



Ruptura uterina espontánea en el puerperio fisiológico tardío

Spontaneous uterine rupture in the late physiological puerperium

Janisse Kershenovich Gersson,* Abad Eduardo Ibarrola Buen,**
Jahn Werner Von der Meden Alarcón,** Pablo Vilchis Nava**

RESUMEN

La ruptura uterina se refiere a la disrupción completa de todas las capas que la componen, la cual puede comprometer la supervivencia fetal y/o materna. La mayoría de las rupturas se relacionan con antecedente de cirugías uterinas previas. De manera que a mayor número de cirugías, mayor el riesgo de presentar esta complicación. En este trabajo se describe el caso de una paciente de 33 años, gesta tres, cesárea una, parto dos, la cual presentó ruptura uterina en el puerperio fisiológico tardío. Este artículo realiza una revisión sobre las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico practicado. La paciente acudió al Servicio de Urgencias 11 días posteriores a un parto instrumentado e inducido con 100 microgramos de misoprostol vía vaginal, además de presentar dolor abdominal tipo cólico difuso. En la exploración física se detectaron datos de abdomen agudo. Se solicitó una tomografía de abdomen y pelvis con contraste intravenosa y se observaron datos sugestivos de ruptura uterina. Los estudios complementarios corroboran una anemia ferropénica. Se decide realizar una laparotomía exploradora que mostró una ruptura uterina completa en el sitio de la histerorrafia previa con extensión lateral izquierda, la cual comprometía el ligamento redondo y ancho. Se realiza el procedimiento (laparotomía exploradora) sin complicaciones. La paciente cursó con evolución postoperatoria adecuada y sin complicaciones.

Palabras clave: Ruptura uterina, puerperio tardío, hemorragia, complicaciones del embarazo.

Nivel de evidencia: IV

ABSTRACT

Uterine rupture refers to the complete disruption of all the layers that it is composed of, which can compromise the fetal and / or maternal survival. Most ruptures are related to a history of previous uterine surgeries. Therefore the more surgeries there have been, the greater the risk of presenting this complication. In this paper we describe the case of a 33-year-old female, Grávida 3 C-section 1 Para 2 presented with uterine rupture at late post partum. This article reviews the clinical manifestations, diagnosis and surgical treatment practiced. The patient came to the emergency department 11 days after an instrumented and induced delivery, presenting with diffuse colic abdominal pain. The physical examination revealed acute abdomen data. Tomography of the abdomen and pelvis was performed observing signs of uterine rupture. Complementary studies showed iron deficiency anemia. We decided to perform an exploratory laparotomy, observing complete uterine rupture at the site of previous surgery with left lateral extension compromising the round and broad ligament. The procedure (laparotomy) was performed without complications. The patient's course went with adequate postoperative evolution and without complication.

Keywords: Uterine rupture, late puerperium, hemorrhage, pregnancy complications.

Level of evidence: IV

INTRODUCCIÓN

La ruptura uterina se define como la disrupción o separación completa no quirúrgica de todas las capas que componen la pared, la cual puede comprometer la supervivencia fetal y/o materna de manera significativa. Por el contrario la dehiscencia uterina hace referencia a la disrupción incompleta y suele ser un hallazgo al momento de la cesárea.¹

La incidencia de ruptura uterina según el *National Institute of Health* en mujeres en trabajo de parto con

* Residente de cuarto año.

** Médico adscrito.

Ginecología y Obstetricia, Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 18/02/2018. Aceptado: 31/01/2019.

Correspondencia: Janisse Kershenovich Gersson

Av. Carlos Graef Fernández Núm. 154, Col. Tlaxala Santa Fe, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, 05300, Ciudad de México. Tel. 55 5801-7456 E-mail: jkershenovich@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
www.medigraphic.com/analesmedicos

antecedente de una cesárea es de 325 por cada 100,000, lo que representa el 0.3%.¹ Esta incidencia aumenta en personas en quienes se les indujo el trabajo de parto en comparación con las que inician de manera espontánea (Odds ratio (OR) 1.62, IC_{95%} 1.13-2.31).² El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia reporta una tasa de ruptura uterina de 2.45% en pacientes tratadas con prostaglandinas, en comparación con 1.1% en pacientes que recibieron oxitocina a dosis bajas.^{3,4} El riesgo de ruptura uterina aumenta en mujeres con un índice de Bishop bajo (< 6) o primer y/o segundo periodo de trabajo de parto prolongados.⁵ Otros factores que se han visto relacionados, pero que no son estadísticamente significativos, son la edad materna avanzada, la edad gestacional mayor de 40 semanas, un periodo intergenésico corto (< 18 meses), realizar cierre de histerorrafia en un solo plano y cirugías uterinas previas. Se ha observado que un parto vaginal tanto previo como posterior a una cesárea reduce de manera significativa el riesgo de presentar una ruptura uterina (OR 0.26 vs 0.52).⁴

Debido a la morbimortalidad que representa esta patología, se han analizado diferentes modelos que permiten predecir el riesgo de manera indirecta en las pacientes con cirugía uterina previa, a quienes se les da la oportunidad de un parto vaginal; sin embargo, hasta la fecha no existe un método aceptado en su totalidad. Debemos individualizar a las pacientes según los factores de riesgo y la clínica que presenten.^{6,7}

Se ha documentado que el espesor del segmento uterino inferior al final del embarazo tiene una correlación inversamente proporcional con el riesgo de presentar dehiscencia o ruptura uterina. El ultrasonido transvaginal es una gran herramienta que nos permite evaluar la cicatriz uterina al medir el grosor más delgado entre el útero y la pared vesical. Un tamaño menor a 2 mm es equivalente a la décima percentila, lo que representa un riesgo cuatro veces mayor de presentar esta complicación.⁸ Otros datos ultrasonográficos de sospecha son un área hipoecóica en el sitio de la histerorrafia, disruptión del miometrio, la presencia de líquido libre en fondo de saco posterior, anhidramnios y la presencia de partes fetales fuera de la cavidad uterina.⁹

El manejo es la estabilización de la paciente y la corrección quirúrgica del defecto. La decisión del tipo de incisión abdominal dependerá de muchos factores, para ello debemos conocer las ventajas y desventajas de cada una de ellas.¹⁰

Uno de los mayores problemas que enfrenta el ginecólogo es valorar el riesgo-beneficio de conservar el útero, considerando el deseo genésico de la

pareja. En caso de preservar el útero, el defecto puede ser corregido usando una técnica parecida a la histerorrafia tradicional (en 2 planos). Se debe realizar hysterectomía en todos los casos que no se logre controlar la hemorragia o corregir el defecto.¹¹ Para reducir el riesgo de ruptura en los siguientes embarazos, se recomienda la interrupción programada del embarazo por vía abdominal antes del inicio del trabajo de parto, entre las 36 y 37 semanas de gestación.¹¹

REPORTE DEL CASO

Mujer de 33 años de edad, gesta tres, cesárea una en 2002, parto dos. Día 11 del postparto en curso. Como antecedentes de importancia refiere último parto inducido con 100 µg de misoprostol vía vaginal e instrumentado con fórceps tractores de salida por periodo expulsivo prolongado.

Inicia el padecimiento seis horas previas a su ingreso con dolor abdominal difuso, el cual se presentó posterior a la extensión brusca de miembro pélvico derecho. En cuestión de horas el dolor migró hasta localizarse en hipogastrio, el cual se volvió incapacitante y sin mejoría con la administración de analgésicos, por esos motivos acude al Servicio de Urgencias.

A la exploración física ingresa con los siguientes signos vitales: TA 80/40 FC 110 LPM, FR 22 RPM, saturación 95%. Se observa palidez generalizada de mucosa y tegumentos, ruidos cardíacos rítmicos, con soplo sistólico en foco aórtico, campos pulmonares con murmullo vesicular bilateral, sin agregados, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen inferior, con datos de irritación peritoneal (McBurney, Blumberg, psoas y obturador), loquia rubra escasa. Tacto vaginal con cérvix dehiscente, reblandecido y posterior, no doloroso a la movilización, no se observan laceraciones en comisuras ni en mucosa vaginal, útero en anteversión con dimensiones aproximadas de 14 × 10 cm, no se palpan masas ni anexos. Resto de la exploración sin alteraciones relevantes para el padecimiento.

Se solicita de primera instancia tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis, la cual reporta presencia de líquido de características hemáticas en hueco pélvico y en ambas correderas parietocólicas. Incremento del tamaño uterino con aparente pérdida de la continuidad de la pared anterior izquierda. Por hallazgos obtenidos en la TAC se solicita ultrasonido transvaginal, el cual corrobora la presencia de disruptión de la pared anterior del úte-

ro (*Figura 1*). Se solicitan estudios prequirúrgicos, con los siguientes resultados: hemoglobina de 8.3 g/dL, hematocrito 25.3%, PCR 10.71 mg/dL, resto de los laboratorios dentro de parámetros normales.

Tratamiento y evolución clínica. Se decide realizar una laparotomía exploradora de urgencia. Ingresa paciente a quirófano hemodinámicamente inestable con TA de 88/60 mmHg, FC de 107 LPM. Se realiza incisión tipo Pfannenstiel, se ingresa a cavidad abdominal por planos donde se observa la presencia de hemoperitoneo de aproximadamente 300 mL, abundantes coágulos y fibrina; además de ruptura uterina completa en sitio de histerorrafia previa con extensión lateral izquierda que compromete al ligamento redondo y al ancho. Se exterioriza útero. Se colocan pinzas de Allis en sitio de ruptura. Se realiza reparación del defecto con Catgut crómico 1-0 surgierte anclado y se logra aproximar los bordes. Se difiere segundo plano por la alta friabilidad del tejido. Se coloca hemostático (polvo de papa) en lecho quirúrgico, se verifica ausencia de sangrado activo, se cierra cavidad y pared abdominal por planos con técnica habitual sin complicaciones (*Figura 2*). Durante el procedimiento se transfunden dos paquetes globulares y un plasma fresco congelado. Con un tiempo quirúrgico de una hora 30 minutos y una cuantifica-

ción de sangrado de 600 mililitros, pasa la paciente hemodinámicamente estable a recuperación.

Se solicitan estudios de control 24 horas posteriores a la cirugía que reportan una hemoglobina de 10 mg/dL. Durante su estancia intrahospitalaria se mantuvo asintomática y sin eventualidades.

DISCUSIÓN

La ruptura espontánea del útero es una complicación rara, la cual ha disminuido en incidencia y en mortalidad gracias al progreso en el cuidado prenatal en conjunto con el manejo integral de las mujeres con factores de riesgo.

Según la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de ruptura uterina se estima en 5.3 por cada 10,000 partos sin antecedentes de cirugías uterinas. Sin embargo, en los países en vías de desarrollo, el riesgo es ocho veces mayor;¹² esto puede deberse a un mal control prenatal o a un seguimiento inadecuado en el puerperio.

Aunque la identificación temprana de los factores de riesgo puede reducir la posibilidad de esta complicación, existen casos de rupturas espontáneas reportadas en la literatura, sin factores de riesgo conocidos. En este caso, una probable explicación de la

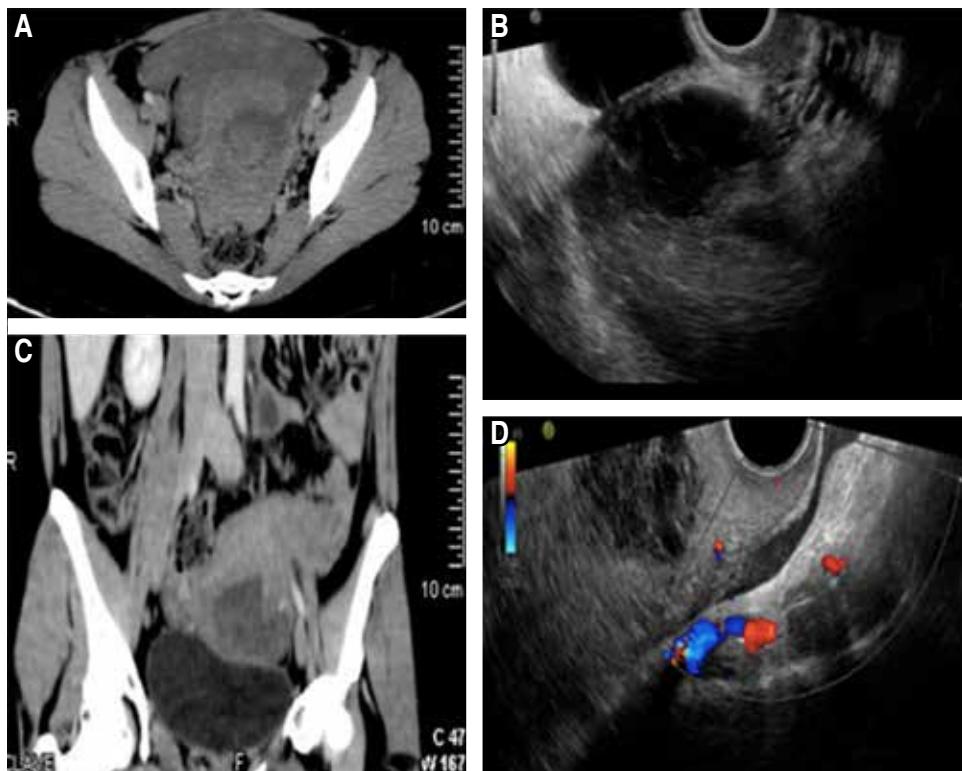
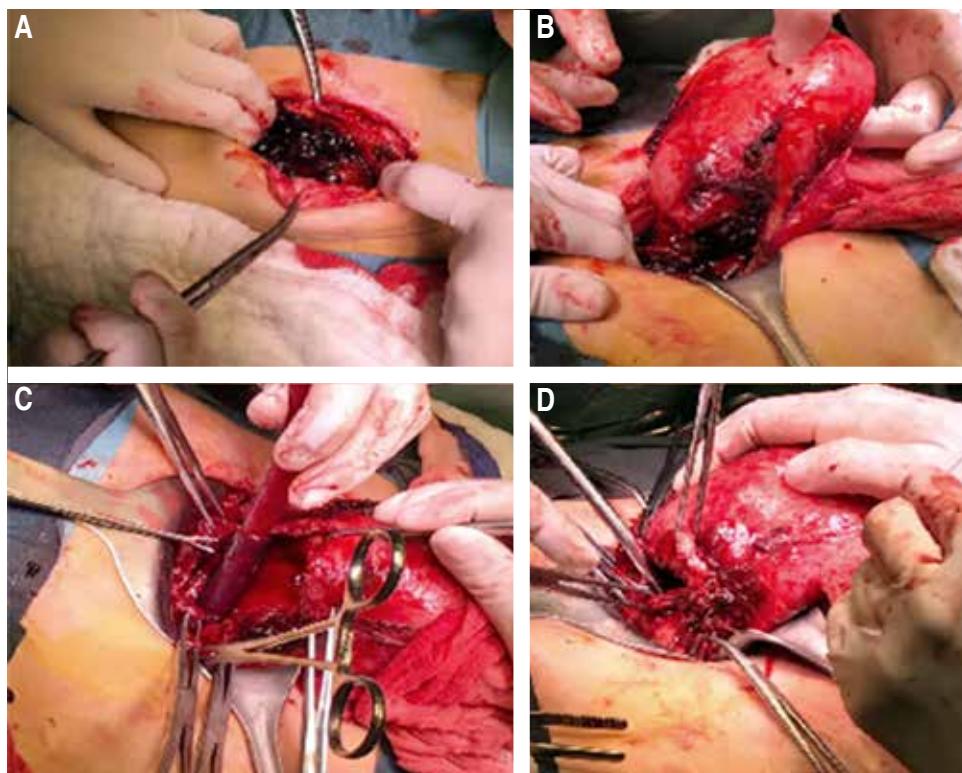


Figura 1:

Estudios de extensión prequirúrgicos. Tomografía de abdomen y pelvis con corte axial (**A**) y coronal (**B**) que muestra pérdida de contigüidad de la pared uterina izquierda, (**C**) ultrasonido transvaginal que corrobora el diagnóstico, (**D**) líquido libre en fondo de saco posterior y aumento de la vasculatura uterina a la aplicación de flujo Doppler.

**Figura 2:**

Hallazgos intraoperatorios. **A)** Incisión Pfannenstiel. Hemoperitoneo con presencia de coágulos y fibrina. **B)** Exteriorización de útero. Ruptura uterina completa, con extensión lateral hacia ligamento ancho y redondo izquierdo. **C)** Colocación de pinzas Allis en bordes identificando los límites del defecto. **D)** Reparación en un plano con Catgut crómico 1-0 surgete anclado.

ruptura es el antecedente de cesárea. Según Esteban Castro y su equipo, la causa más frecuente de la ruptura es la cicatriz uterina previa por intervenciones quirúrgicas anteriores como cesárea, miomectomías, salpingiectomías, perforaciones uterinas o acretismo placentario.¹³ Lang, en su revisión publicada en 2013, encontró una incidencia de ruptura uterina en pacientes con cesárea previa de entre 0.3 y 1%. Este riesgo se aumentaba a mayor número de cesáreas. Muchos autores recomiendan realizar una cesárea electiva y programada entre las 36 y 37 semanas de gestación para disminuir el riesgo de ruptura;¹⁴ ya que en la actualidad no existe un método eficaz para predecir con certeza quiénes serán esas pacientes que presentarán esta complicación.

Otra explicación razonable es el antecedente de inducción con prostaglandinas. El riesgo de ruptura se incrementa de manera notable durante el intento de parto vaginal en las pacientes con cesárea previa. Buhimschi y colaboradores encontraron que las mujeres con antecedente de cesárea inducidas con misoprostol tenían una mayor probabilidad de presentar una ruptura en el sitio de la cicatriz uterina que las inducidas con oxitocina, lo que sugiere que las prostaglandinas podrían inducir modificaciones bioquímicas locales que debilitan la cicatriz y predispongan a la ruptura. Ade-

más, es imposible antagonizar el efecto del misoprostol una vez establecido el mecanismo de acción.¹⁵

Se han mencionado también como factores de riesgo la edad materna avanzada, la multiparidad, las maniobras de Kristeller y la macrosomía fetal.⁴ Respecto al caso que presentamos, la paciente era una mujer relativamente joven, en donde se obtuvo un recién nacido con un peso de 3,000 gramos.

El aspecto más interesante en nuestro caso es que la ruptura ocurrió 11 días posteriores al parto instrumentado. Existen pocos artículos reportados en la literatura con ruptura uterina en el puerperio tardío. Se deberá estudiar más a fondo sobre las posibles causas para vigilar más cerca y por más tiempo a estas pacientes con factores de riesgo.

Aunque se podría suponer que la ruptura pudo haber ocurrido intraparto o poco después del parto, los síntomas clínicos no justifican esta posibilidad.

La presentación clínica de la ruptura uterina puerperio incluye la actividad fetal alterada, sangrado transvaginal, dolor abdominal, taquicardia materna y otros síntomas de hipovolemia. Por el contrario, la paciente parecía tener un puerperio normal, sin complicaciones. No presentó ningún dato de alarma, sus signos vitales eran normales y estables hasta su llegada a urgencias.

CONCLUSIONES

La ruptura uterina es una complicación obstétrica difícil de predecir debido a inespecificidad del cuadro clínico y a la variedad de diagnósticos diferenciales a considerar.

A pesar de su rara ocurrencia, se debe tener en mente esta complicación y actuar de la mejor manera y en el menor tiempo posible, ya que se trata de una complicación prevenible que, de no detectarse a tiempo, podría ser grave y letal para la madre y el producto.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement Panel. National Institutes of Health Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. *Obstet Gynecol*. 2010; 115 (6): 1279-1295.
2. Rossi AC, Prefumo F. Pregnancy outcomes of induced labor in women with previous cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2015; 291 (2): 273-280.
3. 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 (1): 3-8.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2010; 116 (2 Pt 1): 450-463.
5. Vachon-Marceau C, Demers S, Goyet M, Gauthier R, Roberge S, Chaillet N et al. Labor dystocia and the risk of uterine rupture in women with prior cesarean. *Am J Perinatol*. 2016; 33 (6): 577-583.
6. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu RR et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2010; 191 (8): 379-382.
7. Landon MB. Predicting uterine rupture in women undergoing trial of labor after prior cesarean delivery. *Semin Perinatol*. 2010; 34 (4): 267-271.
8. Jastrow N, Demers S, Chaillet N, Girard M, Gauthier RJ, Pasquier JC et al. Lower uterine segment thickness to prevent uterine rupture and adverse perinatal outcomes: a multicenter prospective study. *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 215 (5):604.e1-604.e6.
9. Jastrow N, Vikhareva O, Gauthier RJ, Irion O, Boulvain M, Bujold E. Can third-trimester assessment of uterine scar in women with prior Cesarean section predict uterine rupture? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016; 47 (4): 410-414.
10. Naji O, Abdallah Y, Bij De Vaate AJ, Smith A, Pexsters A, Stalder C et al. Standardized approach for imaging and measuring Cesarean section scars using ultrasonography. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2012; 39 (3): 252-259.
11. Naji O, Daemen A, Smith A, Abdallah Y, Saso S, Stalder C et al. Changes in Cesarean section scar dimensions during pregnancy: a prospective longitudinal study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013; 41 (5): 556-562.
12. Astatkiet G, Limenih MA, Kebede M. Maternal and fetal outcomes of uterine rupture and factors associated with maternal death secondary to uterine rupture. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17 (1): 117.
13. Amoroso Gil A, Pino C, Salas C, Izurieta D, González C, Márquez G et al. Rotura uterina espontánea en embarazo de segundo trimestre: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Avances en Biomedicina*. 2013; 2 (3): 158-161.
14. Mavromatidis G, Karavas G, Margioulia-Siarkou C, Petousis S, Kalogiannidis I, Mamopoulos A et al. Spontaneous postpartum rupture of an intact uterus: a case report. *J Clin Med Res*. 2015; 7 (1): 56-58.
15. Vlemminx MWC, de Lau H, Oei SG. Tocogram characteristics of uterine rupture: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet*. 2017; 295 (1): 17-26.