

# PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

[www.elsevier.es/pog](http://www.elsevier.es/pog)



## CASO CLÍNICO

### Rotura uterina tras parto vaginal con distocia de hombros

Teresa Campelo Martínez\*, Tamara Dehesa Martínez, Ianire Martínez Urruzola, Jesús Hilario De la Rosa y Mercedes Fraca Padilla

Sección de Obstetricia, Hospital de Basurto, Bilbao, España

Recibido el 28 de abril de 2012; aceptado el 2 de mayo de 2012

#### PALABRAS CLAVE

Rotura uterina;  
Distocia de hombros;  
Histerectomía  
puerperal;  
Hemorragia posparto;  
Gran multipara

#### Resumen

**Objetivo:** Describir el caso clínico de una rotura uterina tras parto vaginal en el contexto de una distocia de hombros, interesante por la baja incidencia de presentación y por la gravedad que conlleva.

**Sujetos y métodos:** Se analizan los factores de riesgo de la rotura uterina y la sintomatología típica del cuadro.

**Resultado:** Exposición del diagnóstico diferencial ante una mala evolución posparto, pruebas complementarias a realizar y conducta a seguir.

**Conclusiones:** Es de destacar la importancia de incluir la rotura uterina en el diagnóstico diferencial tras un parto distóxico. El diagnóstico precoz es importante, ya que la rotura uterina es una emergencia vital para la gestante, y una de las causas más relevantes de mortalidad materna.

© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### KEYWORDS

Uterine rupture;  
Should dystocia;  
Puerperal hysterectomy;  
Postpartum hemorrhage;  
Grand multipara

#### Uterine rupture after vaginal delivery with shoulder dystocia

#### Abstract

**Objective:** To describe a case uterine rupture after vaginal delivery associated with shoulder dystocia. This case is of interest due to the seriousness and low incidence of this event.

**Subjects and methods:** Risk factors for uterine rupture and its typical symptoms were analyzed.

**Result:** We present the differential diagnosis to be performed when postpartum course is poor, as well as the complementary tests and the procedure to be carried out.

**Conclusions:** We emphasize the importance of including uterine rupture in the differential diagnosis after a dystocic delivery. Early diagnosis is essential since uterine rupture is a potentially catastrophic event and is one of the most important causes of maternal mortality.

© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [tete9972@yahoo.es](mailto:tete9972@yahoo.es) (T. Campelo Martínez).

## Introducción

Se expone el caso de una rotura uterina tras un parto ventosa complicado por una distocia de hombros en una gran multípara. La rotura uterina es una de las complicaciones obstétricas más graves en nuestra práctica clínica, hasta un 20% de las muertes maternas son debidas a esta complicación<sup>1</sup>. La causa más común de rotura uterina es la apertura de una cicatriz de una cesárea previa<sup>2-4</sup>, de ahí la rareza del caso, ya que no presenta este factor de riesgo como antecedente.

Atendiendo a la definición de la rotura uterina, podemos clasificarla en completa, cuando comunica directamente con la cavidad abdominal, o incompleta, cuando queda separada por el peritoneo visceral del útero o del ligamento ancho. En nuestro caso, la rotura uterina es incompleta, ya que la serosa del útero contenía el sangrado, por lo que la clínica que presenta la paciente no era tan llamativa comparada con la clínica habitual de las roturas completas (fig. 1). Se describen también las pruebas realizadas para su diagnóstico y el tratamiento, que en este caso fue una hysterectomía subtotal. La evolución posterior de la paciente fue favorable.

## Descripción

La paciente es una gestante de 39 años de edad en la semana 38 + 2 de gestación.

Sin antecedentes personales de interés, salvo la serología positiva frente a hepatitis C.

Como antecedentes ginecológico-obstétricos presenta: 3 embarazos y 3 partos normales, con los siguientes pesos al nacimiento: 4.000 g, 2.860 g y 3.010 g.

La gestación actual se controló en el ambulatorio, con un seguimiento y una evolución normal, y sin ningún factor de riesgo.

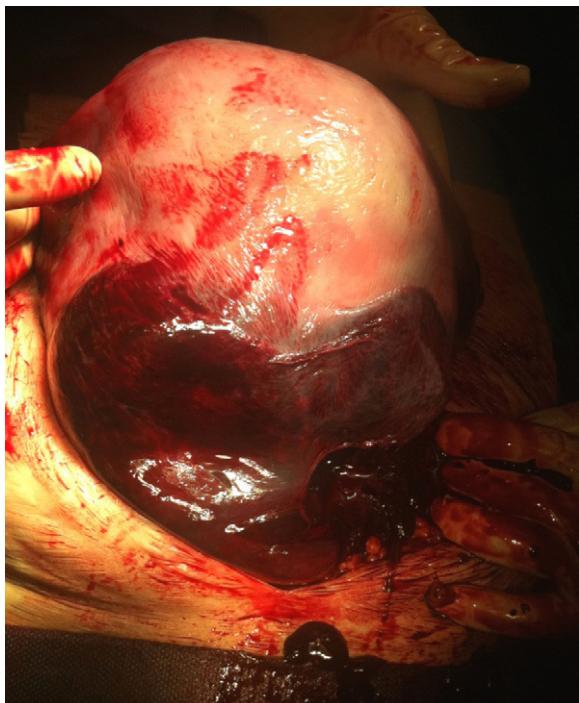


Figura 1 Rotura uterina.

En la semana 38 + 1 la paciente es remitida al servicio de urgencias de obstetricia para valoración, por una altura uterina mayor que amenorrea. Se realiza una ecografía en el servicio de Urgencias, con un peso fetal estimado de  $4.500 \pm 600$  g. Se cita a la paciente en la unidad de alto riesgo obstétrico para valoración por sospecha de macrosomía fetal.

La paciente acude de parto con 38 + 2 semanas y es ingresada en la unidad de partos en fase activa, con un Bishop de 8.

La dilatación se produce dentro de los tiempos establecidos para una multípara (de 5 a 12 h), así como el período de expulsivo (1 h sin anestesia, 2 h con anestesia) y se realiza una ventosa por ayuda en expulsivo. El peso del recién nacido es de 4.200 g y presenta un Apgar de 8-9.

Tras el parto de la cabeza fetal se produce una distocia de hombros, que se resuelve con la maniobra de McRobert. Posteriormente, tras el alumbramiento se observa una hemorragia posparto, que cede con masaje uterino y oxitocina.

La evolución posparto es tórpida, por lo que se pide una analítica urgente a las 4 h del parto, presentando la paciente una anemia severa: Hb:6,2 g/dl y Hto: 17,8%, por lo que se realiza una transfusión de 2 concentrados de hematíes y se lleva a cabo una exploración en urgencias, comprobando con ecografía la vacuidad uterina.

El primer día posparto la paciente presenta una hematuria importante<sup>5</sup>, con dolor a la palpación uterina; a la exploración se palpa el útero contraído, por lo que se realiza una ecografía, sin evidenciar líquido libre ni restos intracavitarios (fig. 2).

Tras el resultado de la TC se decide realizar una laparotomía urgente con los siguientes hallazgos: útero aumentado de tamaño a expensas de un gran hematoma a tensión en la cara anterior. Tras drenaje de hematoma, se evidencia una rotura uterina; se transfunden 3 concentrados de hematíes y se realizan abundantes lavados de cavidad (fig. 3).

La paciente posteriormente es trasladada a la unidad de cuidados intensivos y evoluciona satisfactoriamente.

## Discusión

La rotura uterina es uno de los cuadros más graves en la práctica obstétrica, siendo sus factores de riesgo:

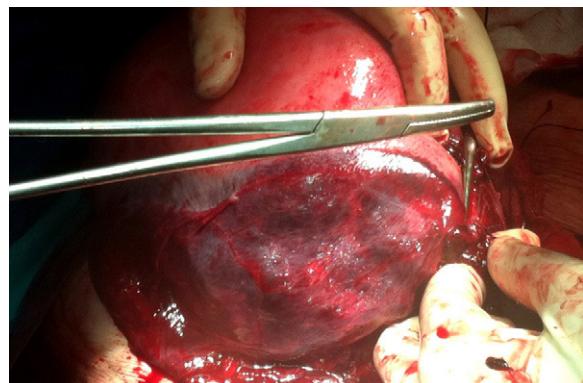


Figura 2 Histerectomía puerperal.

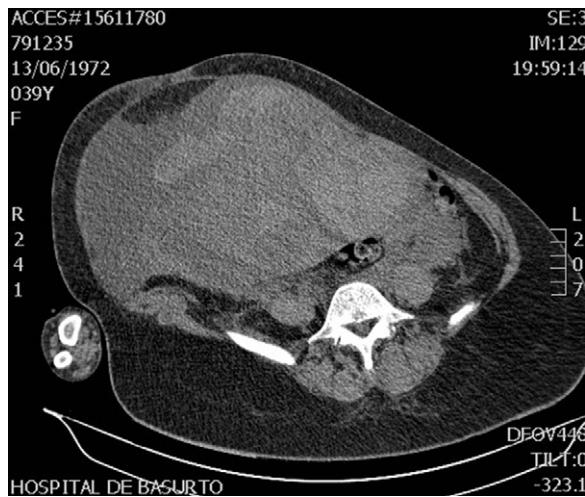


Figura 3 Hematoma parauterino.

1. Cirugía uterina previa (cesárea previa, miomectomía, metroplastia).
2. Parto vaginal traumático (instrumental, versión y gran extracción, parto podálico, distocia de hombros).
3. Hiperdinamia uterina.
4. Hiperestimulación uterina: oxitocina, prostaglandina E1 (misoprostol) y E2 (dinoprostona).
5. Versión cefálica externa.
6. Multiparidad.
7. Traumatismos externos.

En el caso clínico expuesto, los factores de riesgo<sup>6,7</sup> que presenta son: parto instrumental, distocia de hombros y multiparidad, por lo que en el diagnóstico diferencial la rotura uterina se debe incluir claramente.

Nuestro caso clínico presenta un diagnóstico difícil, ya que la rotura uterina no presentó la sintomatología típica de este cuadro que incluye:

1. Pérdida de bienestar fetal.
2. Disminución o cese de dinámica.
3. Ascenso de presentación fetal.
4. Dolor abdominal.

5. Partes fetales palpables.
6. Hemorragia vaginal con trastornos hemodinámicas y shock.
7. Trastorno de coagulación.

Este caso nos sirve para enfatizar la posibilidad de una rotura uterina sin antecedente de cicatriz uterina previa, por lo que es prioritario incluir la rotura uterina en el diagnóstico diferencial. Asimismo, queremos recalcar la importancia de su diagnóstico precoz debido a la extrema gravedad del cuadro, ya que la mortalidad materna puede llegar hasta un 10% y la necesidad de pruebas complementarias más complejas como la TC pélvica para llegar al diagnóstico.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Nagaya K, Fetters MD, Ishikawa M, Kubo T, Koyanagi T, Saito Y, et al. Causes of maternal mortality in Japan. *JAMA*. 2000; 283:2661.
2. Guise JM, McDonagh MS, Osterweil P, Nygren P, Chan BK, Helfand M. Systematic review of incidence and consequences of uterine rupture in women with previous cesarean section. *BMJ*. 2004; 329:19–25.
3. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Intrapartum uterine rupture and dehiscence in patients with prior lower uterine segment vertical and transverse incisions. *Obstet Gynecol*. 1999;94:735–40.
4. Lee JY, Crass AS. Spontaneous bladder and uterine rupture with attempted vaginal delivery after cesarean section: case report. *J Urol*. 1992;147:691–2.
5. Oteng-Ntim E, Iskaros J, Dinneen M, Penn Z. Simultaneous intrapartum uterine and bladder rupture. *J Obstet Gynecol*. 2002; 22:685–6.
6. Smith JG, Mertz HL, Merrill DC. Identifying risk factors for uterine rupture. *Clin Perinatol*. 2008;35:85–99.
7. Bergeron ME, Jastrow N, Brassard N, Paris G, Bujold E. Sonography of lower uterine segment thickness and prediction of uterine rupture. *Obstet Gynecol*. 2009;113:520–2.