisión.^{7,8,10} En este contexto, Uflacker y colaboradores describieron una arteria uterina aberrante originada en la arteria epigástrica inferior durante un procedimiento de embolización, destacando la relevancia clínica de reconocer estas variantes en escenarios de hemorragia obstétrica.⁷

Desde el punto de vista fisiopatológico, los hematomas en el puerperio se producen por la acumulación de sangre que puede disecar espacios paravaginales, parametriales o retroperitoneales, con capacidad de expandirse progresivamente y sin sangrado genital evidente.^{2,3} Estos hematomas pueden originarse por lesiones de vasos pélvicos relacionados con el canal del parto, incluidas las ramas vaginales o pudendas internas.^{2,3} En casos excepcionales, los vasos uterinos accesorios o de origen inusual también pueden actuar como origen del sangrado, como se ha descrito en informes de caso.^{7,8,10} La bibliografía documenta que los hematomas vaginales, paravaginales o retroperitoneales profundos pueden manifestarse predominantemente con dolor pélvico, rectal o perineal agudo, sin hemorragia externa significativa y con anemia progresiva.^{2,3}

En concordancia con lo descrito, la paciente acudió con proctalgia intensa y disquecia, además de escaso sangrado transvaginal y anemia progresiva. No fue posible determinar con certeza el mecanismo fisiopatológico ni el sitio inicial de sangrado. Esto se debió a la complejidad anatómica pélvica y al carácter dinámico de la hemorragia puerperal. Sin embargo, la topografía de la arteria uterina accesoria coincidió con la ubicación del hematoma. Además, la embolización de esa arteria se asoció con estabilización clínica

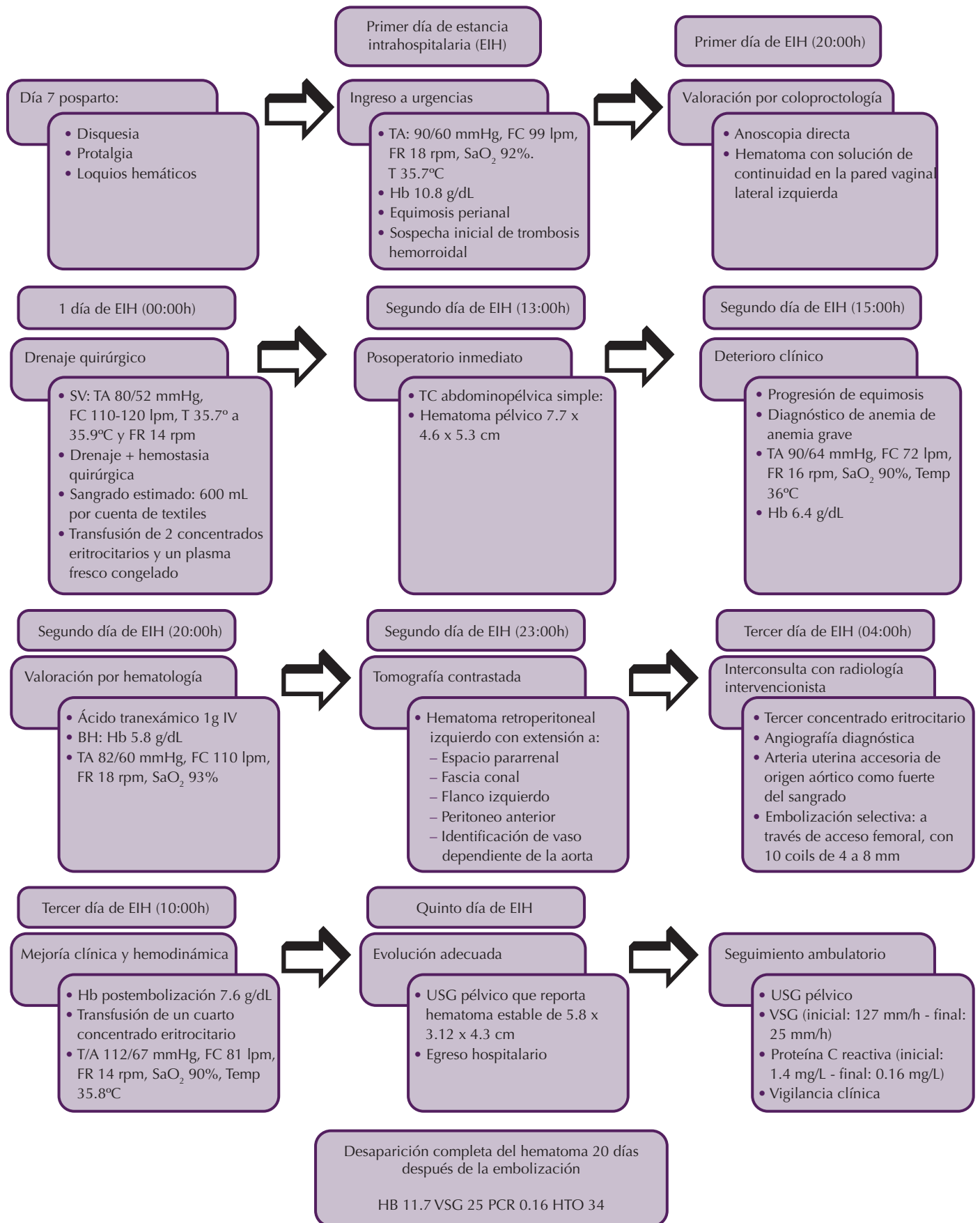


Figura 7. Diagrama de flujo con la cronología del caso.

Cuadro 1. Evolución cronológica de los parámetros hematológicos, estudios diagnósticos e intervenciones terapéuticas

Tiempo	Hemoglobina (g/dL)	Evento clínico	Intervención
Preparto	12.8	Embarazo de término	—
Día 7 posparto	10.8	Proctalgia, disquecia	Ingreso al hospital
Primer día de estancia hospitalaria	—	Drenaje de hematoma vaginal	2 concentrados eritrocitarios + 1 plasma fresco congelado
Segundo día de estancia hospitalaria	6.4	Anemia grave	Tomografía sin contraste
15 h después de la intervención	5.8	Deterioro clínico	Tomografía con contraste + ácido tranexámico
Tercer día de estancia hospitalaria	—	Angiografía diagnóstica que identificó una arteria uterina accesoria	Un concentrado eritrocitario + embolización selectiva
6 h posembolización	7.6	Estabilización	Un concentrado eritrocitario
Segundo día posembolización	—	Evolución favorable	Ultrasonido pélvico y alta hospitalaria
Seguimiento (3 semanas)	11.7	Desaparición completa del hematoma	Alta y vigilancia clínica ambulatoria

y desaparición progresiva del hematoma. Estos elementos apoyan la hipótesis de que dicho vaso fue el posible origen del sangrado, aunque no se demostró de forma directa el sitio de ruptura vascular. La episiotomía fue contralateral al hematoma, lo que sugiere que no hubo relación fisiopatológica entre ambos. No obstante, no puede excluirse una lesión obstétrica profunda del canal vaginal o del espacio paravaginal, aun cuando el canal del parto se exploró de forma exhaustiva y no se encontraron lesiones.

Aun cuando la tomografía computada es un método diagnóstico inicial valioso en la hemorragia posparto tardía y en los hematomas pélvicos profundos, la ausencia de extravasación de contraste no excluye el sangrado activo. Esto es especialmente relevante cuando el sangrado es intermitente o de bajo flujo.^{2,3} En este contexto, la evolución clínica y los parámetros hematológicos deben tener mayor peso que los datos paraclínicos aislados. En el caso aquí reportado, el deterioro hemodinámico progresivo y el descenso persistente de la hemoglobina motivaron la angiografía diagnóstica. Este estudio permitió reconocer y embolizar una arteria uterina accesoria de origen aórtico como posible origen del sangrado. Con ello se lograron la hemostasia, la estabilización hemodinámica y la recuperación progresiva de la hemoglobina. Estos resultados son consistentes con lo reportado en la bibliografía. En ella se informa que la embolización arterial en la hemorragia posparto alcanza tasas de éxito mayores al 90%, con baja incidencia de complicaciones y preservación de la fertilidad en la mayoría de los casos.^{1,4,9}

El caso comunicado resalta la importancia de sospechar hemorragia posparto tardía o de causa incierta cuando la clínica lo sugiere y los estudios paraclínicos no son concluyentes.¹⁻⁴ En esta paciente, varios datos orientaron a sospechar una variante vascular como posible origen del sangrado: inestabilidad hemodinámica desproporcionada respecto del sangrado externo visible, respuesta insuficiente al tratamiento quirúrgico inicial del hematoma, descenso progresivo de la hemoglobina e identificación tomográfica de una estructura vascular anómala cercana al hematoma. En escenarios semejantes, la radiología intervencionista puede ser decisiva para el diagnóstico y el control definitivo de la hemorragia.^{1,4,9}

CONCLUSIONES

Las variantes anatómicas de las arterias uterinas son infrecuentes, pero deben considerarse como posible causa de hemorragia posparto tardía en casos de presentación atípica o evolución clínica desfavorable. La ausencia de extravasación en la tomografía no excluye el sangrado activo, sobre todo en hematomas pélvicos profundos de bajo flujo. En estos escenarios, la evolución clínica, los parámetros hematológicos y la ineficacia del tratamiento inicial deben orientar la toma de decisiones. En este caso, la angiografía diagnóstica seguida de embolización arterial selectiva permitió identificar un posible origen del sangrado y lograr el control hemostático. La bibliografía médica respalda que estos procedimientos pueden considerarse una opción diagnóstica y terapéutica en pacientes debidamente seleccionadas.

DECLARACIONES

Agradecimientos: a quienes contribuyeron al desarrollo del caso clínico, especialmente a las doctoras María Lourdes Campos Leonel de Cervantes y. Marissa del Socorro Quintal Ramírez.

Conflicto de intereses: no hubo ninguno.

Financiamiento: ni se obtuvo ni fue necesario para la elaboración de este artículo.

Uso de inteligencia artificial: utilizada solo con fines de pulir la redacción y verificar la validez de la bibliografía consultada.

Contribución de los autores: Ana Isabel Hernández Estrada: planeación y obtención de datos. Juan Manuel Medina Lomelí: concepción y redacción. Erick Villa Mejía: análisis e interpretación de datos. Néstor Medina Castro: análisis e interpretación de datos. Gaspar Santiago Monroy: planeación y obtención de datos. Valentina Conde Gonzalez de Aragón: planeación y obtención de datos.

Consentimiento informado: se obtuvo consentimiento informado por escrito de la paciente para la publicación del caso y de las imágenes clínicas. El manuscrito fue elaborado preservando la confidencialidad y la salvaguarda de la identidad de la paciente. Por tratarse de un caso clínico, no se requirió aprobación por el comité de ética, de acuerdo con la normativa institucional correspondiente.

Permisos: Todas las imágenes y figuras son originales. Se consultaron de forma sistemática las siguientes bases de datos: PubMed/MEDLINE,

Scopus y Google Scholar, esta última como fuente complementaria para bibliografía gris e informes de caso. Se utilizaron los términos 'postpartum hemorrhage', 'accessory uterine artery' y 'embolization'.

REFERENCIAS

1. Alonso-Burgos A, Díaz-Lorenzo I, Muñoz-Saá L, Gallardo G, et al. Primary and secondary postpartum haemorrhage: A review for a rationale endovascular approach. *CVIR Endovasc* 2024; 7: 17. <https://doi.org/10.1186/s42155-024-00429-7>
2. Redondo Villatoro A, Azcona Sutil L, Vargas Gálvez D, Carmona Domínguez E, et al. Diagnosis and management of postpartum retroperitoneal hematoma: A report of 3 cases. *Am J Case Rep* 2022; 23: e935787. <https://doi.org/10.12659/ajcr.935787>
3. Kovac SR, O'Brien JM. Management of hematomas incurred as a result of obstetric delivery. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2024. <https://www.uptodate.com/contents/management-of-hematomas-incurred-as-a-result-of-obstetric-delivery>
4. Amat Pérez RA, Gómez Valdés J, Lonjedo Vicent E, Sarrió Llavata M, et al. Efficacy and safety of uterine artery embolization in the management of postpartum hemorrhage. *Radiología* 2024; 66 (6): 501-512. <https://doi.org/10.1016/j.rx-eng.2023.01.016>
5. Liapis K, Tasis N, Tsouknidas I, Tsakotos G, et al. Anatomic variations of the uterine artery: Review of the literature and their clinical significance. *Turk J Obstet Gynecol* 2020; 17 (1): 58-62. <https://doi.org/10.4274/tjod.galenos.2020.33427>
6. Ostrowski P, Bonczar M, Michalczak M, Gabryszuk K, et al. The anatomy of the uterine artery: A meta-analysis with implications for gynecological procedures. *Clin Anat* 2023; 36 (3): 457-464. <https://doi.org/10.1002/ca.23983>
7. Uflacker A, Sopata CE, Haskal ZJ. Inferior epigastric uterine artery. *J Vasc Interv Radiol* 2017; 28 (1): 23-24. <https://doi.org/10.1016/j.jvir.2016.04.035>
8. Johnson K, Howard M, Ahmad SS, Kashyap OA. Postpartum aortic-origin uterine artery pseudoaneurysm: Retroperitoneal hematoma treated with coils. *Cureus* 2025; 17 (9): e92944. <https://doi.org/10.7759/cureus.92944>
9. Elbiss H, Al Awar S, Koteesh J, Khair H, et al. Uterine artery embolization in the management of postpartum hemorrhage. *World J Emerg Surg* 2025; 20: 6. <https://doi.org/10.1186/s13017-025-00580-z>
10. Horton AW, Patel U, Belli AM. An unusual arterial supply to the uterus: A case report and review of anatomy -implications for uterine artery embolization. *Clin Radiol* 2010; 65 (12): 1038-1042. <https://doi.org/10.1016/j.crad.2010.07.007>

REQUISITO PARA AUTORES

ORCID es un proyecto que tiene por objetivo proporcionar un identificador único y permanente para cada investigador, para evitar errores y confusiones en los nombres de los autores, en el momento de identificar su producción científica y poder distinguir claramente sus publicaciones.

Por lo anterior, es requisito la inclusión de este identificador de autores en todos los artículos enviados para publicación en **Casos clínicos de GOM**.