

## Diagnóstico de la rotura prematura de membranas

(Actualizado en 2004)

### DEFINICIÓN

La rotura prematura de las membranas ovulares (RPM) se define como la solución de continuidad de éstas antes del inicio del parto, tanto sea éste pretérmino o a término.

Como consecuencia de la RPM, la cavidad amniótica entra en contacto con el endocérnix y la vagina.

La incidencia de RPM es aproximadamente del 12% de todas las gestaciones (5-19%, con variaciones entre los distintos autores por la disparidad de criterios utilizados). El 80% de los casos de RPM acontecen en gestaciones a término, y el 20% de casos corresponden a gestaciones pretérmino (menos de un 1% ocurren antes de la viabilidad fetal).

La importancia de la RPM radica en que ésta representa un 25% de todos los partos pretérmino y, como consecuencia, es causa de una importante morbimortalidad perinatal.

Por tanto, su correcto diagnóstico es fundamental para adoptar un tratamiento adecuado, que deberá siempre tener en cuenta la edad gestacional.

### ETIOLOGÍA

La etiología de la RPM es desconocida. Se han propuesto diferentes factores que podrían estar implicados en su génesis:

- Alteraciones de las propiedades químicas de las membranas:  $\alpha$ 1-antitripsina, interleucina 6, efecto del tabaco, alteraciones congénitas del tejido conectivo...
- Aumento de la presión intraamniótica: gestaciones gemelares, polihidramnios, malformaciones uterinas...
- Presencia de una infección: ya sea intraamniótica subclínica (30% en gestaciones pretérmino) o del resto del tracto genital.

### MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Habitualmente con la anamnesis y la exploración física suele ser suficiente. En caso de duda, serán de utilidad las pruebas complementarias.

#### Anamnesis

En ocasiones la incontinencia de orina y el aumento del flujo vaginal pueden hacer sospechar y diagnosticar una RPM y, consecuentemente, condicionar una actitud errónea.

Para reducir los falsos positivos de la historia clínica, se debe explorar a la paciente y realizar las pruebas diagnósticas pertinentes.

#### Exploración física

- Genitales externos. Se puede observar la salida de líquido amniótico (LA) a través de la vagina.

- Espéculo. Para objetivar la salida de líquido amniótico por el orificio cervical externo o visualizar su presencia en el fondo de saco vaginal.

Las maniobras de Valsalva facilitan la salida de LA.

#### Pruebas complementarias

##### *Determinación de pH del fondo del saco vaginal*

En condiciones normales, el pH vaginal es ácido (4,5-5,5). La presencia de líquido amniótico (pH 7-7,5) en la vagina aumentará el pH, que podrá alcanzar un valor > 6,4. Por encima de este valor, el papel de nitracina vira a azul. La determinación del pH vaginal mediante sistemas colorímetros es un método rápido y eficaz. Esta prueba puede presentar falsos positivos por la presencia de sangre, semen o antisépticos. Se estima que presenta una tasa de falsos negativos del 12,7% y de falsos positivos del 16,2%.

No es conveniente realizar la toma en el cérvix dado que el moco puede falsear la prueba.

**566** *Cristalización del líquido amniótico en hojas de helecho*

Se basa en la característica del LA de que, al secarse sobre un portaobjetos, aparecen formaciones en hoja de helecho cuando se estudia mediante microscopio óptico. Esta prueba también puede presentar resultados erróneos por la presencia de sangre (que inhibe la arborización), de semen o de antisépticos. Se estima que presenta una tasa de falsos negativos del 4,8% y de falsos positivos del 4,4%. No es conveniente realizar la toma en el cérvix dado que el moco puede falsear la prueba.

*Ecografía*

Permite valorar el índice de LA. La presencia de un oligoamnios no diagnosticado previamente podrá orientar hacia una RPM. La ecografía presenta tanto falsos positivos (causas de oligoamnios diferentes de la RPM) como falsos negativos (RPM con cantidad de LA normal).

*Test de fluoresceína*

Consiste en la instilación intraamniótica de fluoresceína mediante amniocentesis. Se coloca una compresa en los genitales externos y se estudia la presencia de colorante en la misma, lo que indicará que existe una RPM.

La valoración debe realizarse a los 30 min con el empleo de la luz de Wood. Es una prueba diagnóstica. Dado que es un test invasivo, debe realizarse cuando se dude del diagnóstico y cuando éste tenga implicaciones en la actitud obstétrica.

En la actualidad, el diagnóstico de la RPM mediante instilación de otros colorantes intraamnióticos, como el azul de metileno o el índigo carmín, no se recomienda debido a posibles efectos adversos fetales.

*PROM test*

Permite la detección de IGFBP-1 (*insulin-like growth factor binding protein-1*), sustancia que está presente en el líquido amniótico pero no en la vagina. Es un método introducido recientemente y que aún está pendiente de validación definitiva, pero que presenta resultados prometedores, sobre todo para descartar la RPM.

**BIBLIOGRAFÍA GENERAL**

Mercer BM. Preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol.* 2003;101:178-93.

Moutquin JM. Classification and heterogenicity of preterm birth. *Br J Obstet Gynaecol.* 2003;110:30-3.

Carrasco S. Diagnóstico de la rotura prematura de membranas amnióticas. En: Fabre E, editor. *Manual de Asistencia a la Patología Obstétrica. Sección de Medicina Perinatal de la SEGO.* Zaragoza: INO Reproducciones S.A.; 1997. p. 453-60.

Los Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia y los Protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.