

A.J. Heredia
M.M. Lois
P. Medrano
M. Estévez
P. Sánchez
J.R. Domínguez
J. Gabaldón
M. Mozo
E. Domínguez

Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Hospital del SAS.
La Línea de la Concepción. Cádiz.

Correspondencia:

Dr. A.J. Heredia Ruiz.
Dr. Villar, 14, 3.º izqda.
11300 La Línea de la Concepción. Cádiz.

Fecha de recepción: 30/7/01
Aceptado para su publicación: 26/9/01

Rotura espontánea de útero asociada a acretismo placentario y útero bicorne

41

Spontaneous uterine rupture associated with placenta accreta and uterus bicornate

A.J. Heredia, M.M. Lois, P. Medrano, M. Estévez, P. Sánchez, J.R. Domínguez, J. Gabaldón, M. Mozo, E. Domínguez. Rotura espontánea de útero asociada a acretismo placentario y útero bicorne. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:497-500.

INTRODUCCIÓN

La placenta acreta es una alteración en la fijación de las vellosidades coriales consistente en la implantación de las mismas directamente sobre el miometrio. Estas vellosidades pueden penetrar en el miometrio, o incluso llegar a la serosa, determinando los tipos increta o percreta, respectivamente. Aunque su incidencia no es alta (uno por cada 2.000 a 10.000 partos), en las últimas décadas se está produciendo un aumento en el número de casos. Lo habitual es que se llegue al diagnóstico después de un sangrado profuso durante la fase de alumbramiento en el parto, que en un gran número de casos requiere una actitud intervencionista urgente, por una falta de desprendimiento total o parcial de la placenta¹. El útero bicorne es una malformación uterina derivada de un defecto de fusión de los conductos mullerianos. Acontecen el 1-2% de la población general². La clasificación más utilizada es la de la Sociedad Americana de Fertilidad (AFS), donde el útero bicorne está incluido en el grupo IV. Sin embargo, esta anomalía es muy rara, siendo el útero septo, por el contrario, la más frecuente, representando el

80% de casos de malformaciones uterinas mullerianas³. La mayoría de los casos pasan desapercibidos y sólo algunos de ellos son descubiertos en exploraciones de rutina. Su principal problema clínico son los problemas de fertilidad. Cuando se consigue un embarazo debe considerarse de alto riesgo, tanto para la madre como para el producto de la concepción. Se asocian con cierta frecuencia a otras anomalías del desarrollo, particularmente del tracto urinario (31%), siendo la más común la agenesia renal unilateral, por lo que se recomienda en estas pacientes hacer un estudio urológico exhaustivo^{2,4}.

Presentamos a continuación un caso de gestación en el segundo trimestre con útero bicorne, no conocido previamente, y cuya primera manifestación fue la rotura uterina espontánea en el segundo trimestre debido a la presencia simultánea de un acretismo placentario.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Primigesta de 32 años de edad y 15 semanas de amenorrea que acudió al servicio de urgencias por

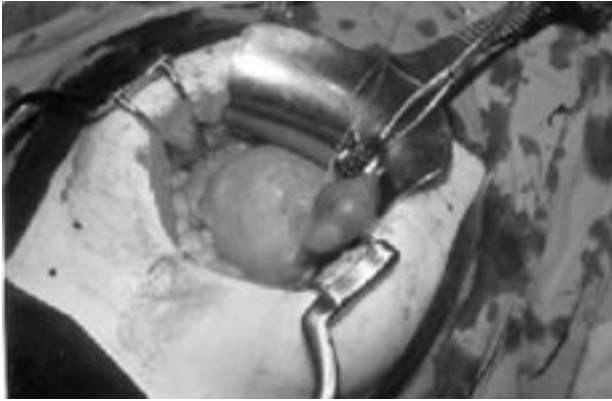


Figura 1. Útero bicorne completo con hemiútero gestante que rechaza el contralateral más pequeño.



Figura 2. Hemiútero gestante de útero bicorne con perforación en el fondo uterino por acretismo placentario. Las membranas ovulares protruyen a través de dicha perforación.

dolor en el hipogastrio de 24 h de evolución, y que en las últimas horas había aumentado y se acompañaba además de mareo y sudación fría.

La exploración general revelaba palidez mucocutánea evidente, pulso débil e hipotensión. El abdomen estaba defendido con signos de irritación peritoneal. En la exploración genital no se detecta anomalías y el útero está aumentado de tamaño de forma acorde con el tiempo de amenorrea. El hemograma, a su ingreso, era normal y no presentaba datos dignos de mención. Se practicó una ecografía transvaginal, objetivándose una gestación intraútero con un feto único vivo y una biometría acorde con el tiempo de amenorrea, así como líquido libre en la cavidad abdominal.

Debido al repentino deterioro del estado hemodinámico de la paciente fue preciso practicar una laparotomía exploradora de forma urgente, mediante la cual se detectó un útero bicorne perforado y hemoperitoneo importante de 1.800 ml de volumen. El útero bicorne era completo. El hemiútero izquierdo era el gestante y rechazaba por completo el otro hemiútero (fig. 1), y estaba perforado en el fondo y el cuerno derecho. A través de dicha perforación, el saco, todavía con las membranas íntegras, protruía produciendo una hemostasia momentánea de la pared del miometrio corroída por el acretismo placentario (fig. 2). Se practicó hemihisterectomía subtotal conservando el hemiútero derecho y ambos anexos, con la esperanza de que fuera posible un futuro embarazo.

El postoperatorio transcurrió de forma favorable precisando transfusión de 2 concentrados de hema-

tíes. El estudio histológico de la pieza quirúrgica confirmó el hemiútero con placenta percreta, cordón y membranas sin alteraciones histológicas, y un feto varón de 50 g con signo de maceración grado I y sin malformaciones externas ni internas aparentes. La revisión realizada a los 2 meses demostró un buen estado clínico y la paciente había tenido menstruaciones normales. En la ecografía practicada, el útero y los ovarios eran de apariencia normales. En la histerosalpingografía se observaba permeabilidad de la trompa derecha. Finalmente, el estudio urográfico no permitió confirmar ninguna anomalía en el aparato urinario acompañante.

Recientemente la enferma ha quedado nuevamente gestante de forma espontánea, siendo diagnosticada de aborto diferido en la semana 12 de amenorrea, tras lo cual se le practicó un legrado.

DISCUSIÓN

La placenta acreta y el útero bicorne son 2 trastornos muy raros^{5,6}, pero que pueden asociarse, actuando en este caso la anomalía mülleriana como factor de riesgo poco usual de acretismo placentario⁷. El útero desempeña un importante papel en el proceso de anidación. En general, defectos menores (úteros septos y bicorne) se asocian a un mayor índice de pérdidas reproductivas precoces que las malformaciones que implican un defecto uterino más importante (útero didelfo o útero unicorn). Mientras en las primeras la menor celularidad, la fi-

bra colágena y el endometrio escasamente transformado hacen que predominen los defectos de anidación y placentación, dando lugar sobre todo a abortos precoces y acretismos placentarios; en los segundos, el problema fundamental sería la falta de espacio por una menor distensibilidad uterina, dando lugar a una mayor frecuencia de prematuridad, CIR, presentaciones fetales anómalas y distocias dinámicas secundarias². Las anomalías mullerianas son responsables del 12-15% de abortos recurrentes⁸. En la práctica, el principal problema es el diagnóstico precoz de estas alteraciones, puesto que en un elevado porcentaje de casos la anomalía pasa totalmente desapercibida, como ocurrió inicialmente en el caso que ilustramos.

El mejor método para diagnosticar las anomalías mullerianas es la ultrasonografía, que a veces será preciso complementar con la histerosonografía y/o histeroscopia. En los casos dudosos puede recurrirse a la resonancia nuclear magnética. En cambio la histerosalpingografía no suele aportar más datos y es relativamente inexacta^{3,8}. Sólo de manera excepcional será necesario recurrir a la laparoscopia para confirmar el diagnóstico². Igual de dificultoso puede resultar el diagnóstico de acretismo placentario, aunque debería tenerse presente en pacientes con factores de riesgo conocidos (multiparidad, cirugía uterina previa y placenta previa, anomalías congénitas uterinas, etc.). La ecografía es útil en el diagnóstico, pero es imperfecta en la confirmación o exclusión del diagnóstico de acretismo placentario, si bien en casos como el descrito de placenta acreta en su variedad percreta, la ecografía puede revelar datos más concluyentes. Algunos datos ecográficos que se han descrito en la bibliografía como útiles para identificar el acretismo placentario son: pérdida de la zona hipoecoica normal entre superficie placentaria y útero y deformación de la serosa uterina⁹. El Doppler color puede incrementar la exactitud diagnóstica y,

así, algunos estudios sugieren que la presencia de un flujo sanguíneo turbulento desde la placenta a los tejidos circundantes debe hacer sospechar la existencia de una placenta acreta^{10,11}.

El tratamiento estándar del útero bicorne es la metroplastia tipo Bret-Palmer, evitando embarazo en los 4-6 meses sucesivos a la cirugía, existiendo, por otra parte, gran discusión en la bibliografía en cuanto a la vía del parto más adecuada². En cambio, en estos casos poco usuales en que la anomalía se detecta por una complicación aguda del embarazo que pone en peligro la vida de la paciente, al tiempo que interesa mantener la capacidad reproductiva lo más indemne posible, y tratándose de un útero bicorne en su variedad completa, la histerectomía subtotal preservando el hemiútero sano, como se realizó en este caso, parece la opción más razonable. Se ha podido constatar que en pacientes con malformaciones de este tipo, los embarazos sucesivos suelen progresar a una edad gestacional mayor, tal vez por el estiramiento progresivo que va sufriendo el miometrio¹². Por otra parte, el uso profiláctico del cerclaje cervical no ha sido avalado por estudios aleatorizados. Sin embargo, cuando hay poco más que hacer, como ocurre en pérdidas reproductivas tardías, se justifica su uso¹³.

Finalmente, concluiremos que es muy importante un diagnóstico precoz de las anomalías mullerianas, basando el mismo en la sospecha clínica (sobre todo historia previa de infertilidad) y ecografía transvaginal, que en muchos casos nos puede dar una confirmación diagnóstica. Una vez la paciente haya quedado embarazada es importante un buen seguimiento, prestando atención sobre todo a las complicaciones específicas. El acretismo placentario es una complicación rara de estas pacientes, pero donde también la ecografía detallada de la zona de inserción placentaria complementada con estudio Doppler color puede ser decisiva en su detección precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álamo F, Álvarez E, Bajo JM, Bartha JL, Bedoya C, Benavente JM et al. Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. Zaragoza: E. Fabre González, 1999; 507-517.
2. Balasch J. Casos clínicos. Obstetricia y ginecología. Barcelona: Masson-Salvat, 1990; 548-555.
3. Cayuela E, Cararach M, Gilabert J, Pérez T, Rivero B, Torrejón R. Documentos de Consenso de la SEGO. Madrid: Meditex, 1996; 21-22.
4. Acevedo B, Álvarez M, Pérez I, Carrillo JA, Gámez F, Salcedo A et al. Útero doble, hemivagina ciega y agenesia renal ipsilateral. Cienc Ginecol 2000; 6: 287-289.

- 0
5. Schwerdtfeger J, Scheele R, Richter K. Covered uterine rupture in uterus bicornis with placenta increta. A case report. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1987; 7: 503-504.
 6. Habertür F, Rinderknecht BP, Heinzl S. Open uterine rupture of the pregnant uterus bicornis. A case report. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1990; 50: 731-733
 7. American College of Obstetricians and Gynaecologists. Diagnosis and management of postpartum haemorrhage. Washington, DC: ACOG technical Bulletin 1990; 143.
 8. Pellerito JS, McCarthy SM, Doyle MB, Glickman MG, DeCherney AH. Diagnosis of uterine anomalies: relative accuracy of MR imaging, endovaginal sonography, and hysterosalpingography. *Radiology* 1992; 183: 795-800.
 9. Finberg HJ, Williams JW. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarea section. *J Ultrasound Med* 1992; 11: 333-343.
 10. Rotmensch S, Liberati M, Luo JS, Kliman HG, Gollin Y, Bellati U et al. Color Doppler flow patterns and flow velocity waveforms of the intraplacental fetal circulation in growth-retarded fetuses. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1257-1264.
 11. Lerner JP, Deane S, Timor-Tritsch IE. Characterization of placenta accreta using transvaginal sonography and color Doppler imaging. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995; 5: 198-201.
 12. Hassiakos DK, Zourlas PA. Transcervical division of uterine septa. *Obstet Gynecol Surv* 1990; 45: 165-173
 13. Rush RW, Isaacs S, McPherson K. A randomised controlled trial of cervical cerclage in women at high risk of spontaneous preterm delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 1984; 91: 724-730.