



Rotura uterina espontánea en una paciente con polihidramnios como único factor de riesgo. Comunicación de un caso, revisión de la bibliografía y experiencia institucional

Manuel Oquendo Cortez,* Jorge Beltrán Montoya,** Karla Soriano Ortega***

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

La rotura uterina es una complicación obstétrica que puede conducir a la muerte. El factor de riesgo principal es el antecedente de cirugía uterina, habitualmente cesárea. Se comunica el caso de una paciente de 39 años de edad con embarazo de 37 semanas y polihidramnios, sin antecedentes quirúrgicos, quien no estaba en trabajo de parto y tuvo rotura completa en la cara lateral del útero, que fue espontánea, sin cicatriz uterina previa y con resolución perinatal poco habitual.

Palabras clave: rotura uterina espontánea, polihidramnios.

ABSTRACT

The uterine rupture is a catastrophic obstetric complication. The main risk factor is an antecedent of uterine surgery, usually caesarean. It is reported the case of a 39 years old patient with 37 week-pregnancy and polyhydramnios, without surgical antecedents, whose was not in labor and developed complete rupture of the lateral face of the uterus, which was spontaneous, without previous uterine scar and with a unusual outcome.

Key words: spontaneous uterine rupture, polyhydramnios.

RÉSUMÉ

La rupture utérine est une complication obstétrique catastrophique. Le facteur de risque principal est un antécédent de chirurgie utérine, habituellement un césarienne préalable. On communique le cas d'un patient de 39 années que suit grossesse de 37 semaines et polidramnios, sans antécédent chirurgical, celui qui ne se trouvait pas en travail d'accouchement et présente rupture complète de la face latérale de l'utérus, dont l'importance est située qu'elle s'agit d'une rupture spontanée sans cicatrice utérine préalable et avec un dénouement périnatal peu habituel.

Mots-clés: rupture utérine spontanée, polidramnios.

RESUMO

A ruptura uterina é uma complicação obstetrical catastrófica. O fator do risco principal é um antecedente da cirurgia uterina, geralmente caesarean precedente. O exemplo de um paciente de 39 anos comunica-se quem atende a uma gravidez de 37 semanas e polidramnios, sem antecedentes cirúrgicos, que não eram dentro trabalho da ruptura completa do parto e do presente-exposição da cara lateral do uterus, cuja a relevância está em qual é uma ruptura espontânea sem a cicatriz uterina precedente e com o pouco habitual um resultado perinatal.

Palavras-chave: ruptura uterina espontânea, polidramnios.

* Médico residente.

** Subdirector de enseñanza.
Instituto Nacional de Perinatología.

*** Médico aspirante al Sistema Nacional de residencias médicas.

Correspondencia: Dr. Manuel Oquendo Cortez. Instituto Nacional de Perinatología. Montes Urales 800, colonia Lomas Virreyes, CP 11000, México, DF.

Recibido: febrero, 2008. Aceptado: febrero, 2008.

Este artículo debe citarse como: Oquendo CM, Beltrán MJ, Soriano OK. Rotura uterina espontánea en una paciente con polihidramnios como único factor de riesgo. Comunicación de un caso, revisión de la bibliografía y experiencia institucional. Ginecol Obstet Mex 2008;76(4):217-20.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

La rotura uterina se define como el desgarro de la pared uterina durante el embarazo, que no incluye la perforación del músculo uterino translegrado ni la prolongación de la histerotomía transcesárea.¹ Una rotura puede ser: completa o incompleta, si abarca o no todo el espesor de la pared; total o parcial, si abarca el segmento y el cuerpo o sólo uno de ellos,² y traumática o espontánea, según el mecanismo de lesión. El factor de riesgo más frecuente es la cesárea previa y se asocia con el trabajo de parto. El caso clínico que aquí se reporta es de interés porque se trata de rotura uterina espontánea sin antecedente de cicatriz uterina, con polihidramnios como único factor de riesgo y resolución perinatal poco habitual en estos casos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 39 años de edad, con embarazo de 37 semanas y polihidramnios grave (índice de Pheelan = 39). Sin antecedentes clínicos o quirúrgicos relevantes y con dos eutocias previas, acudió al servicio de urgencias por manifestar sangrado transvaginal moderado, actividad uterina irregular y movimientos fetales. Al examen físico se encontró: fondo uterino de 40 cm por encima del borde superior de la sínfisis del pubis, frecuencia cardíaca fetal de 148 latidos/min y útero hipertónico. Al tacto vaginal se reportó cuello uterino intermedio, corto, con 2 cm de dilatación, con membranas rotas y salida de líquido amniótico hemático. Se envió a quirófano de manera urgente con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.

Se practicó operación cesárea de urgencia bajo anestesia general. Se realizó una incisión media infraumbilical que produjo salida abundante de líquido amniótico hemático. Se encontró una solución de continuidad vertical de aproximadamente 13 cm en la cara lateral del útero, debajo del anexo izquierdo, a través de la cual se observaron partes fetales (miembro superior). Se extrajo al feto y se procedió inmediatamente a su reanimación.

Posteriormente se corroboró el desprendimiento parcial de la placenta (20%) y se reparó el útero en dos planos. Se reportó hemorragia transquirúrgica de 1,000 mL y recién nacido masculino de 3,310 g, Apgar 8-9 y Silverman de 1. Se envió a cunero para vigilancia.

La madre y el neonato evolucionaron favorablemente y fueron dados de alta sin complicaciones.

El reporte patológico indicó: placenta de 520 g con una zona deprimida de 15 x 3 cm, compatible con área de desprendimiento.

EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

En el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, durante el periodo 2000-2007 se reportaron 19 casos de rotura uterina, cuyos datos generales se muestran en el cuadro 1. Sólo dos casos fueron en primigestas, y 10 en pacientes con más de tres embarazos previos. En todos los casos se trataba de embarazos con un solo feto.

Cuadro 1. Datos generales en casos de rotura uterina

	<i>Media</i>	<i>Rango</i>
Edad materna (años)	30.5	23-38
Edad gestacional	33.5	27-40
Gestaciones previas	3.5	1-6
Hemorragia obstétrica (mL)	3,650	300-7,000
Peso del recién nacido (g)	2,450	1,290-3,610

Con respecto a los factores de riesgo relacionados, 16 pacientes (84%) tenían cirugía uterina previa y sólo en 10% de los casos (n=2) se reportó incremento del índice de líquido amniótico (23 y 39 cm). En cuatro de los casos la complicación se vinculó con la administración de oxitocina; uno se relacionó con la administración de misoprostol y otro con parto instrumentado.

En cuanto a la morbilidad y mortalidad materna, se reportan nueve casos de rotura completa y 10 de incompleta. En 14 fue posible reparar el útero y en cinco se recurrió a histerectomía obstétrica. Los datos respecto a la hemorragia obstétrica se exponen en el cuadro 2. Se reportó una muerte materna. Los registros de morbilidad y mortalidad neonatal reportan muerte neonatal en cinco casos y necesidad de terapia intensiva neonatal en tres.

Cuadro 2. Hemorragia obstétrica

<i>Pérdida sanguínea (mL)</i>	<i>Núm. de casos</i>
< 500	6
500-1,000	9
> 1,000	4

DISCUSIÓN

La rotura uterina es una complicación relativamente infrecuente, en la bibliografía se reportan incidencias que van de 1 por cada 170,³ a 1 por cada 20 mil.⁴ El factor de riesgo relacionado con más frecuencia es el antecedente de intervención quirúrgica uterina. Kieser y Saskett⁵ presentaron una revisión de 10 años (114,933 nacimientos) y encontraron 39 casos de rotura uterina (0.03%), 97.4% se vinculó con antecedentes de cirugía uterina, 87% con cesárea segmentaria, 8% con cesárea corporal y vertical baja, y 5% con legrados uterinos, sólo hubo un caso de paciente primigesta sin antecedentes quirúrgicos.

Otros factores de riesgo relacionados son: malformación uterina, embarazo molar previo, antecedente de acretismo, parto instrumentado previo, hiperestimulación uterina (misoprostol, dinoprostona, oxitocina), macrosomía y polihidramnios,^{3,4,6} este último fue el único factor de riesgo en el caso clínico referido.

En una revisión de 14 años se estudiaron la morbilidad y mortalidad materna asociadas con los casos de rotura uterina (aproximadamente 150,000 nacimientos), se reportaron 53 casos de rotura uterina con complicaciones asociadas: hemorragia obstétrica en 60% de los casos, histerectomía obstétrica en 33.5%, y necesidad de transfusión sanguínea en 58.3%. La cantidad de unidades transfundidas fue de entre 2 y 11, con promedio de 3.⁴

Respecto a la resolución perinatal, múltiples estudios coinciden en que la tasa de mortalidad es mayor para el feto que para la madre. Chauhan⁷ revisó 53 estudios relacionados con rotura uterina y reportó una tasa de mortalidad neonatal de 0.4 por cada 1,000. Otros estudios reportan de 18.5 a 26.9% de muertes neonatales vinculadas con rotura uterina⁴ y un OR de 17.2 (95% CI 7.3-38.7) para muerte neonatal relacionada con la misma complicación.²

En la bibliografía mexicana de los últimos 10 años no se encuentran reportes relacionados con rotura uterina.

POLIHIDRAMNIOS

El volumen de líquido amniótico aumenta gradualmente hasta la mitad del tercer trimestre y después disminuye en casi todas las pacientes. El volumen promedio de líquido amniótico es de 500 mL en la semana 18, 1,000 mL en la 34 y entre 800 y 900 mL en la 40.

La medición del volumen del líquido amniótico se basa en criterios subjetivos y semicuantitativos. Un método indica medir la acumulación máxima de líquido en sentido vertical y se consideran normales entre 2 y 8 cm; y otro (índice de líquido amniótico) aconseja sumar la acumulación de líquido en los cuatro cuadrantes por medio de la técnica de Pheelan, que consiste en dividir el vientre materno en cuatro cuadrantes a partir de la línea umbilical y numerarlos del 1 al 4. Por medio ecográfico se mide el diámetro de los bolsillos de líquido más grandes de cada cuadrante y se suman para obtener el índice. A partir de 24 cm se considera que hay polihidramnios.⁸

El polihidramnios complica de 0.13 a 3.5% de los embarazos y, por lo general, aumenta lentamente, pero en raras ocasiones es agudo (1 a 2 semanas).⁸⁻¹⁰ En dos estudios con 649 pacientes con polihidramnios se concluyó que las complicaciones asociadas con mayor frecuencia son: incremento en la tasa de cesáreas (47%), restricción del crecimiento intrauterino (3.8%), *abruptio placentae* (4.7%) y malformaciones fetales (8.4%).⁹⁻¹⁰

POLIHIDRAMNIOS Y ROTURA UTERINA

Ofir y su grupo⁴ estudiaron la relación entre las alteraciones de la cantidad de líquido amniótico y la rotura uterina, compararon 53 casos de rotura uterina con y sin cicatriz previa y encontraron oligohidramnios en 7.7% y polihidramnios en 11.5% de los casos con cicatriz previa, pero ninguna de las dos condiciones se encontró en úteros sin cicatriz previa. No se encontraron más reportes o artículos que relacionaran el polihidramnios con rotura uterina en ausencia de otros factores de riesgo.

DETECCIÓN OPORTUNA

Es posible detectar el adelgazamiento de la pared uterina mediante ultrasonido. Deirdre¹¹ midió el espesor del segmento uterino en 102 mujeres con antecedente de cesárea, con embarazos de 36 a 38 semanas. Determinó que con el punto de corte de 1.5 mm se obtenía 89% de sensibilidad y 60% de especificidad para detectar rotura incompleta (serosa sin afectación) con los siguientes valores predictivos: positivo de 32% y negativo de 96%.

CONCLUSIÓN

Por ser una complicación que puede conducir a la muerte, el obstetra debe sospechar la eventualidad de manera temprana al tener en cuenta los factores de riesgo concomitantes, con el fin de brindar seguimiento adecuado e intervención oportuna.

A partir de la experiencia reportada, se sugiere considerar la posibilidad de rotura uterina en embarazos con polihidramnios, aun sin otros factores de riesgo.

ROTURA O RUPTURA

Ruptura: acción y efecto de romper o romperse; rompimiento de relaciones entre las personas.

Rotura: acción y efecto de romper o romperse; raja o quiebra de un cuerpo sólido.

Ambos términos refieren la acción y efecto de romper. En el caso de ruptura, varios diccionarios la reservan para las desavenencias entre personas o instituciones; rotura se usa para cualquier otro tipo de rompimiento.

Reproducido de: Llaca V, Fernández A. Obstetricia clínica. 1ª ed. México: McGraw Hill Interamericana, 2003;pp:512-3.

www.rae.es

REFERENCIAS

1. Normas y procedimientos de ginecología y obstetricia. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, 2003.
2. Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: risk factors and pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol 2003;189:1042-6.
3. Toppenberg K, Slock W. Uterine rupture: what family physicians need to know. Am Fam Physician 2002;66:823-8.
4. Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: differences between a scared and an unscarred uterus. Am J Obstet Gynecol 2004;191:425-9.
5. Kieser K, Saskett T. A 10-year population-based study of uterine rupture. Obstet Gynecol 2002;100:749-53.
6. Díaz S, Jones J, Seryakov M, Mann W. Uterine rupture and dehiscence: ten year review and case-control study. South Med J 2002;95(4):431-5.
7. Chauhan S, Martin J, Henrichs C, Morrison J, Magann E. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: review of the literature. Am J Obstet Gynecol 2003;189:408-17.
8. Sauerbrei E, Nguyen K, Nolan R. Ultrasonido en ginecología y obstetricia. 2ª ed. Ontario: McGraw Hill Interamericana, 2001.
9. Siggio J, Wenstrom K, Dubard M, Cliver S. Hydramnios prediction of adverse perinatal outcome. Obstet Gynecol 1999;94:773-7.
10. Kuang Chao C. Perinatal outcomes of polyhydramnios without associated congenital fetal anomalies after gestational age of 20 weeks. Chang Gung Med J 2005;28:222-8.
11. Deirdre JM. Uterine rupture. Curr Opin Obstet Gynecol 2006;18:135-40.

Sociedad Internacional de Menopausia

12 Congreso Mundial de Menopausia

19 al 23 de mayo del 2008

Madrid, España

www.imsmadrid2008.com