

Prolapso transvaginal de omento como signo de rotura uterina

Omentum Transvaginal Prolapse as a Sign of Uterine Rupture

MSc. Dra. Viviana de la Caridad Sáez Cantero

Hospital General Docente "Enrique Cabrera". La Habana Cuba.

RESUMEN

La rotura uterina es un evento obstétrico adverso poco común, causante de elevada morbilidad y mortalidad materno-fetal, cuya principal etiología es la dehiscencia de la cicatriz uterina previa. Excepcionalmente la rotura uterina pasa inadvertida y su diagnóstico se realiza tiempo después de sucedida, como es el caso que se presenta; de una mujer, en la cual se diagnosticó el prolapso transvaginal de omento meses después de un parto vaginal sin complicaciones. En la revisión de la literatura no se encontró el reporte de casos similares, de ahí el interés científico de su presentación.

Palabras clave: Rotura uterina, prolapso vaginal de omento, rotura uterina de diagnóstico tardío.

ABSTRACT

Uterine rupture is a rare adverse obstetric event, causing high morbidity and maternal and fetal mortality. Its main etiology is dehiscence of the previous uterine scar. Exceptionally uterine rupture goes unnoticed and its diagnosis is performed long after it occurs, as is the case presented here, a woman, in which the omentum transvaginal prolapse was diagnosed months after an uncomplicated vaginal delivery. In reviewing the literature, no similar cases reporting was found, hence the scientific interest in the presentation.

Keywords: uterine rupture, omentum vaginal prolapse, late diagnosis of uterine rupture.

INTRODUCCIÓN

La rotura uterina, definida como la pérdida de integridad de la pared en el útero grávido, es un accidente obstétrico catastrófico poco frecuente, generalmente asociado a una elevada morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Su incidencia varía de 0,02 a 0,08 %¹ en países desarrollados, y entre los factores predisponentes se encuentra la presencia de cicatriz uterina previa, el parto espontáneo rápido, la estimulación excesiva con oxitocina, la multiparidad con desproporción céfalo-pélvica, la situación transversa no reconocida y el acretismo placentario.²

Cuando la rotura uterina es completa, se acompaña de expulsión del feto hacia la cavidad abdominal y un cuadro clínico caracterizado por el *shock* hipovolémico y la muerte fetal, requiriendo intervención médica quirúrgica emergente.¹

Pocas veces, la rotura uterina cursa asintomática o con síntomas menores, y se diagnostica tiempo después de su ocurrencia. En este artículo se presenta el caso singular de una mujer secundípara, en la cual se diagnosticó el prolapso de omento en vagina, 3 meses después de un parto vaginal espontáneo, considerando que será de interés científico y utilidad para los especialistas dedicados a la atención de la mujer.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 24 años de edad, G2P2, con antecedentes de parto eutócico 3 meses antes, sin complicaciones inmediatas aparentes, que acude a la maternidad del hospital provincial de Zaire, Angola, refiriendo una masa rojiza que sale por vagina y dolor en bajo vientre cuando tironea de esta al asearse. La paciente negó fiebre, secreción vaginal u otros síntomas en los días que siguieron al parto. El examen físico general y por sistemas fue normal. Al examen de abdomen, este era plano, suave, depresible, sin masas tumorales o dolor. Al examen ginecológico se observó una masa carnosa, irregular, de 10 cm de longitud, sin sangrado activo, pero que al movilizarla producía intenso dolor hipogástrico, por lo cual se sospechó la naturaleza epiplólica de la masa referida ([Fig. 1](#)). Se realizaron investigaciones de laboratorio de urgencia, las cuales se encontraron dentro de límites normales. El ultrasonido abdominal no reportó alteraciones, y el ginecológico informó útero y anejos dentro de límites normales y la presencia de una masa compleja al nivel del fondo uterino sugiriéndose otras investigaciones para descartar un plastrón pélvico.



Fig. 1. Omento prolapsado por la vagina.

Ante las evidencias anteriores se decidió exploración bajo anestesia. El examen con espéculo reveló que la masa protruía a través del orificio cervical externo y, al tirar gentilmente de esta, se identificó un tejido parecido a omento normal. Se procedió a realizar una laparotomía exploradora, durante esta se visualizó el útero de tamaño normal, con una apertura de aproximadamente 2 cm, al nivel del fondo y cerca del cuerno izquierdo, a través de la cual el omento penetraba en la cavidad uterina hasta alcanzar la vagina y la vulva ([Fig. 2](#)).

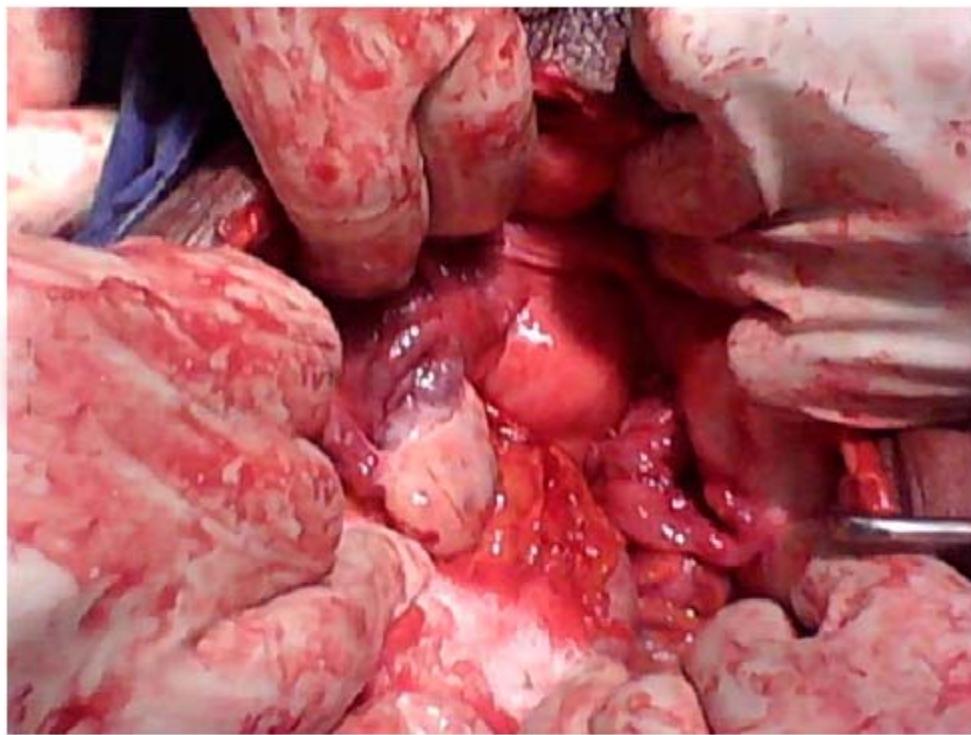


Fig. 2. Omento penetrando en la cavidad uterina.

Se pinzó, cortó y ligó el omento al nivel de su entrada en la cavidad uterina, con una trasfixión de catgut crómico 0 y el resto de este se extrajo por vagina. Después se avivaron los bordes de la apertura en útero y se realizó histerorrafia en 2 planos con vicryl 0 ([Fig. 3](#)). Se comprobó el buen estado de trompas y ovarios, y la pared abdominal se cerró por planos. El posoperatorio transcurrió sin complicaciones y la paciente fue egresada a los 7 días, luego de cumplir esquema de antibióticos de amplio espectro.



Fig. 3. Sutura de la rotura uterina.

DISCUSIÓN

No se encontró reportes documentados de prolapsos de omento diagnosticados meses después de un parto vaginal sin complicaciones. Un caso de prolapo de omento siguiendo al tercer periodo del parto fue publicado por *Guasch et al*,³ en una parturienta con el antecedente de tres legrados y posiblemente una perforación uterina antigua.

La rotura uterina es la complicación más frecuente y grave del parto vaginal después de una cesárea, con una incidencia de aproximadamente 0,7 %⁴ la cual es mayor en el primer parto después de cesárea, con disminución del riesgo en los partos subsecuentes;^{5,6} sin embargo, la herniación vaginal de vísceras abdominales en estos casos, es poco común.

Asavari y Juzer,⁶ reportaron el prolapo de omento después de una cesárea complicada con extensión de la histerotomía hacia el segmento inferior y los autores postulan que, debido a las suturas hemostáticas, se produjo necrosis de la herida con adhesión, seguida por herniación del omento.

Un caso similar fue asistido por *Mwenda*,⁷ cuando después de un parto con distocia de hombros, se notó el epiplón prolapsado en la vagina después del alumbramiento.

La rotura uterina, sin cicatriz previa, es extremadamente poco frecuente, se estima que ocurre en 1 de cada 8 000 a 15 000 partos.⁸ En nuestro caso, no existía el antecedente de ningún proceder uterino invasivo, como legrados u operaciones previas, pero se desconocen las circunstancias en las cuales se produjo el parto, no pudiendo descartar del todo la utilización de maniobra de presión fúndica para acortar el periodo expulsivo, conocida como maniobra de *Kristeller* y que es frecuentemente utilizada en este medio, pudiendo acarrear complicaciones maternas y/o fetales como embolismo de líquido amniótico, desgarros perineales, fracturas fetales, daño cerebral y rotura uterina,⁹ esta última se ha descrito, asociada a la maniobra, incluso sin la presencia de una cicatriz uterina previa.¹⁰

La singularidad de este caso radica en la forma de presentación, como un prolapsode omento en la vagina, diagnosticado meses después de un parto vaginal sin complicaciones, aunque las circunstancias que rodean su diagnóstico hacen plantear la práctica de una maniobra de presión fúndica, la cual debe ser abolida de la práctica obstétrica por su ineficacia y peligrosidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ProSEGO: "Rotura uterina, 2013". [Citado 4/10/2013]. Disponible en: http://www.prosego.com/docs/protocolos/Rotura_uterina.pdf
2. Martínez-Garza PA, Alessio Robles-Landa LP, Roca- Cabrera M, Visag-Castillo VJ, Reyes-Espeje L etGarcía-Vivanco D. Rotura uterina espontánea: reporte de dos casos. Cir Cir 2012;80:81-5.
3. Guasch E, Millan MJ, Gilsanz F, González A. Omentum trough the vulva as first sign of uterine rupture. Anesth. Analg. 2004; 99:1871-82.
4. Smith JG, Mertz HL, Merrill DC. Identifying risk factors for uterine rupture. Clin Perinatol 2008; 35:85-99.
5. Holmgren CM: Uterine rupture associated with VBAC. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2012, 55(4):978–987.
6. Asavari Ashok Bachhav, Juzer Ibrahim Fidvi. "Post caesarian vaginal omental prolapse: a rare case report". Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences 2013; 2(47): 9230-2.
7. Mwenda AS. 4th stage transvaginal omental herniation during VBAC complicated by shoulder dystocia: a unique presentation of uterine rupture. BMC pregnancy and childbirth. 2013 [Citado 4/10/2013]; 13: 76. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/76>.
8. Pan HS, Huang LW, Hwang JL, et al. Uterine rupture in an unscarred uterus after application of fundal pressure. A case report. J Reprod Med. 2002; 47:1044-6.

9. Peyman A, Shishegar F, Abbasi Z. Uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor in Iran. A randomized controlled trial. J Basic Appl Sci Res. 2011; 1:1930-3.

10. Kurdoglu M, Kolusari A, Yildizhan R, Adali E, Sahin HG. Delayed diagnosis of an atypical rupture of an unscarred uterus due to assisted fundal pressure: a case report. Cases J. 2009; 2:7966.

Recibido: 16 de febrero de 2015.

Aprobado: 23 de marzo de 2015.

MSc. Dra. Viviana de la Caridad Sáez Cantero . Hospital General Docente "Enrique Cabrera". Calzada de Aldabó No. 11114, Altahabana. Boyeros. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: vamaya@infomed.sld.cu