



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Rotura uterina. Diagnóstico y consecuencias en una gestante de 30 semanas

Agustí Castellà Domenech^{a,*}, Pau Carabias Meseguer^a, Francesc Tresserra Casas^b y Pere Barri Soldevila^a

^a *Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, USP, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, USP, Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España*

Recibido el 10 de diciembre de 2008; aceptado el 29 de octubre de 2009

Accesible en línea el 31 de diciembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Rotura uterina;
Mortalidad perinatal;
Miomectomía y
embarazo;
Dehiscencia de cicatriz
uterina;
Miomectomía y
laparoscopia

KEYWORDS

Uterine rupture;
Perinatal mortality;
Pregnancy and
myomectomy;
Uterine scar
dehiscence;
Laparoscopic
myomectomy

Resumen La rotura uterina es una complicación obstétrica infrecuente con una morbimortalidad materno-fetal alta. Su diagnóstico temprano y tratamiento inmediato son importantes factores pronósticos, tanto para la madre como para el feto. Presentamos el caso de una paciente gestante de 30 semanas que presentó una rotura uterina espontánea en la zona de una cicatriz de miomectomía laparoscópica anterior, lo que dio lugar a un hemoperitoneo materno y a la muerte fetal intraútero. Se practicó un tratamiento quirúrgico de urgencia mediante una histerectomía subtotal por vía abdominal.

© 2009 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Uterine rupture. Diagnosis and repercussions at 30 weeks of pregnancy

Abstract Uterine rupture is an infrequent obstetric complication with high morbidity and mortality for both the mother and fetus. Early diagnosis and treatment of this entity are important prognostic factors. We report the case of woman at 30 weeks of pregnancy with spontaneous uterine rupture in a previous scar from a laparoscopic myomectomy, giving rise to maternal hemoperitoneum and intrauterine fetal death. Emergency surgery was performed with subtotal abdominal hysterectomy.

© 2009 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La rotura uterina es la pérdida de continuidad de la pared uterina; es poco frecuente en el embarazo (1/1.500-1/2.000) y puede ser espontánea o traumática. Frecuentemente, ocurre cuando existe una alteración previa de la pared

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: AGUCAS@dexeus.com
(A. Castellà Domenech).

uterina y/o un aumento de la presión intrauterina comportando una alta mortalidad materna del 10% y fetal del 50%¹⁻⁵. Uno de los factores predisponentes más frecuentes es la cirugía previa (cesárea, miomectomía, resección septo uterino); otros factores predisponentes son la implantación anómala de la placenta, mola hidatiforme invasiva, coriocarcinoma, multiparidad, hipertonías o traumatismos abdominales⁶⁻⁹.

Hay que diferenciar la rotura uterina de la dehiscencia, en la que se produce una separación de las fibras miometriales en la zona de la cirugía previa pero con preservación de la serosa. La rotura afecta a todo el espesor de la pared, incluida la serosa, y deja en comunicación la cavidad uterina con la abdominal⁶. Dada la importancia del proceso, presentamos un caso clínico inusual de rotura uterina en una mujer con una miomectomía previa realizada por laparoscopia.

Caso clínico

Se trata de una mujer nuligesta, de 31 años de edad, con antecedentes de cólicos renales de repetición y miomectomía laparoscópica 3 años antes practicada en otro centro. Acudió a urgencias gestante de 30 semanas de amenorrea, tras un segundo ciclo de fecundación in vitro por factor masculino y controles gestacionales (protocolo de seguimiento del embarazo) hasta la fecha sin alteraciones, con una clínica de dolor lumbar izquierdo irradiado hacia la ingle siguiendo el trayecto ureteral y con cierta agitación; la puñopercusión lumbar fue positiva, el abdomen era blando y depresible, con signo de Blumberg negativo, y estaba afebril. Mediante el tacto vaginal se constató que el cérvix estaba formado y cerrado. No había metrorragia activa ni refería dinámica uterina. La analítica y el sedimento urinario fueron normales. El ritmo cardíaco fetal era de 143 lpm, sin alteraciones de registro cardiotocográfico. Ante la sintomatología que presentaba la paciente y sus antecedentes urológicos, se orientó el cuadro como un probable cólico nefrítico; se pautó tratamiento espasmolítico y analgésico, con buena respuesta clínica, en régimen de ingreso hospitalario.

A la hora y veinte minutos del ingreso la paciente inició un cuadro de desorientación con relajación de esfínteres y



Figura 1 Superficie exterior uterina con sutura fúndica a nivel de la rotura.



Figura 2 Corte longitudinal donde se aprecia la dehiscencia transmural y una discreta hipertrofia miometrial.

signos de hipotensión (presión arterial 60-30 mmHg; pulso 170 lpm). Tras la estabilización hemodinámica con administración de cristaloides, coloides y amins vasoactivas, se constató la falta de latido fetal mediante un estudio ecográfico. Se procedió a efectuar una laparotomía de urgencia; se observó un hemoperitoneo de unos 500 ml y un feto muerto en la cavidad abdominal, con rotura uterina a nivel fúndico, que coincidía con localización de la cicatriz de la miomectomía previa. Ante la persistencia de una hemorragia activa y tras intentar suturar la lesión (fig. 1), se practicó una histerectomía abdominal subtotal simple. El estudio anatómopatológico constató cambios morfológicos de hemorragia e inflamación crónica y aguda en la zona de rotura uterina fúndica (fig. 2). El curso evolutivo de la paciente fue satisfactorio, precisando reposición volémica mediante 3 concentrados de hematíes, y fue dada de alta a los 8 días del ingreso.

Discusión

La incidencia global de rotura uterina durante la gestación es de 1 por 1.514 (0,07%) y esta tasa se reduce en aquellos casos sin antecedentes previos de cirugía sobre la pared uterina a 1 por 7.440 embarazos (0,013%)⁶.

Una de las causas más frecuentes de rotura es la cicatriz de miomectomía previa, que se ha cifrado en 1 de cada 107 casos (0,94%) efectuados por vía laparoscópica^{6,7}, mientras que en la miomectomía transabdominal las tasas son de 1 en 60 casos (1,7%); probablemente ello se deba a la indicación de la técnica en función del tamaño y número de miomas^{8,9}. Esta es la tasa más alta junto con la rotura tras la inducción combinada de prostaglandinas y oxitocina en pacientes con cesárea previa⁴. Habitualmente, la rotura en úteros con cicatriz se produce durante el tercer trimestre de la gestación, aunque hay algún caso descrito a las 20 semanas de embarazo⁸.

Los signos y síntomas más frecuentes son aquellos relacionados con el distrés fetal, como las deceleraciones prolongadas o bradicardias⁵, que en ocasiones son los primeros en detectarse, así como los relacionados con la pérdida de tonicidad uterina, dolor abdominal, hemorragia y shock^{3,5,10}. Hay que señalar que ciertos estudios refieren que el dolor

abdominal es un signo poco específico para el diagnóstico de rotura uterina, por su asociación a muchos otros factores, y que la rotura en una cicatriz uterina previa suele ser menos violenta y dramática que una rotura espontánea traumática, ya que la zona cicatricial presenta una vascularización menor⁶.

El tiempo de actuación ante el diagnóstico de una rotura uterina es de vital importancia, tanto para el feto como para la madre. La extracción inmediata del feto, si se produce antes de 10-37 min después de la rotura, puede evitar la muerte fetal o complicaciones como la hipoxia o la acidosis⁵. En caso de extrusión del feto o la placenta a través de la pared uterina, el daño fetal irreversible se produce en menos tiempo. Gracias a las técnicas de imagen, se ha acelerado el diagnóstico de esta grave complicación. Actualmente la mortalidad fetal ha logrado reducirse del 65 al 6%⁶.

Las consecuencias maternas de la rotura uterina son las derivadas de la hemorragia severa con anemia o shock hipovolémico, que ocurre en una tercera parte de las pacientes^{3,11}. La tasa de mortalidad materna tras la rotura uterina oscila entre el 1 y el 10%, en función del grado de desarrollo del país, como ocurre con la incidencia de histerectomía para solucionarla, que oscila entre el 6 y el 78%^{2,3,12}.

En conclusión, ante la sospecha y el diagnóstico de una rotura uterina la conducta debe dirigirse a la extracción inmediata del feto y a la estabilización hemodinámica de la madre. La conservación del útero estará en función del tipo y extensión de la rotura.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Schrinky DC, Benson RC. Rupture of the pregnant uterus: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 1978;33:217-32.
2. Mokgokong ET, Marivate M. Treatment of the ruptured uterus. *S Afr Med J.* 1976;50:1621-4.
3. Rahman J, Al-Sibai MH, Rahman MS. Rupture of the uterus in labor. A review of 96 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1985; 64:311-5.
4. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2001;345:3-8.
5. Leung AS, Leung EK, Paul RH. Uterine rupture after previous cesarean delivery: maternal and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;169:945-50.
6. Nahum GG, Pham KQ, Cowan BD. Uterine rupture in pregnancy. 15 January, 2008. Disponible en: <http://www.emedicine.com/MED/topic3746.htm>
7. Dubuisson JB, Fauconnier A, Deffarges JV, Norgaard C, Kreiker G, Chapron C. Pregnancy outcome and deliveries following laparoscopic myomectomy. *Hum Reprod.* 2000;15: 869-73.
8. Golan D, Aharoni A, Gonen R, Boss Y, Sharf M. Early spontaneous rupture of the post myomectomy gravid uterus. *Int J Gynaecol Obstet.* 1990;31:167-70.
9. Garnet JD. Uterine rupture during pregnancy. An analysis of 133 patients. *Obstet Gynecol.* 1964;23:898-905.
10. Bujold E, Gauthier RJ. Neonatal morbidity associated with uterine rupture: what are the risk factors? *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:311-4.
11. Eden RD, Parker RT, Gall SA. Rupture of the pregnant uterus: a 53-year review. *Obstet Gynecol.* 1986;68:671-4.
12. Kieser KE, Baskett TF. A 10-year population-based study of uterine rupture. *Obstet Gynecol.* 2002;100:749-53.