

ROTURA UTERINA ESPONTÁNEA SIN TRABAJO DE PARTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Paula Cebolla Gil¹ / Dra. Nuria Abril Utrillas¹ / Dra. Ana Sanz Arenal² / Dra. Rebeca Herrero Serrano¹

¹ Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Alcañiz. Teruel

RESUMEN

En pacientes con cesárea anterior, la rotura uterina espontánea sin trabajo de parto es un evento poco frecuente. Presentamos el caso de una paciente de 28 años, con antecedente de cesárea en semana 24, gestante actualmente de 36 +4 semanas que presentó dolor abdominal brusco y registro fetal no tranquilizador. Se realizó una cesárea urgente objetivando la rotura completa de la cicatriz uterina previa. Los factores de riesgo menores deben ser tenidos en cuenta para establecer una sospecha diagnóstica, dado la elevada morbilidad asociada.

PALABRAS CLAVE

Rotura uterina, Parto vaginal tras cesárea, Espontáneo

ABSTRACT

In cesarean section patients, a spontaneous uterine rupture is a rare event. A 28-year-old patient, with a history of caesarean section at 24 weeks, currently pregnant at 36 +4 weeks, who presented sudden abdominal pain and a non-reassuring fetal record. An urgent caesarean section was performed, finding a complete uterine rupture. Risk factors must be taken into account to establish a diagnostic suspicion, given the high associated morbidity and mortality.

KEYWORDS

Uterine rupture; Vaginal Births after cesarean; Spontaneous

Notas Clínicas

INTRODUCCIÓN

El parto mediante cesárea es cada vez más frecuente tanto en países desarrollados como en países en desarrollo¹. Aunque el útero tiene un mayor riesgo de rotura en una mujer que ha tenido una cesárea, la mayoría de las veces el parto vaginal es posible, siendo seguro tanto para la madre como para el feto².

La rotura uterina es una complicación grave que pone en peligro la vida de madre y feto y que precisa de asistencia especializada urgente². La mayoría de las roturas uterinas tienen lugar en pacientes en trabajo de parto con antecedente de cicatriz uterina previa, frecuentemente producida por una cesárea anterior³.

En el caso presentado a continuación se documenta una rotura uterina sin trabajo de parto previo.

La coordinación entre los diferentes servicios de asistencia (obstetras, anestesiólogos y neonatólogos) es fundamental para la resolución del caso con las menores complicaciones posibles.

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años, gestante de 36+4 semanas, que acude a urgencias del hospital Obispo Polanco con clínica de dolor agudo, de aparición brusca, sin otra clínica acompañante. Aporta seguimiento de la gestación en otra comunidad autónoma, con curso gestacional normal.

Antecedente en agosto de 2021 de cesárea transversa en semana 24 de gestación por infección covid19 grave que precisó de intubación materna y estancia en UCI en otro hospital.

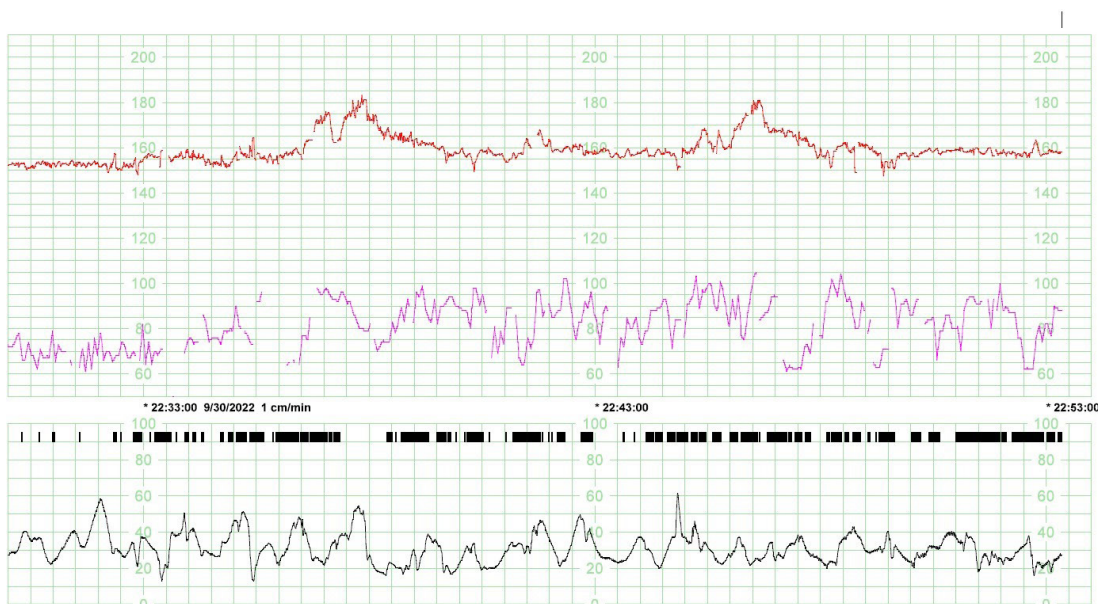
La paciente a su llegada se encuentra apirética, frecuencia cardiaca dentro de la normalidad y tensión arterial en el límite alto de la normalidad (138/88). Presenta dolor abdominal a la palpación con defensa abdominal y en la exploración vaginal no se objetivan sangrado vaginal ni modificaciones cervicales al tacto vaginal.

Se realizó una ecografía obstétrica al ingreso objetivando presentación cefálica, líquido amniótico subjetivamente disminuido y placenta normoinserta en cara posterior uterina. En el registro cardiotocográfico se observa la línea basal de frecuencia cardiaca fetal (FCF) en el límite alto de la normalidad, con poca variabilidad y taquisistolia que no cede con bolo intravenoso de tocolítico (Fig. 1).

La analítica urgente solicitada al ingreso muestra una leucocitosis de 19.500 con desviación izquierda, hemoglobina de 12,9 g/dl, hematocrito de 38,4%, 304.000 plaquetas y coagulación normal.

Ante la persistencia de dolor abdominal, registro cardiotocográfico no tranquilizador y dinámica uterina sin trabajo de parto en paciente con cesárea anterior hace 13 meses, se decide realización de cesárea urgente.

Fig. 1. Registro cardiotocográfico fetal.



Notas Clínicas

En el curso de la cesárea se evidencia edema llamativo en tejido celular subcutáneo, marcada fibrosis secundaria a la cirugía previa, abundante líquido peritoneal y rotura uterina completa de 5 centímetros a nivel de la histerorrafia transversa previa, localizada a nivel corporal (Fig. 2). Se realiza nueva histerorrafia segmentaria transversa con extracción fetal sin complicaciones: feto varón, 3400 gramos, test de Apgar 5/9/10 y pH de cordón arterial 6,97 con acidosis mixta.

La rotura uterina no comprometió grandes vasos maternos ni fetales ya que la placenta era de localización en cara posterior uterina. La reparación se hizo en sutura monocapa tanto en la histerorrafia como en la rotura uterina. El sangrado estimado fue de 900 ml.

El postoperatorio inmediato cursó sin complicaciones, con resolución de la acidosis neonatal una hora tras el nacimiento y una hemoglobina postparto materna de 10,9 g/dl.

DISCUSIÓN

La mayoría de las roturas uterinas tienen lugar en pacientes en trabajo de parto con antecedente de cicatriz uterina previa, frecuentemente producida por una cesárea anterior³.

Otros factores de riesgo mayores son: antecedente de rotura uterina⁴, antecedente de histerotomía fúndica o corporal vertical e inducción del parto con misoprostol (en pacientes con antecedente de cesárea)⁵.

Son factores de riesgo menores la edad materna avanzada, edad gestacional mayor de 40 semanas, peso al nacimiento mayor de 4.000 gramos, intervalo intergenésico menor de 18 meses tras cesárea anterior, más de una cicatriz uterina previa y el antecedente de realización de cesárea previa durante el segundo trimestre de la gestación (hasta semana 28)⁶.

Nuestra paciente presentaba 2 factores menores y uno mayor: una cesárea anterior hace 13 meses realizada en el segundo trimestre del embarazo (semana 24), motivo por el que la rotura hallada se encontraba en cuerpo uterino y no en segmento (el segmento uterino se desarrolla en el tercer trimestre).

Lannon et al realizó un estudio en 2015 que apoya la importancia de la edad gestacional a la

que se realiza la cesárea previa⁷. Lo más llamativo de nuestro caso fue la ausencia de trabajo de parto en el momento de la rotura, documentado también en otros trabajos⁸.

Las manifestaciones clínicas de la rotura uterina son la aparición de dolor abdominal de inicio brusco, monitor cardiotocográfico fetal no tranquilizador, cambios en el patrón de las contracciones, sangrado vaginal, hematuria e inestabilidad hemodinámica por shock hipovolémico^{9,10}.

El dolor abdominal de inicio agudo puede encontrarse enmascarado en caso de producirse intraparto con la paciente bajo analgesia neuroaxial⁹. No existe un patrón patognomónico de rotura uterina en el registro fetal ni en el de dinámica uterina. El hallazgo más frecuente es la presencia de una bradicardia que puede ser de aparición brusca o precedida de deceleraciones y un cambio brusco en el patrón de contracciones¹⁰.

Nuestra paciente presentó los 3 primeros síntomas mencionados: el dolor abdominal, el registro cardiotocográfico no tranquilizador y el patrón de dinámica uterina anómalo sin trabajo de parto.

El diagnóstico se realiza únicamente bajo visión directa en laparotomía. Ante los síntomas y signos de sospecha observados, el manejo debe ser multidisciplinar y coordinado con el equipo de Anestesia y Neonatología.

El primer paso debe ser siempre la estabilización de la paciente asegurando la correcta fluidoterapia y reposición de hemoderivados. El abordaje quirúrgico debe tener en cuenta la posibilidad de encontrar hallazgos inesperados. La elección de la incisión quirúrgica (laparotomía vs Pfannestiel) depende del fenotipo de la paciente y de la elección del cirujano, ya que hay estudios que afirman que no hay diferencias en la resolución del cuadro clínico¹¹.

El manejo durante la laparotomía depende de la lesión encontrada tras la extracción fetal. La decisión de realizar una histerectomía es multifactorial, basada en el deseo de una futura gestación, la estabilidad hemodinámica durante la cirugía y la posibilidad de reparación y reconstrucción del útero en mono o bicapa¹².

Notas Clínicas

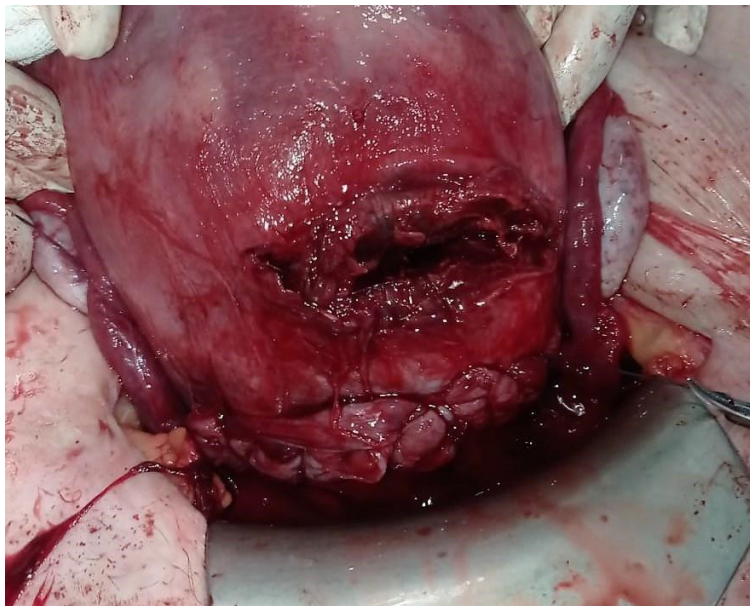


Fig. 2. Imagen intraoperatoria de la rotura uterina en la localización de la cicatriz de la cesárea previa.

El riesgo de recurrencia no está bien definido porque la mayoría de las publicaciones son pequeñas series de casos; según Thisted et al. se sitúa en torno al 40%. Este porcentaje es mayor cuando la rotura previa se sitúa en cuerpo o fondo uterino^{4,5,13}.

El manejo de siguientes gestaciones debe ser siempre mediante cesárea electiva que, según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, debería realizarse entre semana 36 y 37, aunque podría individualizarse si la rotura uterina tuvo lugar pretérmino^{13,14}.

Como conclusión, es necesario destacar la baja incidencia de rotura uterina sin trabajo de parto y la dificultad de su manejo. En antecedente de cesárea anterior en el segundo trimestre de la gestación como factor de riesgo debe tenerse en cuenta. El retraso en el diagnóstico puede llevar a graves complicaciones neonatales y maternas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J et al. on behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Resarcí Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Global Health* 2015;3(5):e260-70.
2. Parto vaginal tras cesárea. Protocolos Asistenciales en Obstetricia Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolo actualizado en junio de 2010.
3. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, et al. Intrapartum uterine ruptura and dehiscence in patients with prior lower uterine segment vertical and transverse incisiones. *Obstet Gynecol* 1999; 94:735.
4. Fox NS. Pregnancy outcomes in patients with prior uterine ruptura o dehiscence: A 5-year Update. *Obstet Gynecol* 2020; 135:211.
5. 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; 291:273.
6. Al-Zirqi I, Daltveit AK, Forsen L, et al. Risk factors for complete uterine ruptura. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 216:165.e1.
7. Lannon SM, Guthrie KA; Vanderhoeven JP,Gammil HS. Uterine rupture risk after periviable cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2015; 125:1095.
8. Ilunga-Mbaya E, Nyakio O, Maroyi R, et al.Spontaneous open book uterine ruptura at 15 weeks' gestation in a pauciparous woman with scarred uterus: a case study. *PanAfrican Medical Journal* 2020; 36:44.
9. Markou GA, Muray JM, Poncelet C. Risk factos and symptoms associated with maternal and neonatal complications in women with uterine rupture. A 16 years multicentric experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017; 217:126.
10. Desseauve D, Bonifaci-Grenouilleau M, Fritel X, et al. Fetal heart rate abnormalities associated with uterine ruptura: a case-control study: A new time-lapse approach using a standardized classification. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016; 197:16.
11. Wylie BJ, Gilbert S, Landon MB, et al. Comparison of transverse and vertical skin incisión for emegency cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2010; 115:1134.
12. Kapoor DS, Sharma SD, Alfirevic Z. Management of unscarred ruptured uterus. *J Perinat Med* 2003; 31:337.
13. Thisted DLA, Rasmussen SC, Krebs L. Outcome of subsequent pregnancies in women with complete uterine ruptura: A population-based case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2022; 101:506.
14. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2019; 133:e110.