

Artículo de presentación de casos clínicos

Rotura Uterina, A propósito de un caso

Uterine Rupture, About a Case

Washington Ordoñez Méndez*, María Fernanda Calderón León*, Gabriela Mercedes Carrión Silva*, Luisa Fernanda Álvarez Méndez*, Diego Raphael Nagua Blanca**
Rómulo Andrés Guevara Ramon ***

* Universidad de Guayaquil, Ecuador - <https://orcid.org/0000-0003-0241-252X>

* Universidad de Guayaquil, Ecuador - <https://orcid.org/0000-0002-4121-6006>

* Universidad de Guayaquil, Ecuador - <https://orcid.org/0000-0002-7941-4083>

* Universidad de Guayaquil, Ecuador - <https://orcid.org/0000-0003-1998-8218>

** Universidad de Especialidades Espíritu Santo, Ecuador - <http://orcid.org/0000-0003-2077-9878>

*** Universidad de Cuenca, Ecuador - <https://orcid.org/0000-0003-1294-2698>

dracalderonleon@hotmail.es

Recibido: 24 de junio del 2022

Revisado: 22 de agosto del 2022

Aceptado: 29 de septiembre del 2022

Resumen.

La rotura uterina es una complicación infrecuente, pero a la vez mortal, se define como un desgarramiento completo de la pared uterina asociándose con sufrimiento fetal y la necesidad de una cesárea de emergencia, que puede terminar en histerectomía o reparación uterina trayendo como consecuencia sangrado uterino severo, protrusión o expulsión de la placenta y/ o feto en la cavidad abdominal. Ocurre con frecuencia en el segundo y tercer trimestre del embarazo y se asocia generalmente a cirugía uterina previa. En cuanto a su diagnóstico, suele ser precoz, dada la gravedad de la clínica con la que debutan. El objetivo de este trabajo es describir un caso clínico de rotura uterina su diagnóstico y tratamiento oportuno. Se obtuvo consentimiento informado de la paciente y autorización del departamento de Docencia e Investigación del Hospital Alfredo G Paulson para la revisión de historias clínicas y el acceso a las imágenes. Se presenta el caso de una paciente de 37 años de edad con 29 semanas de gestación y antecedentes de cicatriz uterina previa que presenta rotura uterina espontánea, con una evolución atípica, en la que la paciente se mantiene asintomática. Se le realiza laparotomía exploradora confirmando la rotura uterina y obteniendo un feto sin vida en cavidad abdominal. Se concluye que la rotura uterina es un evento grave que representa una alta morbilidad para la madre y casi siempre es fatal para el producto, por lo que es necesario su detección precoz y en lo posible tomar las medidas necesarias mediante protocolos de atención y control prenatal adecuado para evitar que se produzca.

Palabras clave: Rotura uterina, cirugía uterina previa, mortalidad materno fetal.

Abstract

Uterine rupture is a rare but deadly complication, defined as a complete tear of the uterine wall associated with fetal distress and the need for an emergency cesarean section, which may end in hysterectomy or uterine repair resulting in severe uterine bleeding, protrusion or expulsion of the placenta and/or fetus into the abdominal cavity. It occurs frequently in the second and third trimester of pregnancy and is usually associated with previous uterine surgery. As for their diagnosis, it is usually early, given the severity of the clinic with which they debut. The aim of this work is to describe a clinical case of uterine rupture its diagnosis and timely treatment. Obtained informed consent from the patient and authorization from the Teaching and Research Department of the Alfredo G Paulson Hospital for the review of medical records and access to images. We present the case of a 37-year-old patient with 29 weeks gestation and a history of previous uterine scar that presents a spontaneous uterine rupture, with an atypical evolution, in which the patient remains asymptomatic.

Exploratory laparotomy is performed confirming the uterine rupture and obtaining a stillborn fetus in the abdominal cavity. Exploratory laparotomy is performed confirming the uterine rupture and obtaining a stillborn fetus in the abdominal cavity. It is concluded that uterine rupture is a serious event that represents a high morbidity and mortality for the mother and is almost always fatal for the product, It is therefore necessary to detect them early and, where possible, to take the necessary measures by means of appropriate antenatal care and monitoring protocols to prevent them from occurring.

Keywords: Uterine rupture, previous uterine surgery, fetal maternal mortality.

Introducción.

La rotura uterina se define como la pérdida de integridad de la pared del útero grávido. Es la complicación aguda más temida por sus consecuencias perinatales y maternas, además de su alta morbimortalidad materna principalmente por la hemorragia que genera (1). Fue descrita por primera vez en el año 1643, por el cirujano francés Jacques Guillemeau en 1643 (2).

Esta entidad patológica se clasifica como incompleta, oculta o dehiscencia, cuando la lesión segmentaria no afecta a todo el espesor del miometrio, conserva el peritoneo visceral, y las membranas ovulares pueden estar integras o rotas. Es completa cuando afecta todo el espesor de la pared, incluida la serosa, es un desgarro hemorrágico, de bordes anfractuados y de dirección variable, que se asocia con un sangrado profuso y se evidencia sufrimiento fetal, expulsión o protrusión fetal y placentaria hacia la cavidad abdominal (3).

Entre las complicaciones más graves de la rotura uterina destacan: muerte perinatal, encefalopatía hipóxico-isquémica y muerte materna (1)(3). Se ha comunicado que, además del tipo de cicatriz uterina, algunas características de la anamnesis obstétrica se relacionan con el riesgo de rotura, como por ejemplo el número de cesáreas y partos vaginales previos, el intervalo entre partos, la técnica de cierre uterino, el uso de oxitócicos y prostaglandinas, parto obstruido, fetos voluminosos, malformación uterina, traumatismos, maniobras obstétricas riesgosas o no indicadas, cicatrices uterinas por miomectomías, legrados uterinos a repetición, acretismo placentario, etc (4)(5).

Los signos y síntomas que nos harían sospechar de una rotura uterina ante parto o intraparto son: registro cardiotocográfico fetal anormal, dolor

abdominal, sangrado vaginal, hematuria, inestabilidad hemodinámica materna, y dinámica uterina aumentada con pérdida de tono uterino (6)(7).

Para el diagnóstico de esta patología, no se usan las pruebas de imagen de forma habitual, pues se trata de una emergencia obstétrica cuyo diagnóstico suele ser clínico. Si las condiciones fetales y maternas son estables y se sospecha una rotura, se puede utilizar una evaluación focalizada con ecografía u otro método de imagen que pueda mostrar uno o más de los siguientes signos: hemoperitoneo, rotura del miometrio, hematoma adyacente a la cicatriz de histerotomía, membranas fetales distendidas por líquido extrauterino, líquido peritoneal libre, anhidramnios, útero vacío, partes fetales fuera del útero y / o muerte fetal. La tomografía computarizada o la resonancia magnética realizadas como parte de una evaluación de traumatismos pueden detectar aire peritoneal, así como patologías asociadas con la rotura, como íleo y abscesos (8).

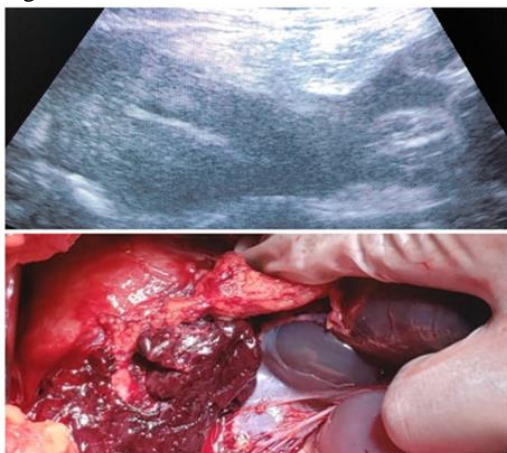
Objetivo: describir un caso clínico de rotura uterina su diagnóstico y tratamiento oportuno.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo para descripción de un caso clínico, se obtuvo consentimiento informado de la paciente y autorización del departamento de Docencia e Investigación del Hospital Alfredo G Paulson para la revisión de historias clínicas y el acceso a las imágenes, para la publicación del presente caso.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 37 años, con antecedentes de cinco cesáreas previas y período intergenésico de 10 meses, sin controles prenatales previos, con planificación familiar y una amenorrea de 29 semanas. Ingresa a la emergencia con cuadro

clínico de 15 días de evolución por presentar dolor abdominal tipo contracción y dos días previos al ingreso sangrado escaso por vagina. Acude al servicio de urgencias con ecografía particular que reporta embarazo ectópico roto izquierdo. Al examen físico se encontraba hemodinámicamente estable, orientada, frecuencia cardiaca 85 latidos por minuto y presión arterial de 110/68 mmHg. El abdomen estaba aumentado de tamaño con ligero dolor difuso, blando, no pudiéndose palpar el fondo uterino y ausencia de latidos cardiacos fetales. Al examen con espéculo se observó sangrado leve y cérvix entreabierto. En cuanto a resultados de laboratorios al ingreso se encontró hemoglobina 10.4 g/dL, hematocrito 30.1 % y un perfil de coagulación normal. La ecografía de admisión de emergencia informó muerte fetal intra útero más placenta previa oclusiva total. Ante esto se repite la valoración ecográfica confirmándose el diagnóstico de óbito fetal de 29 semanas, útero no gestante con continuidad hacia partes fetales las cuales se encontraban libres en cavidad abdominal (Figura 1) por lo cual se sospechó rotura uterina. Se procede a realizar una laparotomía de emergencia, observándose el saco amniótico indemne fuera de cavidad uterina (Figura 1b), se extrae feto sin vida y se observa en cara anterior rotura uterina cérvico-segmen-to-corporal completa, vasos uterinos seccionados (Figura 2) y se procede a realizar histerectomía abdominal total. Figura 1.



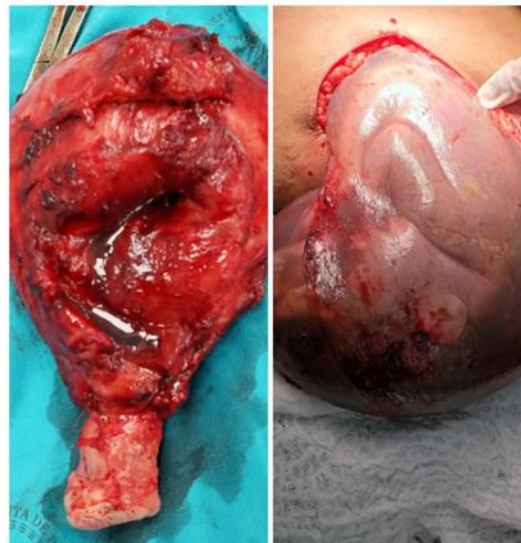
Descripción:

A: Útero con solución de continuidad (flecha) al feto.

B: Laparotomía: rotura uterina, coágulo y amnios íntegro.

Fuente: Dr. Washington Ordoñez Mendez

Figura 2.



Descripción:

A: Rotura uterina cervicosegmentocorporal completa y vasos uterinos seccionados.

B: Feto sin vida en bolsa amniótica íntegra.

Fuente: Dr. Washington Ordoñez Mendez

Discusión

Este caso clínico constituye un reto para los profesionales sanitarios a la hora de establecer un diagnóstico y tratamiento correctos. La demora del tratamiento o el tratamiento inadecuado puede finalizar en histerectomía, lesiones genitourinarias, shock séptico e incluso la muerte materna. De modo que se presenta este caso clínico de rara aparición de rotura uterina; con el objetivo de revisar la literatura científica publicada respecto a los factores de riesgo, el diagnóstico y el tratamiento.

Es difícil presentar una verdadera estadística respecto a la incidencia de la rotura uterina, ya que en la mayoría de los casos su diagnóstico se hace por el estado clínico de la paciente, hemorragia o shock. En la bibliografía médica la mortalidad perinatal varía de 0.13 a 0.05% ($p=0.0024$) (Nivel evidencia IIa), se trata de una complicación poco frecuente en los países desarrollados, con incidencia de entre 0.02-0.08% y de suma frecuencia en los de bajo recursos socioeconómicos y de salud (2)(4).

No existe un método preciso para la predicción de la rotura, salvo la vigilancia estricta. Es importante

reconocer los síntomas que nos hacen sospechar de esta patología para así abordar de manera oportuna y evitar complicaciones mayores sobre todo en los casos con factores predisponentes bien establecidos como cesárea anterior, parto traumático, hiperestimulación o hiperdinamia uterina (9).

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 (9).

Durante la laparotomía se puede evidenciar que tanto el coágulo como el feto cubierto por su amnios, hacen un taponamiento enmascarando, generando la forma clásica de presentación de un cuadro típico de rotura uterina con estado materno inestable. Los factores de riesgo en nuestro caso clínico incluyen debilidad de la pared por cicatriz uterina previa, gran multiparidad e intervalo intergenésico reducido (9).

El periodo intergenésico es un tema primordial en la planificación de embarazos subsecuentes a partos, cesáreas y abortos. A todas las parejas se les recomienda esperar entre dos y tres años para concebir un nuevo embarazo. El periodo intergenésico se considera un factor importante en el desenlace de los recién nacidos vivos. A pesar de lo anterior, existen factores que obstaculizan la priorización de este espaciamiento genésico; por ejemplo, la falta de un registro epidemiológico en nuestro país de la prevalencia de periodo intergenésico (corto y largo), la correcta definición de los términos del intervalo genésico y su aplicación posterior a un parto, aborto y cesárea (10)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera periodo intergenésico aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación (FUM)) del siguiente embarazo, es importante enfatizar que posterior a un nacimiento vivo, el tiempo recomendado de espera para el inicio del siguiente embarazo es de al menos 18 meses (Según la OMS, el tiempo óptimo es de 18-27 meses) y no mayor a 60 meses, para reducir el riesgo de eventos adversos maternos, perinatales y neonatales (10) (11).

El manejo conservador suele primar en pacientes jóvenes con deseos gestacionales, sin embargo, muchas veces debido a la gravedad y extensión de la lesión obligan a realizar una histerectomía. En pacientes hemodinámicamente inestables se indican medidas de soporte: fluidoterapia, expansores, transfusión sanguínea y antibioticoterapia (12).

Conclusiones

La rotura uterina es un accidente grave para la madre y casi siempre fatal para el producto. Toda causa, materna o fetal, que impida la libre expulsión del producto puede predisponer a la rotura uterina. Existen tres factores importantes para mejorar el pronóstico de este cuadro: Reconocer los síntomas y establecer un diagnóstico precoz sustentando en hallazgos imagenológicos y realiza un tratamiento inmediato, que incluye: laparotomía, medidas de soporte y tratamiento médico fundamentalmente la profilaxis antibiótica.

Conflicto de interés:

Los autores declaran no tener conflicto de interés

Referencias

- 1.- Amoroso Gil, Airam, González, Camilo, Márquez, Glennis, Máquez, Francis, Salas, Carmen, Pino, Cristian, Izurieta, Diana, Rotura Uterina Espontánea en embarazo de segundo trimestre: presentación de un caso y revisión de la literatura. Avances en Biomedicina [Internet]. 2013;2(3):158-161. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331329479007>
- 2.- Pérez-Adán M, Álvarez-Silvares E, García-Lavandeira S, et al. Roturas uterinas completas. Ginecol Obstet Méx. 2013;81 (12):716-726.
- 3.- Hernández Cabrera Jesús, Hernández Hernández Danilec, García León Lázaro, Rendón García Silvia, Dávila Albuerno Bárbaro, Suárez Ojeda Roberto. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2003 Ago [citado 2022 Sep 29]; 29(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2003000200002&lng=es.

- 4.- Vázquez A, Resultados Perinatales en Pacientes Complicadas con Rotura Uterina Intraparto. *Rev. Nac.* 2011; 20-27.
- 5.- Faneite Pedro, Rivera Clara, Faneite Josmary. Rotura uterina (1995-2006). *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2007 June [cited 2022 Sep 29] ; 67(2): 93-98. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000200005&lng=en.
- 6.- Martínez-Garza, Pablo Andrade, Robles-Landa, Luis Pablo Alessio, García-Vivanco, Diego, Visag-Castillo, Víctor José, Reyes-Espejel, Lucero, Roca-Cabrera, Mario, Rotura uterina espontánea: reporte de dos casos. *Cirugía y Cirujanos* [Internet]. 2012;80(1):81-85. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66223253015>
- 7.- Abulhaj Martínez Mariam, Bataller Calatayud Águeda, Selfa Moreno Salvador, Viegas Sainz Ana, Garrido Molla Neus, Antolí Francés Antonio Vicente. A propósito de un caso: Presentación atípica de rotura uterina. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2021 Feb [citado 2022 Sep 29] ; 86(1): 97-103. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000100097&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262021000100097>.
- 8.- Seixas A, Abreu-Silva J, Carvalho C, et al. *BMJ Case Rep.* 2020;13:e235964. doi:10.1136/bcr-2020-23596
- 9.- Togioka BM, Tonismae T. Uterine Rupture. 2022 Jun 27. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 32644635.
- 10.- Zavala-García Abraham, Ortiz-Reyes Heidy, Salomon-Kuri Julie, Padilla-Amigo Carla, Preciado Ruiz Raymundo. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2018 Feb [citado 2022 Sep 29] ; 83(1): 52-61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052>.
- 11.- World Health Organization. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. 2005;