

## CASOS CLÍNICOS

# Rotura uterina espontánea en útero no cicatrizal

S. Gutiérrez-García<sup>a</sup>, A. Lamoca<sup>a</sup>, J. Casasola<sup>b</sup>, S. Salas<sup>c</sup>, M. García-Merayo<sup>a</sup>  
y J.L. Hernández-Rodríguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario de León. León. <sup>b</sup>Servicio de Urología. Complejo Hospitalario de León. León. <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de León. León. España.

## SUMMARY

Rupture of the uterus is one of the major catastrophes seen in obstetric practice. It is associated with high maternal and perinatal mortality. Rupture of the unscarred uterus is an even more catastrophic event for both mother and fetus and it usually occurs intrapartum.

## INTRODUCCIÓN

La rotura de un útero no cicatrizal es un acontecimiento dramático y excepcional, y a pesar de su baja frecuencia es una de las mayores causas de muerte materna en obstetricia<sup>1</sup> y la causa más frecuente de muerte materna en los países desarrollados<sup>2,3</sup>.

Las roturas espontáneas son excepcionales durante el crecimiento uterino y aparecen esencialmente en el trabajo de parto<sup>4</sup>. Su frecuencia se considera un indicador de los cuidados obstétricos y disminuye con la aplicación de medidas terapéuticas y preventivas. En la actualidad, con el mejor control del parto, se detectan las macrosomías y las presentaciones anómalas con mayor prontitud, y los partos dificultosos por vía vaginal se ven sustituidos por cesáreas. El traumatismo obstétrico es, por tanto, menos común, y la rotura uterina sin cicatriz se ha convertido en un hecho ocasional.

## CASO CLÍNICO

Paciente tercigesta de 39 años de edad que acude a urgencias por inicio de dinámica. La gestante presenta gestación normoevolutiva de 41 semanas. Como antecedentes patológicos cabe señalar bocio normofuncionante intervenido y en tratamiento, neumotórax

espontáneos de repetición y parálisis de una cuerda vocal. Entre los antecedentes ginecológicos destaca: menarquia a los 12 años; tipo menstrual de 6/28-30; un parto anterior eutócico con hemorragia del alumbramiento, y un aborto diferido. En la gestación en curso la ganancia ponderal fue de 14 kg, desarrollando diabetes gestacional controlada con dieta. Las analíticas, la medición de las presiones arteriales y el resto de las pruebas se mantuvieron dentro de la normalidad. La paciente era grupo A positivo.

En el ingreso se decide conducción del parto, procediéndose a amniorrexia (líquido ligeramente teñido) y administración de oxitocina en bomba de perfusión, con monitorización continua. La paciente solicita anestesia epidural, que se le administra. En el transcurso de 7 h, en la exploración se pasa de observar un cérvix de múltipara, Bishop 7, en el ingreso, a una presentación en III plano, occipitoilíaca izquierda anterior. La paciente es trasladada al paritorio. En el segundo pujo se produce el nacimiento de un varón de 4.160 g de peso con puntuación en el test de Apgar de 7/9, que pasa a pediatría. El alumbramiento se produce de forma espontánea e inmediata. La paciente inicia un cuadro de dificultad respiratoria brusco y sudación profusa, con hipotensión e instauración en minutos de shock. En la vagina se objetiva un desgarro alto paracervical que, en un primer momento, sangra escasamente y, en segundos, lo hace de forma muy abundante. Con la sospecha de rotura uterina, la paciente se traslada de forma inmediata al quirófano, donde sufre una parada cardiorrespiratoria como consecuencia de la hemorragia masiva. Tras laparotomía se objetiva un gran desgarro longitudinal en la cara lateral derecha uterina, con hematoma que diseca el ligamento ancho derecho y gran hemoperitoneo. Se procede a una histerectomía total, manteniéndose un sangrado en sábana secundario a la alteración de la coagulación. Se dejan drenajes en diferentes áreas y se procede al cierre de la pared abdominal. Durante la intervención se administran a la paciente 12 unidades

Aceptado para su publicación el 10 de noviembre de 2003.



Figs. 1 y 2. Rotura completa longitudinal del útero. Pieza quirúrgica.

de sangre y 3 l de plasma. Posteriormente pasa a la UCI, donde permanece unas 10 h en situación inestable, al cabo de las cuales se inicia un nuevo sangrado masivo que se objetiva a través de los drenajes. Se decide una nueva intervención por los servicios de ginecología y vascular. Se realiza hemostasia profusa y se dejan 3 compresas intraabdominales, dada la dificultad quirúrgica y el mal estado de la enferma. Tras 48 h, la paciente se estabiliza hematológicamente y es reintervenida para la extracción del material hemostático intracavitario. En su evolución inicial, la paciente presenta insuficiencia respiratoria aguda, síndrome

Sheehan-like, lagunas de memoria, claudicación de extremidades inferiores y astenia. La anatomía patológica confirma una rotura longitudinal completa del útero (figs. 1 y 2). En la actualidad, tras un año del parto, la paciente mantiene secuelas neurológicas, afección axonal del cordón posterior izquierdo, en el estudio neurofisiológico (mielopatía dorsal de etiología isquémica), con disfunción esfinteriana y claudicación de la extremidad inferior izquierda.

## DISCUSIÓN

La incidencia de rotura uterina es muy difícil de precisar, ya que los criterios que la definen por parte de los diversos autores son muy diferentes, incluyéndose desde las dehiscencias de cicatriz hasta las roturas completas longitudinales, como en nuestro caso. Las roturas uterinas se dividen en 3 grupos: aquellas con cicatriz previa (las más frecuentes y previsibles); las que ocurren sobre un útero intacto (relacionadas con iatrogenia o traumatismo obstétrico), y las roturas espontáneas sobre útero intacto (muy poco frecuentes). Decidir a cuál de los 2 últimos grupos pertenece nuestro caso depende de los criterios empleados.

La incidencia de rotura uterina en úteros sin cirugía previa se sitúa entre 1/8.000-1/15.000 nacimientos. De forma global, 1/500-1/1.000 úteros con o sin cicatriz se rompen en el trabajo de parto; un 25% de estas roturas son espontáneas<sup>3,4</sup>. La rotura uterina es mucho más frecuente en los países en vías de desarrollo o subdesarrollados, con una sanidad más deficiente<sup>5</sup>. Para prevenir las roturas uterinas se debería tener en cuenta una serie de factores predisponentes. Históricamente, la gran multiparidad y el traumatismo obstétrico, con partos prolongados e instrumentales<sup>6</sup>, los macrosomas, las malas presentaciones, las versiones y los partos de nalgas<sup>2</sup> han sido los factores más asociados. En la actualidad, se consideran más importantes el mal uso de oxitócicos y prostaglandinas vaginales<sup>2,9</sup>, la edad materna de más de 35 años, fetos previos macrosómicos, anomalías fetales o uterinas, ectópicos cornuales, mola previa y extracción manual de placenta<sup>1,3,4,7</sup>. Además, la anestesia epidural se considera un factor asociado a un aumento de casos<sup>4</sup>. Sin embargo, sólo un factor es reconocido por todos los autores como predisponente a la rotura: el útero cicatrizal<sup>3</sup>. En este amplio grupo de pacientes el obstetra debe mantener un control riguroso, especialmente en el segundo período del parto, dado el gran aumento de presión abdominal y la compresión continuada del segmento por la presentación<sup>1,2</sup>. El signo más común es la aparición de taquicardia materna, con hipotensión en el momento de la rotura<sup>2</sup>. La bradicardia fetal

aparece en el 92% de los casos de forma temprana<sup>7</sup> y suele asociarse con sangrado vaginal, que no siempre está presente<sup>8</sup>; éste puede ser muy escaso, como ocurrió inicialmente en nuestro caso, y asociarse a hemoperitoneo<sup>3,4</sup>. Ya que las roturas espontáneas se producen casi siempre intraparto, hay que mantener la alerta ante dolor abdominal, en la espalda o el hombro<sup>8</sup> que escapen al control de la epidural. La rotura puede tener lugar con la expulsión del feto, como en nuestro caso, y hacerse evidente por la hemorragia tardía o por los síntomas de shock<sup>5</sup>, por lo que debe procederse a una exploración manual del segmento inferior tras cualquier parto de riesgo. No existen pruebas complementarias que ayuden en el diagnóstico diferencial, que incluye cuadros poco frecuentes y catastróficos, como la rotura de un aneurisma de arteria esplénica, la rotura de bazo o roturas vasculares de otro origen<sup>3</sup>, e incluso la *abruptio placentae*. En todos estos casos el tratamiento inmediato es fundamental para la supervivencia materna y fetal.

La rotura uterina sobre un útero intacto suele ser longitudinal y completa, siendo transversa y muchas veces superficial en casos de cesárea previa. El 58-87% de las roturas se tratan con histerectomía abdominal, considerada por muchos autores el tratamiento de elección<sup>6,7</sup>. La decisión del tipo de cirugía viene marcada por la extensión de la rotura y la magnitud del sangrado<sup>2,3,9</sup>. Sólo se conservará el útero en mujeres jóvenes sin descendencia con roturas simples transversas de segmento inferior y suturables<sup>6</sup>; el riesgo de recidivas en futuros embarazos es del 4-19%<sup>3,7</sup>. En heridas longitudinales y profundas, con hemoperitoneo y riesgo para la vida de la paciente, la histerectomía es la norma, con resucitación inmediata<sup>4</sup> y control de la hemostasia. La aparición de hematomas en los ligamentos uterino y ancho, que pueden extenderse retroperitonealmente, requiere una cirugía compleja y prolongada<sup>6</sup>. El pronóstico está influido por el diagnóstico temprano, el lugar físico en que se produce la rotura (dentro o fuera del centro hospitalario), así como la presencia de cicatriz previa que facilite la sospecha<sup>4,5</sup>. La mortalidad materna varía entre el 5 y el 40% según las series<sup>2,6</sup>, dependiendo de factores socioeconómicos. La mortalidad es siempre mayor en el grupo con útero no cicatrizal. La mortalidad perinatal en este último grupo es de un 50-75%<sup>3,4,6</sup>. La morbilidad es secundaria a la hemorragia, que ocasiona necrosis tubular renal, necrosis pituitaria y síndrome de distrés respiratorio del adulto<sup>2</sup>, entre otros. A su vez, la cirugía prolongada y bajo presión puede favorecer las complicaciones quirúrgicas, como fístulas e infecciones<sup>6</sup>.

Ante estos datos hay que concluir que la ausencia de antecedente de útero cicatrizal no debe eliminar la posibilidad de rotura uterina. El difícil diagnóstico de sospecha, dada su rareza, puede salvar la vida de la madre y el feto. Debemos considerar que una buena asistencia a la segunda fase del parto, una analgesia adecuada y una atención a la frecuencia cardíaca, tanto materna como fetal, y a las quejas que la gestante pueda transmitir sobre su estado pueden salvar la vida de una paciente, si se presenta el caso de una rotura uterina.

## RESUMEN

La rotura uterina es una de las mayores catástrofes que podemos encontrar en la práctica obstétrica, ya que se asocia con una alta mortalidad materna y perinatal. En el útero sin cicatriz es un acontecimiento que ocurre habitualmente intraparto, y con frecuencia tiene consecuencias fatales para la madre y el feto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Manouana M, Louis O, Lorgeron P, Pettini R, Lamiere D, Meynieu F. Rupture spontanée, pendant le travail d'un utérus non cicatriciel, sous analgésie péridurale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1995;24:557-60.
2. Sweeten KM, Graves WK, Athanassiou A. Spontaneous rupture of the unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1851-5.
3. Bretones S, Cousin C, Gualandi M, Mellier G. Rupture utérine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997;26:324-7.
4. Golan A, Sandbank O, Rubin A. Rupture of pregnant uterus. *Obstet Gynecol* 1980;56:549-54.
5. Zanonato G, Machungo F, Soler A, Bergström S. Audit of uterine rupture in Maputo: a tool for assessment of obstetric care. *Gynecol Obstet Invest* 1994;38:151-6.
6. Rahman J, Al-Sibai MH, Rahman MS. Rupture of the uterus in labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985;64:311-5.
7. Miller DA, Goodwin TM, Gherman RB, Paul RH. Intrapartum rupture of unscarred uterus. *Obstet Gynecol* 1997;89:671-3.
8. Sobande AA, Al-Sunaidi MI, Al-Ghamdi JM, Archibong EI. Fundal hiatus discovered in a presumably unscarred uterus at emergency cesarean: an old perforation rupture? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:673-5.
9. Langton J, Fishwick K, Kumar B, Nwosu EC. Spontaneous rupture of an unscarred uterus at 32 weeks gestation. *Hum Reprod* 1997;12:2066-7.
10. Gonsoulin W, Borge D, Mosei KJ. Rupture of unscarred uterus in primigravid woman in association with cocaine abuse. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:526-7.