

CASOS CLÍNICOS

Rotura uterina asociada a desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta en gestante de 25 semanas

M. Mestre, E. González Bosquet, A. Hernández, A. Torres, M.D. Gómez, M. Borràs y J.M. Laïlla

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues (Barcelona). España.

ABSTRACT

We report a case of uterine rupture in a secundipara at 25 weeks' gestation who was admitted to our center for premature rupture of membranes. Emergency cesarean section was performed due to suspicion of premature separation of a normally inserted placenta. Rupture of a previous cesarean section scar was observed.

INTRODUCCIÓN

La rotura uterina es una situación clínica que puede aparecer durante el parto o más raramente durante el embarazo. Puede comprometer seriamente la vida materna y fetal, así como condicionar secuelas en ambos. La rotura del útero puede comunicarse directamente con la cavidad peritoneal (rotura completa) o puede quedar separada de ésta por el peritoneo visceral del útero o del ligamento ancho (rotura incompleta)^{1,2}. Según la causa o factores predisponentes de la rotura, se clasifica en dehiscencia o rotura de cicatriz uterina previa, en rotura traumática o en rotura espontánea. En la mayoría de casos la rotura uterina se presenta en gestantes con una cesárea anterior³.

Se presenta un caso de rotura uterina asociada a un desprendimiento de placenta normalmente inserta en una gestación pretérmino.

CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años de edad, remitida a nuestro servicio desde otro centro, donde había acudido por abdominalgia de 1 día de evolución, a las 25,3 semanas de gestación por una rotura prematura de membranas

(RPM). Las ecografías y analíticas practicadas hasta ese momento eran normales. Como antecedentes obstétricos destacan una cesárea (incisión transversal) 2 años antes, a las 28 semanas de gestación por riesgo de pérdida del bienestar fetal y un aborto espontáneo previo. A la exploración presenta abdomen ligeramente doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y en el tacto vaginal se aprecia cuello uterino acortado un 20% y cerrado. La paciente refiere pérdida de líquido por genitales externos, que se confirma con el espéculo con el que se observa salida de líquido amniótico claro a través del cérvix. En la ecografía abdominal se observa feto único con latido cardíaco positivo, biometrías de 26 semanas, placenta anterior normoinsera y líquido amniótico en cantidad normal. Al tratarse de una RPM pretérmino de 25 semanas, se deriva a nuestro centro previa administración de una dosis de beta-metasona 12 mg intramuscular.

En el momento del ingreso la paciente refiere aumento importante del dolor abdominal y pérdida hemática por vagina, no muy abundante. A la inspección se objetiva palidez mucocutánea, sudoración profusa y las constantes son normales. En la ecografía abdominal se objetiva oligoamnios severo, feto con latido cardíaco positivo y una imagen compatible con un posible desprendimiento placentario. En el tacto vaginal se aprecia cérvix uterino acortado un 50%, permeable un dedo y cefálica insinuada. Se indica cesárea urgente por sospecha de desprendimiento de placenta normoinsera (DPPNI). En el momento quirúrgico se objetiva hemoperitoneo y rotura uterina en la cicatriz anterior, se observa placenta desprendida que sobresale por la rotura uterina al igual que lo hacen pequeñas partes fetales. Se realizan lavados peritoneales eliminando toda la sangre libre peritoneal. Nace niño vivo de 679 g, Apgar 2-5-7, que precisa reanimación intensa y que ingresa en la unidad de cuidados intensivos neonatales por prematuridad extrema. Se da de alta 6 meses después tras haber presentado múltiples com-

Aceptado para su publicación el 7 de febrero de 2006.

plicaciones asociadas a la prematuridad extrema: ictericia y anemia del prematuro, ductus arterioso persistente, membrana hialina, hiperglucemias, apneas, atresia yeyunal, enterocolitis necrosante, displasia pulmonar, atelectasia, criptorquidea, retinopatía del prematuro, hemorragia interventricular, hemorragia subependimaria, comunicación interventricular, comunicación interauricular, estenosis pulmonar y absceso subfrénico. A los 10 meses de vida ingresa nuevamente en el hospital por bronquiolitis VRS negativa, y se da de alta 6 días después siguiendo controles por su pediatra habitual.

El postoperatorio inmediato de la madre cursa dentro de la normalidad. La paciente recibe tratamiento antibiótico intravenoso durante 48 h. Sólo destaca en la analítica de control a las 24 h una hemoglobina de 9,7 g/dl (la del ingreso era de 13,6 g/dl) por lo que recibe feroterapia.

Se da de alta al quinto día del postoperatorio con buen estado general y constantes vitales dentro de la normalidad. Realiza control del puerperio en nuestro centro, y éste es normal. El análisis histológico de la placenta informa de signos de inflamación en membranas corioamnióticas y hemorragia retroplacentaria indicativa de DPPNI.

DISCUSIÓN

En el caso que nos ocupa destacan, a nuestro entender, la presencia de una rotura uterina y un DPPNI conjuntos en un tiempo de gestación inhabitual para que se produzcan estas patologías.

La incidencia de rotura uterina oscila⁴ entre 1:210 y 1:5.000, y es mayor en los países de menor nivel económico. Aunque la rotura uterina es un accidente que puede tener lugar antes del parto, en plena gestación (cesárea anterior u otras cicatrices), lo más frecuente es que se produzca en el curso del trabajo de parto. El riesgo de rotura uterina aumenta una vez iniciado el trabajo de parto en gestantes con antecedentes de cesárea previa, sobre todo cuando se han realizado 2 o más cesáreas, así como en edades mayores de 30 años, durante partos instrumentados, en las inducciones con oxitocina o prostaglandinas, en casos de presentación fetal anómala o en las distocias del segundo período del trabajo de parto⁵. El riesgo de rotura uterina también se ve aumentado si se diagnostica una endometritis tras una cesárea anterior en el posparto o hay una miomectomía previa². Algunos estudios han evaluado el impacto de la histerografía monocapa y los posteriores embarazos. La mayoría no describe un aumento de la rotura uterina en las histerografías monocapa respecto a las suturadas en 2 capas⁶, salvo uno

que describe un riesgo 4 veces superior⁷. En los casos de cesáreas anteriores, las tasas de rotura dependen del tipo de incisión: en las incisiones uterinas clásicas la tasa es de 4-9; en las de forma de T, de 4-9; en las verticales bajas, de 1-7, y en las transversales bajas, de 0,2-1,5¹.

Por todo ello se considera que el caso que nos ocupa resulta inhabitual. Se entiende que posiblemente el desarrollo cronológico del caso empieza con la RPM que ha podido facilitar el DPPNI, iniciándose dinámica uterina y un hipertono que han podido provocar la rotura del útero por la cicatriz de la cesárea anterior. El desprendimiento de placenta normalmente inserta y la hipertensión asociada se han estudiado como posibles causas de rotura uterina⁸.

No hay causas aparentes de DPPNI, salvo la RPM que aumenta la incidencia de DPPNI¹, pero probablemente la inserción de la placenta en la localización de la cicatriz anterior ha podido resultar en un mal anclaje placentario y secundar la rotura de la cicatriz.

Se conoce que en los casos de cesáreas anteriores, grososres del miometrio < 1-1,5 mm en la evaluación ecográfica durante el tercer trimestre de la gestación y previamente al inicio del trabajo de parto parecen asociarse a un mayor riesgo de rotura uterina⁹. Asimismo, creemos que se podría prever mediante ecografía un mayor riesgo de DPPNI en las gestaciones en donde se visualice la situación placentaria en la cicatriz anterior. Se entiende que este dato y a partir de nuestra experiencia es un dato importante a tener en cuenta en las ecografías de pacientes con cesárea anterior.

El conocimiento de los factores de riesgo, los signos y síntomas de la rotura uterina, así como la rápida actuación quirúrgica, ha optimizado los resultados en la morbilidad materna y mortalidad perinatal de la rotura uterina. Los neonatos nacidos tras una rotura uterina tienen tests de Apgar inferiores y tienen mayores porcentajes de mortalidad respecto a los nacidos en partos sin rotura⁷. La disponibilidad de un buen equipo obstétrico, anestésico, quirúrgico y neonatal permiten una disminución de la morbilidad y mortalidad materna y del neonato¹⁰.

RESUMEN

Se presenta un caso de rotura uterina en paciente secundípara de 25 semanas que ingresó en nuestro centro por rotura prematura de membranas. Se practicó una cesárea de urgencia ante la sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta y se objetivó rotura de la cicatriz de la cesárea anterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetricia. 21th ed. Philadelphia: McGraw-Hill; 2001. p. 646-7.
2. Cabero Roura L, editor. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. 1.a ed. Madrid: Panamericana; 2003.
3. Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: differences between a scarred and unscarred uterus. Am J Obstet Gynecol. 2004;191:425-9.
4. Adanu RM, Obed SA. Ruptured uterus: a seven-year review of cases from Accra, Ghana. J Obstet Gynaecol Can. 2003;25:225-30.
5. Ofir K, Sheimer E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: risk factors and pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol. 2003;189:10442-6.
6. Durnwald C, Mercer B. Uterine rupture perioperative and perinatal morbidity after single-layer and double-layer closure at cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2003;189:925-9.
7. Bujold E, Bujold C, Hamilton FE, Harel F, Gauthier RJ. The impact of a single-layer or double-layer closure on uterine rupture. Am J Obstet Gynecol. 2002;186:1326-30.
8. Miller D, Goodwin M, Gherman R, Paul R. Intrapartum rupture of the scarred uterus. Obstet Gynecol. 1997;89:671-3.
9. Cheung VY. Sonographic measurement of the lower uterine segment thickness in women with previous caesarean section. J Obstet Gynecol Can. 2005;27:674-81.
10. Yap OW, Kim ES, Laros RK Jr. Maternal and neonatal outcomes after uterine rupture in labor. Am J Obstet Gynecol. 2001;184:1576-81.