

Rotura Uterina Espontánea en embarazo de segundo trimestre: presentación de un caso y revisión de la literatura

(Spontaneous Uterine Rupture in Second Trimester of Pregnancy: Case report and Literature review)

Airam Amoroso Gil ¹✉, Cristian Pino ¹, Carmen Salas¹, Diana Izurieta², Camilo González³, Glennis Márquez⁴, Francis Márquez⁴

¹Residente Asistencial Programado del IVSS, Mérida. ²Residente Asistencial Hospital II del Vigía, Mérida. ³Médico Especialista en Cirugía General Adjunto al Servicio de Cirugía General del IVSS, Mérida ⁴Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia Adjunto al Servicio de Ginecología y Obstetricia del IVSS, Mérida. Venezuela.

[CASO CLÍNICO]

Recibido: 27 de Mayo de 2013. Aceptado: 13 de Octubre de 2013.

Resumen

La rotura uterina se define como la solución de continuidad de la pared uterina. Es una complicación obstétrica poco frecuente y potencialmente letal para la madre y el feto, que ocurre generalmente durante el segundo o tercer trimestre de gestación, y que está asociada principalmente a la cirugía uterina previa, constituyendo así un desafío médico por su difícil diagnóstico diferencial y controversial manejo. Se presenta el caso de una paciente de 26 años de edad, con rotura espontánea de útero grávido de 18 semanas de gestación y antecedente de cicatriz uterina. Se realiza laparotomía exploradora obteniendo como hallazgo placenta y cordón umbilical unido a feto sin vida en cavidad abdominal, lo que confirma diagnóstico intraoperatorio.

Palabras clave

Rotura uterina, Embarazo segundo trimestre, Mortalidad perinatal. Dehiscencia de cicatriz uterina.

Abstract

Uterine rupture is a solution of continuity of the uterine wall. It is an uncommon and potentially lethal obstetric complication, for both mother and fetus, that mainly occurs during the second or third trimester of pregnancy, and that is mainly associated to previous uterine surgery, thus forming a medical challenge for its difficult differential diagnosis and controversial management. We report the case of a 26 years old patient with a spontaneous gravid uterine rupture, 18 weeks of gestation and cesarean scar background. Laparotomy is conducted finding both placenta and umbilical cord attached to no-living fetus in the abdominal cavity, which confirms intraoperative diagnosis.

Keywords

Uterine rupture, second trimester pregnancy, Perinatal mortality, Uterine scar dehiscence.

Introducción

La rotura uterina (RU) es una de las complicaciones más serias del embarazo y del parto. La primera descripción de este accidente fue hecha por el cirujano francés Jacques Guillemeau a fines del siglo XV (1). Durante el embarazo la RU es un evento poco común que generalmente resulta en compromiso del bienestar materno-fetal.

Por definición, la RU incompleta, oculta o simple dehiscencia se trata de esa lesión que no afecta

a todo el espesor del miometrio y su cubierta peritoneal permanece intacta (2). En la RU completa se afecta a todo el espesor de la pared, incluida la serosa, y deja en comunicación la cavidad uterina con la abdominal; se asocia con un sangrado profuso y evidente sufrimiento fetal, expulsión o protrusión fetal y placentaria hacia la cavidad abdominal (3) que hacen necesarias histerorráfia, cesárea e incluso histerectomía (4).

Su incidencia a nivel mundial es muy variable, afectando aproximadamente a 1 de cada 6673 partos

(4) y en la literatura no se describen datos epidemiológicos o genéticos que predispongan al desarrollo de la RU espontánea pero si factores que aumentan el riesgo como cicatriz uterina previa por cesárea, miomectomía o salpingectomía, taquisistolia, sobredistensión uterina, placenta percreta o parto obstruido (5).

Dada la gravedad del proceso y en vista de que su diagnóstico temprano y tratamiento inmediato son importantes factores pronósticos, tanto para la madre como para el feto presentamos un caso clínico de rotura uterina espontánea en una mujer de 26 años de edad que desconocía estado de gravidez y que acude a la emergencia del Hospital "Dr. Tulio Carnevalli Salvatierra" del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) por presentar dolor abdominal de fuerte intensidad y sangrado a través de genitales.

Caso clínico

Paciente: Femenino de 26 años de edad, natural y procedente de la localidad, quien refiere enfermedad actual de dos días de evolución, caracterizado por dolor abdominal de fuerte intensidad de inicio en región periumbilical y posteriormente irradiado a ambas fosas ilíacas, sin acalmia con el uso de analgésicos de uso común. Concomitantemente presenta diarrea y náuseas. Antecedentes Personales: asmática, última crisis en Junio de 2009, grupo sanguíneo: A Rh (+), niega alergias a medicamentos, niega cualquier otra patología crónica degenerativa. Antecedentes Familiares: Niega de importancia. Antecedentes gineco-obstétricos: menarquía: 13 años; ciclos menstruales: irregulares de 4 a 5 días de duración; sexarquía: 15 años; anticonceptivos orales: niega; cesárea segmentaria en el 2009 por desproporción céfalo-pélvica. Fecha de última menstruación: incierta.

Al examen funcional la paciente refiere dolor abdominal de fuerte intensidad a predominio de ambas fosas ilíacas, náuseas, anorexia, evacuaciones líquidas y sangrado leve a través de genitales en escasa cantidad de un día de evolución que concuerda con el comienzo de su menstruación. Al examen físico: tensión arterial dentro de parámetros normales, taquicárdica, taquipneica, afebril, hidratada, pupilas normo-reactivas, mucosa oral húmeda, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo; ruidos hidroaéreos presentes y doloroso a la palpación profunda; signos de Blumberg, Mc Burney, Rovsing y puño percusión derecha positivos, mientras que los del Psoas, Obturador, Dunphy y puntos ureterales

(superiores y medios) están ausentes; genitales externos no explorados, miembros eutróficos sin edema, neurológico conservado vigil activa y con un Glasgow de 15/15.

En vista de clínica de irritación peritoneal, es valorada por el servicio de Cirugía General, quienes indican realizar paraclínicos y mantener en área de observación ante la sospecha de un abdomen agudo infeccioso para confirmación de impresión diagnóstica. No se realiza prueba monoclonal ni examen físico ginecológico, ya que expone inicio de período menstrual el día anterior. Se solicita eco abdominal, pero la institución no contaba con el recurso en ése momento. Es ingresada bajo el diagnóstico de: Abdomen Agudo Quirúrgico Infeccioso: Apendicitis Aguda. Debido a descompensación hemodinámica FC: 106 x minuto, TA: 100/60 mmHg. FR: 22 x minuto es revalorada y se decide llevar a mesa operatoria para realizar laparotomía exploratoria media infraumbilical, de la cual se halla: 300cc de sangre y placenta libres en cavidad abdominal, esta última con cotiledones completos de 10 por 15 cm, no adherida a órganos intraabdominales; el cordón umbilical con sus tres elementos uniendo a placenta, feto sin vida en bolsa amniótica de aproximadamente 18 semanas de gestación; peso: 455 gr, talla: 32 cm; (Fig. Nº 1); segmento inferior con pérdida de continuidad en su cara anterior de aproximadamente 6 X 4 cm que compromete el espesor del miometrio y la serosa (Fig. Nº 2)



Figura 1. Feto sin vida de 455g de peso en bolsa amniocoreal unido a placenta.

Ante hallazgos se solicita la intervención del obstetra de guardia, quien posterior a la evaluación de la zona de rotura procede a la limpieza quirúrgica de la cavidad uterina con cureta cortante, extrayéndose moderados restos placentarios y posterior

histerorráfia con sutura crómico número uno. Se comprueba hemostasia y el servicio de cirugía se encarga de la síntesis por planos de la cavidad abdominal hasta piel. Egresada de sala operatoria con diagnóstico de: postoperatorio de laparotomía exploradora media infraumbilical por abdomen agudo quirúrgico: rotura uterina espontánea. La paciente es asumida por ambos servicios y es egresada luego de las 48 horas de hospitalización, no hace falta la transfusión de hemocomplementos en vista de la hemoglobina de la paciente se mantuvo en 11 mg/dl. Y las condiciones clínicas de la paciente mejoraron significativamente.

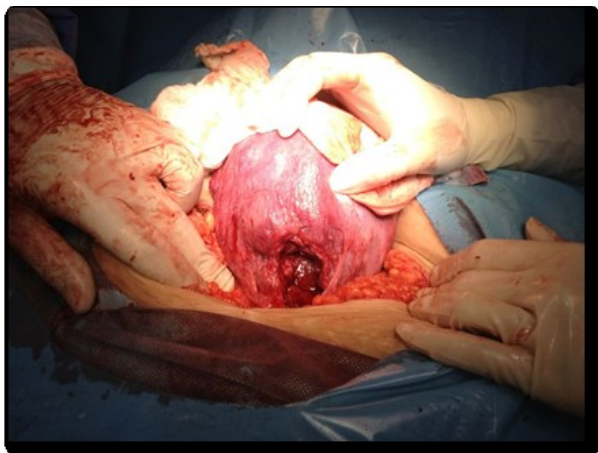


Figura 2. Solución de continuidad de 6x4cm aproximadamente en segmento inferior uterino

Discusión

En los comienzos de este siglo la mortalidad materna por RU era de aproximadamente el 50%. Desde entonces se ha logrado una progresiva disminución, habiéndose llegado en años recientes a alrededor del 5%. Este cambio es el resultado de un diagnóstico temprano basado en la identificación de factores de riesgo, de un tratamiento más efectivo, con disponibilidad de sangre y hemoderivados y los progresos en la técnica quirúrgica (6).

Según Esteban Castro y Cols., la causa más frecuente de la RU es la cicatriz uterina previa por intervenciones quirúrgicas anteriores como cesárea, miomectomías, salpingectomías, perforaciones uterinas o placenta percretas (7), pero en la paciente este factor de riesgo no fue tomado en cuenta en vista de negar conocimiento de gestación actual, y referir inicio de la menstruación el día anterior. Sin embargo, según Hlibczuk V., más de 80% de las roturas uterinas son espontáneas y sin ninguna explicación obvia (8),

por lo cual se hace imperioso identificar los signos clínicos de la RU para poder lograr un buen diagnóstico diferencial ya que su clínica va a depender de muchos factores, tales como: el origen, momento de rotura, grado de extensión, entre otras según lo establecido por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)(9).

Los síntomas y signos clínicos pueden ser graduales o abruptos. Se han descrito los síntomas premonitores de rotura uterina en útero sin cicatriz previa como: hiperdinamia, estado de ansiedad, distensión y abombamiento del segmento inferior junto con su localización supraumbilical. En la amenaza de rotura de la cicatriz de cesárea previa, los síntomas son menos llamativos, manifestándose de forma irregular, mayor sensibilidad suprapúbica, eventual hemorragia vaginal y alteración de la frecuencia cardíaca fetal (9). Es por ello muy sencillo confundirla con otros cuadros clínicos como abdomen agudo quirúrgico, apendicitis, desprendimiento prematuro de placenta, etc., teniendo éstas como signo cardinal el dolor abdominal agudo. En el caso descrito, el dolor abdominal de fuerte intensidad, la presencia de vómitos y diarrea y los signos apendiculares positivos, llevan a la impresión diagnóstica de apendicitis aguda.

Durante la RU el dolor abdominal agudo suele aparecer en el acmé una contracción uterina intensa, que se describe como sensación de desgarro y que se irradia a todo el abdomen e incluso al hombro por irritación peritoneal, cese brusco de las contracciones y palpación abdominal de partes fetales debajo de la pared con mayor facilidad (si hay expulsión fetal) y un útero duro, contraído, por encima del segmento inferior; la FCF presenta un patrón patológico (DIPS II), que progresivamente pasará a ser una bradicardia grave y posteriormente se hará negativa. La hemorragia vaginal de diverso grado, que puede estar ausente, y en muchos casos no explica el estado hemodinámico de la paciente. El progresivo deterioro del estado general con signos de anemia aguda, entrando en un estado de shock hemorrágico (sangrado) y neurogénico (irritación peritoneal) (9). La paciente del caso llegó a la sala de emergencia iniciándose ya los signos de la RU y fue por la inestabilidad hemodinámica que se lleva a mesa operatoria.

En el estudio ecográfico para el diagnóstico de RU generalmente evidencia útero lateralizado y feto en situación transversa en cavidad abdominal con o sin latido cardíaco (3) pero en este caso no se contó con dicho recurso.

La rápida repuesta ante los hallazgos clínicos e imagenológicos actualmente han permitido reducir la mortalidad fetal del 65 al 6% (12). La extracción inmediata del feto, si se produce antes de 10-30 min después de la rotura, puede evitar la muerte fetal o complicaciones como sufrimiento fetal (10). En caso de extrusión del feto o la placenta a través de la pared uterina, el daño fetal irreversible se produce en menos tiempo (3).

Existen tres factores importantes para mejorar el pronóstico de este cuadro:

- Pensar en la posibilidad de una rotura uterina, lo que implica conocer sus causas y formas anatómicas.
- Reconocer los síntomas y establecer un diagnóstico precoz sustentado en hallazgos imagenológicos.
- Realizar un tratamiento inmediato, que incluye laparotomía, medidas de soporte y profilaxis antibiótica (9).

Referencias

1. Castro Anaya E, Díaz Infante A. Hace 55 años. Rotura Uterina. *Ginecol Obstet Mex* 2010; 78:254-8. [[Google Scholar](#)]
2. Martínez-Garza PA, Robles-Landa LPA, Roca Cabrera M, Visag-Castillo VJ, Reyes-Espejel L, García-Vivanco D. Rotura uterina espontánea: reporte de dos casos. *Cir Cir.* 2012; 80: 81-5. [[Google Scholar](#)]
3. Cabrero L, Saldívar D. Operatoria Obstétrica. Una visión actual. Editorial Panamericana. 2009 p: 263-9.
4. O'Driscoll K. Catastrophes in labour. Rupture of the uterus. *Proc R Soc Med.* 1966; 59: 65-6. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
5. Barton JR, Sibai, BM. Sepsis severa y choque séptico durante el embarazo. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 689-706. [[Google Scholar](#)]
6. Castellà Domenecha A, Carabias Meseguera P, Tresserra Casasb F, Barri Soldevilaa P. Uterine rupture. Diagnosis and repercussions at 30 weeks of pregnancy. *Progres Obstet Ginecol.* 2010; 53: 69-71. [[Google Scholar](#)]
7. García Ildefonso JE; Molina Vílchez R. Rotura uterina: frecuencia, factores de riesgo y conducta quirúrgica. *Gac Méd Caracas* 2001; 109:361-6 [[Google Scholar](#)]
8. Passini Júnior R, Knobel R, Barini R, Marussi E. Placenta percreta with silent rupture of the uterus. *Sao Paulo Med J.* 1996; 114: 1270-3 [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
9. Zapardiel I, De la Fuente J, Bajo J. Guía Práctica de Urgencia en Obstetricia y Ginecología (acorde a los protocolos de la SEGO). Habe. Madrid, España. 2008.
10. Hlibczuk V. Spontaneous uterine rupture as an unusual cause of abdominal pain in the early second trimester of pregnancy. *J Emerg Med.* 2004;27: 143-5. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
11. Nahum GG, Pham KQ, Cowan BD. Uterine rupture in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2005; 106 (5 Pt 2): 1150-2. [[PubMed](#)]
12. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2001; 345: 3-8. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Como citar este artículo: Airam Amoroso Gil, Cristian Pino, Carmen Salas, Diana Izurieta, Camilo González, Glennis Márquez, Francis Márquez, Rotura Uterina Espontánea en embarazo de segundo trimestre: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Avan Biomed* 2013;2: 158-61.