

**A. Bodega**  
**I. Alario**  
**V. Díaz**  
**L. González-Mañaricua**  
**M. Izquierdo**  
**A. Renuncio**

## **Rotura uterina secundaria a oxitocina en asociación con analgesia epidural**

Hospital del SACYL General Yagüe. Burgos. España.

**Correspondencia:**

Dr. A. Bodega Frias.  
Regino Sainz de la Maza, 4, 2.º B.  
09004 Burgos. España.  
Correo electrónico: arbodega@usuarios.retecal.es

Fecha de recepción: 5/3/04  
Aceptado para su publicación: 25/10/04

### *Uterine rupture secondary to oxytocin and epidural analgesia*

---

#### **RESUMEN**

Presentamos un caso de rotura uterina en paciente con cesárea anterior, a la que indicamos trabajo de parto con estimulación oxitócica y analgesia epidural.

La bradicardia fetal fue el indicador que obligó a laparotomía urgente.

La descripción rigurosa de la indicación de la cesárea y de la histerotomía realizada, son los factores pronósticos del trabajo de parto de un ulterior embarazo.

#### **PALABRAS CLAVE**

Rotura uterina. Oxitocina. Analgesia epidural.

#### **ABSTRACT**

We present a case of uterine rupture in a patient with a previous cesarean section who underwent labor induction with oxytocin and epidural analgesia.

Fetal bradycardia indicated urgent laparotomy. Rigorous description of the indications for previous cesarean section, and the hysterotomy performed, are prognostic factors of labour in subsequent deliveries.

#### **KEY WORDS**

Uterine rupture. Oxytocin. Epidural analgesia.

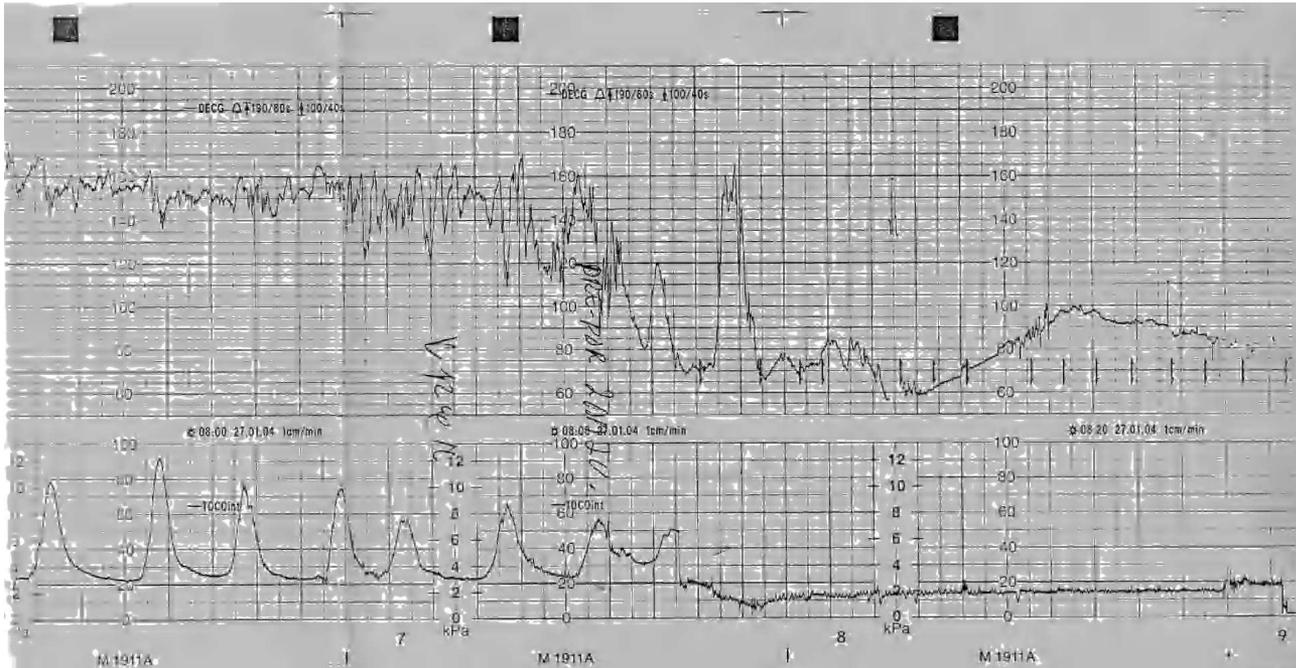
#### **INTRODUCCIÓN**

La rotura uterina (RU) constituye un accidente obstétrico con una elevada morbimortalidad materno-fetal, que asciende a un 9,7% de la mortalidad materna y hasta a un 56% de la fetal<sup>1</sup>. Afortunadamente, este episodio cada vez resulta menos frecuente en la obstetricia moderna debido a una mejor dirección de los partos. A pesar de esto, siguen aparecido en la bibliografía médica casos clínicos de RU<sup>2</sup>, lo que nos obliga a estar alerta discriminando a la población de riesgo.

Entre los factores de riesgo de RU destacan: cesárea previa, metroplastias, oxitócicos, prostaglandinas, gran multiparidad, desproporción pelvifetal, instrumentaciones altas, versión uterina y gran extracción.

El diagnóstico de sospecha se basa fundamentalmente en un intenso dolor suprapúbico acompañado de una hemorragia genital y el deterioro brusco del bienestar fetal, así como la pérdida de presentación en el tacto vaginal.

Una vez establecido el diagnóstico, la situación se convierte en una auténtica urgencia obstétrica, donde el tiempo es el mejor aliado del tocólogo que de-



**Figura 1.** Bradicardia fetal en el momento de la rotura.

be practicar una cesárea urgente para salvaguardar la integridad materno-fetal. Dependiendo del tipo de rotura y de la paridad de la paciente se podrá optar por cirugía conservadora o por la histerectomía.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 35 años de edad, gestante de 40 semanas y 1 día, con antecedente de cesárea anterior por “no progresión de parto” realizada extraclínicamente hace 5 años.

El embarazo actual, controlado en nuestro hospital, transcurre con normalidad.

Ingresó con dinámica espontánea, y la exploración a su ingreso fue: cérvix posterior, borrado un 60%, consistencia blanda, dilatado 1 cm y de presentación cefálica, dorso izquierda, sobre estrecho superior.

Dado el antecedente de cesárea previa, pasó directamente a la sala de dilatación para mejor control de su trabajo de parto, que se estimuló con oxitocina (comienzo con 1 mU/min, incrementando 2 mU/min cada 20 min, con bomba de infusión, hasta conseguir una dinámica adecuada, en que se mantuvo la dosis) bajo analgesia epidural (20 mg de ro-

pivacaína al 0,2% y 50 ng de fentanilo con bolo inicial, continuando con una infusión de ropivacaína al 0,1% y 2 ng de fentanilo a 15 ml/h).

El trabajo de parto transcurrió con normalidad, rompiendo espontáneamente la bolsa amniótica a las 4 h, en que la dilatación fue de 2 cm, con cérvix borrado y presentación cefálica en primer plano. Una hora más tarde (5 h de trabajo de parto) se produjo una bradicardia fetal (fig. 1). A la exploración se comprobó la desaparición de la presentación y que el feto se palpaba a través del abdomen, lo que obligó a indicar una cesárea urgente ante la sospecha de rotura uterina. Tras la laparotomía se comprobó un hemoperitoneo abundante y el feto y los anejos libres en el abdomen. Tras la extracción fetal, se observó la rotura uterina en la histerotomía anterior, que se prolongaba hacia el lado izquierdo y el cérvix. Se procedió a la sutura de ésta. El curso postoperatorio transcurrió con normalidad.

Nació un feto varón de 3.200 g de peso con test de Apgar de 0, 1, 4, 8, lo que exigió asistencia con intubación, ventilación y adrenalina intratraqueal por parte del neonatólogo.

Al nacimiento presentó la siguiente analítica: sangre arterial, pH de 6,76, pCO<sub>2</sub> de 95 mmHg, pO<sub>2</sub> de

10,7 mmHg,  $\text{CO}_3\text{H}_c$  de 14,3 mmol/l,  $\text{CO}_3\text{H}_{st}$  de 9 mmol/l,  $\text{CO}_2$  de 17,3 mmol/l y  $\text{SO}_2$  del 3,7%; sangre venosa, pH de 6,82,  $\text{pCO}_2$  de 113,5 mmHg,  $\text{pO}_2$  de 4,6 mmHg,  $\text{CO}_3\text{H}_c$  de 18,3 mmol/l,  $\text{CO}_3\text{H}_{st}$  de 10,3 mmol/l, BE de -18 mmol/l y  $\text{SO}_2$  del 1%.

El recién nacido permaneció ingresado 10 días en la unidad de neonatos, donde se le diagnosticó encefalopatía hipóxico-isquémica de grado 2 que se manifestó con convulsiones, lo que obligó a instaurar un tratamiento con fenobarbital y ventilación mecánica durante 3 días, bajo controles electroencefalográficos (hipoventilado con actividad convulsivógena, el segundo día) y ecografías encefálicas (normalidad). Al alta, con exploración neurológica normal y buena adaptación a la lactancia materna, se le cita para efectuar una resonancia magnética (RM) al mes (pendiente).

## DISCUSIÓN

El debate surge con la indicación de trabajo de parto en una paciente que presenta una cesárea previa. En los últimos 20 años hay suficientes pruebas de la relativa seguridad de un intento de trabajo de parto en mujeres con antecedente de cesárea con incisión segmentaria transversa baja. La tasa de éxito cuando se elige esta opción está entre el 60 y el 82% (American College of Obstetricians and Gynecologist, 1995).

Pero, ¿qué factores especiales debemos considerar? En primer lugar, el “tipo de incisión uterina”. Las cicatrices transversas limitadas al segmento uterino tienen riesgos mínimos de dehiscencia durante el embarazo posterior (en un ensayo multicéntrico que incluyó a más de 5.000 mujeres con intento de trabajo de parto, se observó rotura uterina en menos del 1%)<sup>5</sup>. Numerosos trabajos<sup>4-8</sup> llegan a similares conclusiones. Parece razonable aconsejar un intento de trabajo de parto en la mayoría de las mujeres con cicatriz segmentaria transversa baja.

La incisión uterina extendida hasta la porción contráctil superior del miometrio es una contraindicación para trabajos de parto posteriores. Estas cicatrices tienen aproximadamente un 12% de incidencia de rotura asintomática y a menudo catastrófica<sup>7</sup>. Estas mujeres deben tener una cesárea antes del comienzo del trabajo de parto. Si la extensión precisa de la incisión uterina no se conoce o está mal documentada, probablemente no sea razonable intentar el trabajo de parto.

En nuestro caso, la cesárea previa se hizo fuera de nuestro hospital y, por lo tanto, carecíamos del acceso a un historial donde se reflejase la incisión realizada. Sólo sabíamos que se había realizado una cesárea por “no progresión de parto”, por lo que presumimos que se trataba de una segmentaria transversa, sin dudar de la ambigüedad de la expresión “no progresión de parto”.

Otros factores especiales que inciden en este caso son la oxitocina y la analgesia epidural. Un análisis crítico de los datos disponibles no demuestra evidencias de que el uso de la oxitocina se deba modificar en una mujer en trabajo de parto con incisión transversa baja previa (American College of Obstetrician and Gynecologists, 1995)<sup>7</sup>. El riesgo de rotura uterina sí aumenta por el uso inadecuado de la oxitocina<sup>5</sup>.

El uso de la analgesia epidural generó, en el pasado, dudas respecto a que pudiera enmascarar el dolor de la rotura. Sin embargo, menos del 10% de las mujeres con dehiscencia de la cicatriz experimentó dolor y sangrado.

Las desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) son el signo más probable de un episodio de este tipo<sup>3</sup>. Varios estudios atestiguan la inocuidad de la analgesia epidural realizada correctamente<sup>3,8</sup>.

Con respecto a la “no progresión de parto” que refería nuestra paciente a su ingreso como causa de cesárea, cabe referir que, aunque admitido y generalizado, este término no deja de ser ambiguo y confuso. Según Notzon et al (1994)<sup>9</sup>, hay 15 códigos ICD-9 diferentes que describen la cesárea por distocia de trabajo de parto. Los términos descriptivos varían desde las definiciones más precisas promulgadas por Friedman (1978) —detención secundaria de la dilatación, detención del descenso— o las más ambiguas y los términos usados más comúnmente, como la “desproporción cefalopélvica” y “falta de progresión”. No tiene sentido clasificar la cesárea practicada tras 8 h de contracciones y 3 cm de dilatación por “falta de progresión” en la misma categoría que una mujer que es sometida a un parto por cesárea por detención del descenso tras 3 h de pujos con contracciones uterinas de 300 U.

Es presumible que nuestra paciente presentase una desproporción descrita como “no progresión” y, de haberlo sabido, no hubiésemos intentado el trabajo de parto.

## 352 CONCLUSIONES

La indicación de trabajo de parto en paciente con cesárea previa debe documentarse en la lectura estricta de la técnica de la cesárea, en su incisión y en la indicación de ésta.

Asumimos como óptimas para trabajo de parto las pacientes con antecedente de cesárea segmenta-

ria transversa baja, no causada por desproporción cefalopélvica.

La analgesia epidural, en su actuación de soslayar el dolor, no está contraindicada, dado que el dolor no debe ser un "marcador" de inminente rotura.

En cuanto a los oxitócicos, usados de forma adecuada, no aumentan la frecuencia de rotura uterina.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Golan A, Sandbank O, Rubin A. Rupture of the pregnant uterus. *Obstet Gynecol.* 1980;56:549-54.
2. Garriguet J, López Cordero A, Chica C, Molleja P, Morilla JA. Rotura uterina secundaria a la dinoprostona en asociación con analgesia epidural. *Cin Invest Ginecol Obstet.* 2003;30:317-8.
3. Flamm BL, Goings JR, Liu Y, Wolde-Tsadik G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor. A prospective multi-center study. *Obstet Gynecol.* 1994;83:927-32.
4. Jones RO, Nagashima AW, Hartnett-Goodman MM, Goodlin RC. Rupture of low transverse cesarean scars during trial of labor. *Obstet Gynecol.* 1991;77:815-7.
5. Leung AS, Farmer RM, Leung EK, Medacaris AL, Paul RH. Risk factors associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean delivery. A case-control study. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;168:1358-63.
6. Pitkin RM. Once a cesarean? *Obstet and Gynecol.* 1991;77:939.
7. Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean: A meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol.* 1991;77:465-70.
8. Scott JR. Mandatory trial of labor after cesarean delivery; an alternative viewpoint. *Obstet Gynecol.* 1991;77:811-4.
9. Notzon FJ, Cenatlingius S, Bergsjö P, Cole S, Taffel S. Cesarean section delivery in the 1980s: international comparison by indication. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170:495-504.