



Rotura uterina por acretismo placentario

Óscar Felipe Aguilar-Hernández,* Carlos Renan-Rivero y Coronado,** José Fausto Sánchez-García,***
Miguel Ángel Bolio-Bolio***

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

La rotura uterina durante el embarazo es una de las complicaciones más graves, que aumenta la morbilidad y mortalidad materna y fetal. La rotura uterina por placenta percreta es rara. Comunicamos el caso de una paciente de 39 años, con embarazo de 16.3 semanas por ultrasonido, quien ingresó por dolor abdominal de 48 horas de evolución, de predominio en la región hipogástrica, que durante su evolución padeció afectación hemodinámica y aumento del dolor abdominal. Por ultrasonido se observó líquido libre en la cavidad abdominal. Mediante la laparotomía se encontró el útero perforado con producto y placenta libres en la cavidad abdominal. Se realizó histerectomía obstétrica y se confirmó el diagnóstico de rotura uterina por placenta percreta.

Palabras clave: rotura uterina, placenta percreta, histerectomía obstétrica.

ABSTRACT

The uterine rupture during pregnancy is one of the most serious complications, increase morbidity and maternal and fetal mortality. The uterine rupture by percreta placenta is rare. We present the case of a 39 years-old patient, pregnancy of 16.3 weeks by ultrasound, which enters by abdominal pain 48 hours of evolution, of predominance in the hypogastric region, that during its evolution presented hemodynamic compromise and increase of abdominal pain. By ultrasound: free liquid in abdominal cavity is observed. With laparotomy we found perforated uterus with placenta free and product in abdominal cavity, obstetrical hysterectomy was performed, we confirmed the diagnosis of uterine rupture by percreta placenta.

Key words: uterine rupture, placenta percreta, obstetrical hysterectomy.

RÉSUMÉ

La rupture utérine pendant la grossesse se passe est l'une des complications les plus graves, ce qui augmente la morbidité et la mortalité maternelle et fœtale. Rupture utérine est rare percreta placenta. Nous rapportons le cas d'une patiente de 39 ans, avec des ultrasons 16,3 semaines de grossesse, qui a été admis pour une douleur abdominale de 48 heures de développement, principalement dans la région hypogastrique, qui a souffert durant son compromis évolution hémodynamique et augmentation de la douleur abdominale. Ultrasound libre fluide a été noté dans la cavité abdominale. En laparotomie a été trouvé perforation de l'utérus et le placenta produit libre dans la cavité abdominale. Hystérectomie obstétricale a été effectuée et a confirmé le diagnostic de rupture utérine à partir d'un percreta placenta.

Mots-clés: rupture utérine, placenta percreta, l'hystérectomie obstétricale.

RESUMO

Ruptura uterina durante a gravidez é uma das complicações mais graves, o que aumenta a morbidade e mortalidade materna e fetal. Ruptura uterina é rara para percreta placenta. Nós relatamos o caso de uma paciente de 39 anos, com 16,3 ultra-som semana de gravidez, que foi internada com dor abdominal de 48 horas de desenvolvimento, predominantemente na região hipogástrica, que sofreu durante o seu compromisso evolução hemodinâmica e aumento da dor abdominal. Fluido ultra-livre foi observado na cavidade abdominal. A laparotomia foi encontrado perfurado útero e da placenta produto livre na cavidade abdominal. Obstétrica histerectomia foi realizada e confirmou o diagnóstico de ruptura uterina em uma percreta placenta.

Palavras-chave: ruptura uterina, percreta placenta, a histerectomia obstétrica.

* Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.

** Jefe del servicio.

*** Médico adscrito.

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Dr. Agustín O'Horan, Mérida, Yucatán.

Correspondencia: Dr. Óscar Felipe Aguilar Hernández. Hospital General Dr. Agustín O'Horan. Av. Itzáes x Av. Jacinto Canek s/n,

CP 97000, Mérida, Yucatán.

Recibido: septiembre, 2009. Aprobado: enero, 2010.

Este artículo debe citarse como: Aguilar-Hernández OF, Renan-Rivero y Coronado C, Sánchez-García JF, Bolio-Bolio MA. Rotura uterina por acretismo placentario. Ginecol Obstet Mex 2010;78(4):250-253.

www.nietoeditores.com.mx

La rotura uterina es cualquier desgarro, fracción o solución de continuidad supracervical en el útero que sucede durante el embarazo,¹ pero que no incluye la perforación del músculo uterino translegrado, ni la prolongación de la histerotomía transcesárea;² es una de las complicaciones más graves del embarazo que ocasiona elevada mortalidad materna y fetal.³

El acretismo placentario es una alteración de la placentación que ocasiona adherencia de las vellosoidades placentarias al miometrio, debida a la ausencia completa o parcial de la membrana fibrinoide de Nitabuch.⁴⁻⁶

La incidencia de casos de placenta acreta y sus variantes va de 1 por cada 540 a 1 por cada 70,000 nacimientos. El 75% de las placenas percretas se asocia con placenta previa.⁴ La mortalidad materna reportada está entre 7 y 11%.⁷

La incidencia de rotura uterina reportada en la bibliografía va de 1 por cada 170 a 1 por cada 20,000 embarazos.²

La placenta acreta es la que llega al miometrio, la increta la que invade el miometrio y la percreta la que atraviesa el miometrio.^{4-6,8} De acuerdo con su extensión, la adherencia puede ser focal (1 cotiledón), parcial (varios cotiledones) o total (toda la placenta); según su ubicación puede ser corporal o segmentaria.⁸ La rotura uterina espontánea sucede porque en algún lugar del útero hay menor resistencia ante una contracción normal.²

La rotura uterina espontánea por placenta percreta puede ocurrir en el primero, segundo o tercer trimestre,⁷ con mayor frecuencia se da en el segundo.⁹ La aparición de este cuadro en el primer trimestre es extremadamente rara, en la bibliografía se reportan casos aislados.¹

La rotura uterina por perforación de la pared uterina anterior con invasión a la vejiga, ocurre con más frecuencia que la posterior.⁷

Las causas de la rotura uterina se dividen en tres categorías: cicatriz, traumática y espontánea.^{2,4}

La combinación de las dos causas es aún más rara. El cuadro clínico no es específico.⁷ La invasión placentaria del miometrio es un proceso indoloro y se manifiesta clínicamente hasta que la pared uterina se rompe o perfora.⁵ Durante el embarazo es difícil realizar tempranamente el diagnóstico.⁸ Suele manifestarse como dolor abdominal intenso debido a la hemorragia peritoneal,^{2,5,9} o incluso la presentación inicial puede incluir choque hipovolémico.^{2,5}

En ausencia o adelgazamiento del espacio hipoecoico subplacentario (que normalmente corresponde al miometrio, interrupción focal de la serosa uterina y de los tejidos a su alrededor y lagunas placentarias), el acretismo placentario se presume por ultrasonido bidimensional con escala de grises.^{1,7,10} El adelgazamiento de la pared uterina se aprecia en la resonancia magnética,^{1,8,10} aun sin poder documentar la sensibilidad y especificidad del procedimiento.⁵ La ecografía tiene una sensibilidad de 93% y especificidad de 79%.⁴ Como parte de los intentos diagnósticos se ha puesto en práctica la determinación de la creatin cinasa por invasión de la placenta en el miometrio, debido al daño celular. También se ha documentado la elevación de la alfa feto proteína materna, que no es patognomónica de este padecimiento, pero puede ser un elemento más para sospechar el diagnóstico.^{5,6}

Durante la laparotomía es común encontrar hemoperitoneo y rotura subperitoneal sin hemoperitoneo.⁷

El tratamiento depende de cada caso. A la mayoría se les hace laparotomía debido a abdomen agudo. Por lo regular necesitan transfusiones sanguíneas e hysterectomía (con extirpación quirúrgica de todos los tejidos afectados) y ocasionalmente ligadura de las arterias hipogástricas. El pronóstico es malo para la madre y mortal para el feto, por la edad gestacional en que sucede la rotura.^{5,8,10}

El tratamiento conservador para preservar el útero y, por ende, la fertilidad sólo se indica en situaciones de placenta acreta; el tratamiento incluye diversos procedimientos para mantener el tono miometrial y el control del sangrado, como la administración de prostaglandina F2, norepinefrina, cloruro de potasio o arginina vasopresina, aunque en la mayor parte de los casos no son efectivos.⁵ También puede extirparse el hemiútero roto mediante hemihysterectomía.⁹

Las complicaciones de la placenta percreta pueden ser preoperatorias y posoperatorias. En las primeras hay invasión de estructuras vecinas, inestabilidad hemodinámica con choque hipovolémico y en las segundas: coagulopatías, formación de fistulas, estenosis uretral, afectación renal y abscesos pélvicos.^{5,10}

CASO CLÍNICO

Paciente originaria de Mérida, Yucatán, de 39 años de edad, con tres embarazos, una cesárea y un parto. La paciente desconocía la fecha de la última menstruación;

por ultrasonido se determinó que el embarazo llevaba 16.3 semanas. No se reportaron antecedentes patológicos de importancia.

Ingresó al hospital en noviembre de 2007 debido a un dolor abdominal de 48 horas de evolución, que se acentuaba en la región hipogástrica, más vómito de contenido gastrobiliar en cuatro ocasiones; con síntomas urinarios (disuria, polaquiuria, tenesmo vesical), sin sangrado transvaginal. La tensión arterial fue de 110/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 20 por minuto. La paciente estaba consciente, hidratada, con campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, con taquicardia y sin ruidos agregados. A la palpación profunda del abdomen se encontró sin datos de irritación peritoneal, con fondo uterino de 17 cm. A la especuloscopia el cuello uterino central estaba cerrado, sin sangrado transvaginal. Se hospitalizó para efectuarle estudios complementarios.

En el hospital, súbitamente la paciente tuvo diaforesis, con aumento del dolor abdominal, tensión arterial no audible, pulso ausente, frecuencia cardiaca de 130 latidos por minuto. En el tamiz ultrasonográfico se le encontró líquido libre en la cavidad, con feto único, intrauterino, sin latido cardíaco, placenta fúnica anterior. Los estudios de laboratorio reportaron: leucocitos 13,950/mm³, hemoglobina 4.09 g/dL, hematocrito 11.46, plaquetas 201,000/mm³.

En el servicio de Terapia Intensiva le colocaron a la paciente un catéter central e iniciaron la reposición de volumen. Con intubación orotraqueal y administración de aminas presoras se buscó la estabilización. Enseguida se trasladó al quirófano para realizarle una laparotomía exploradora en la que se encontró con hemoperitoneo (3,000 mL de sangre en la cavidad). El útero medida 12 x 10 cm, con rotura en el fondo, cubierto por epiplón. El feto y la placenta estaban libres en la cavidad abdominal; los anexos eran normales.

Se realizó histerectomía total, con conservación de los dos ovarios. Posteriormente se trasladó a la unidad de cuidados intensivos donde permaneció 72 horas (con ventilación mecánica, transfusión de hemoderivados [tres paquetes globulares y un plasma fresco congelado], con reposición de líquido y electrolitos. Salió del hospital 48 horas después.

El reporte histopatológico fue de: feto de sexo masculino de 16 semanas, sin malformaciones, con placenta implantada del miometrio a la serosa (placenta percreta).

Un mes después la paciente acudió a la consulta externa, quien se encontró con evolución adecuada.

DISCUSIÓN

Los casos de rotura uterina por placenta percreta excepcionalmente se reportan en la bibliografía. En la bibliografía de los últimos 100 años se encuentran 50 casos, y tres casos en la latinoamericana.⁸ En nuestro hospital no existe caso alguno reportado durante los últimos cinco años. Éste es el primer caso de rotura uterina por placenta percreta hasta el momento.

Como se refiere en toda la bibliografía revisada en relación con la rotura uterina por placenta percreta, el diagnóstico es complejo y los síntomas no son específicos antes de la rotura uterina. Los estudios de ultrasonido pueden ser un apoyo valioso en caso de urgencia. La resonancia magnética resulta de ayuda cuando se sospecha placenta percreta y no es útil para diagnosticar una rotura uterina antes de que ésta se manifieste.

En la paciente que aquí se comunica, no se sospechó penetración de las vellosidades placentarias al miometrio, ni su evolución a una rotura uterina, porque al momento de ser hospitalizada refirió dolor abdominal, vómito, disuria, polaquiuria y tenesmo vesical; sin actividad uterina ni sangrado transvaginal.

El ultrasonido reportó una placenta fúnica y anterior, con un feto intrauterino sin latido cardíaco; los datos de choque hipovolémico sobrevinieron súbitamente, sin antecedentes que hicieran pensar en una lesión uterina por manipulación relacionada con la muerte fetal, como podría ser el caso de un aborto provocado.

La indicación quirúrgica fueron las manifestaciones sistémicas de choque hipovolémico que, sin causa externa aparente que explicara la afectación hemodinámica, hizo sospechar un probable origen abdominal debido a los datos de irritación peritoneal, pero aun en ese momento no se sospechó un origen uterino del problema. Esta situación coincide con lo descrito en la bibliografía, respecto a lo difícil del diagnóstico prequirúrgico, y concuerda con que el diagnóstico es un hallazgo transquirúrgico, que se confirma con el reporte de patología.

La rotura uterina por placenta percreta suele ocurrir en el segundo o tercer trimestre (entre la 14 y las 29 semanas) aunque también se ha descrito en el primero, lo cual concuerda con la edad gestacional de este embarazo (16.3 semanas).

En múltiples estudios los autores coinciden en que la tasa de mortalidad es mayor para el feto, que para la madre.^{1,2,5} La morbilidad y mortalidad materna están dadas por la hemorragia obstétrica en 60%, la histerectomía obstétrica en 33.5% y la necesidad de transfusión sanguínea en 58.3%; las unidades transfundidas fueron entre 2 y 11, con promedio de 3 unidades.²

La bibliografía refiere que para el control del sangrado pueden ligarse las arterias uterinas o hipogástricas o embolizar la arteria mediante control por angiografía; se termina en histerectomía total o subtotal dependiendo del caso. La evolución hacia el choque hipovolémico con el consabido riesgo de muerte materno-fetal requiere una acción rápida y eficaz. El tratamiento de las pacientes debe ser oportuno, agresivo y adecuado. Para disminuir las complicaciones maternas y fetales, que dependen de la edad gestacional, por suceder en etapas tempranas del embarazo. Nuestra paciente fue atendida oportunamente por los médicos del servicio de Terapia Intensiva durante el pre y posquirúrgico, lo que permitió limitar las secuelas y su pronta mejoría.

CONCLUSIONES

En las paciente sin factores de riesgo para rotura uterina es difícil sospecharla, sobre todo en estadios tempranos del embarazo. En el caso clínico de la paciente que aquí se reporta hubo factor de riesgo para rotura uterina. La rotura uterina por antecedente de cesárea es raro, quizás pudiera suceder si hubiera contracciones uterinas (amenaza de aborto o aborto en evolución). La paciente tenía factor de riesgo para acretismo placentario por la cesárea previa. El ultrasonido reportó placenta con inserción en la cara anterior y fúnica, por lo que el diagnóstico se hizo después de la laparotomía.

La laparotomía se realizó debido a los datos de abdomen agudo y de afectación hemodinámica y porque había líquido libre en la cavidad. En toda paciente embarazada en los dos primeros trimestres de la gestación, con un cuadro de abdomen agudo y que por ultrasonido reporten líquido libre en la cavidad, debe sospecharse una rotura uterina. Si el diagnóstico es temprano y si el tratamiento con líquidos y hemoderivados es adecuado, la paciente tendrá buen pronóstico.

REFERENCIAS

- Scarella CA, Chamy PV, Badilla FD, y col. Rotura uterina espontánea en el primer trimestre del embarazo. Rev Chil Obstet Ginecol 2008;73:393-396.
- Oquendo CM, Beltrán MJ, Soriano OK. Rotura uterina espontánea en una paciente con polihidramnios como único factor de riesgo. Comunicación de un caso, revisión la bibliografía y experiencia institucional. Ginecol Obstet Mex 2008;76:217-220.
- Yáñez MR, Martínez BP, Ibáñez DY, y col. Embarazo ectópico ístmico-cervical en cicatriz de cesárea previa. Rev Chil Obstet Ginecol 2007;72:186-189.
- Bustos P, Delgado J, Greibe D. Ruptura uterina espontánea por placenta percreta. Rev Chil Obstet Ginecol 2003;68:519-522.
- Massotto CH, Wong Mc CR. Abdomen agudo y embarazo: placenta percreta. Acta Med Costarric 2001;43:178-181.
- Torres GLG, Torres FE, Rodríguez SRM. Placenta percreta con invasión a vejiga. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2007;75:549-552.
- Briceño PC, Alaña F, Briceño SL, y col. Placenta percreta. Rev Obstet Ginecol Venez 2002;62:273-277.
- Briceño PC, Briceño SL. Placenta percreta con ruptura uterina espontánea temprana. Rev Obstet Ginecol Venez 2005;65:193-198.
- Novelle GM, Sáviro CR, Suárez MP, y col. Rotura espontánea de útero bicono en gestación asociada a acretismo placentario. Rev Chil Obstet Ginecol 2007;72:352-355.
- Shrivastava V, Nageotte M, Major C. Case-control comparison of cesarean hysterectomy with and without prophylactic placement of intravascular balloon catheters for placenta accrete. Am J Obstet Gynecol 2007;197:402.e1-402.e5.