

Reporte de caso: ruptura uterina durante trabajo de parto, en útero sin cicatriz previa

Juan Pablo Ballesteros-Trillos*
Nathalia Andrea Almeida-Arguello**

*Médico General UNAB. Clínica San Luis. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Bucaramanga. Santander. Colombia.

**Médica Ginecóloga y Obstetra UIS. Clínica San Luis. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Bucaramanga. Santander. Colombia.

Correspondencia: Dr. Juan Pablo Ballesteros Trillos. Diagonal 36 # 34 – 159. Gardena 36. Torre 1. Apto 1103. Floridablanca. Santander. Colombia. Teléfono: 304-3879556 Correo electrónico: drballesta33@gmail.com

Resumen

La ruptura uterina es una complicación obstétrica poco frecuente con una alta morbilidad y mortalidad materna e infantil. El diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato son factores pronósticos importantes tanto para la madre como para el feto. Se presenta el caso de una paciente multigestante, con alto riesgo por diabetes gestacional compensada y déficit de proteína S sin manejo, con embarazo a término y adecuado control prenatal, que ingresa hemodinámicamente estable, con cambios cervicales iniciales, feto en presentación longitudinal, cefálico con monitoreo fetal categoría ACOG 1 para conducción del trabajo de parto, y presenta ruptura uterina espontánea, dando lugar a un hemoperitoneo materno y sufrimiento fetal agudo con posterior tratamiento quirúrgico de urgencia mediante una cesárea e histerectomía, por atonía uterina sin control del sangrado con maniobras farmacológicas. Este caso es muy significativo por la falta de factores de riesgo y su presentación clínica atípica, tanto en síntomas y signos como en la ubicación de la ruptura. **MÉD. UIS.2021;34(1): 107-12.**

Palabras Clave: Ruptura uterina. Trabajo de Parto. Sufrimiento Fetal. Hemorragia Uterina. Histerectomía.

Case review: uterine rupture during labor, in uterus without previous scar

Abstract

Uterine rupture is a rare obstetric complication with high maternal and infant morbidity and mortality. Early diagnosis and immediate treatment are important prognostic factors for both mother and fetus. The study presents the case of a multigravida patient, with high risk for compensated gestational diabetes, and uncontrolled protein S deficiency. The patient, who was full-term and had adequate prenatal control, was admitted hemodynamically stable, with initial cervical changes, fetus in longitudinal presentation, and cephalic with monitoring category ACOG 1. The patient spontaneous uterine rupture, which leads to maternal hemoperitoneum and acute fetal distress. Cesarean section and hysterectomy were performed as emergency surgical treatments due to uterine atony without bleeding control with pharmacological maneuvers. This case is great significance due to the lack of risk factors and the atypical clinical presentation, evidenced in the signs and symptoms and the rupture's location. **MÉD. UIS.2021;34(1): 107-12.**

Keywords: Uterine rupture. Labor. Fetal Distress. Uterine bleeding. Hysterectomy.

¿Cómo citar este artículo? Ballesteros-Trillos JP, Almeida-Arguello NA. Reporte de caso: ruptura uterina durante trabajo de parto, en útero sin cicatriz previa. MÉD.UIS.2021;34(1):107-12. doi: 10.18273/revmed.v34n1-2021011

Introducción

La ruptura uterina es una de las complicaciones obstétricas más graves debido a su elevada morbilidad y mortalidad (5% en países desarrollados – 50% en países en desarrollo) materna y fetal (14-100%)^{1,2}. Por fortuna, se trata de una complicación poco frecuente, con incidencia de 5,3 en 10.000 partos en el mundo y 3 en 10.000 en los países desarrollados¹. Su riesgo se incrementa en pacientes con antecedente de cicatriz uterina previa^{3,3}.

En los países del tercer mundo (principalmente en África subsahariana), la incidencia es la más alta. Según algunos estudios, hay 2,25 por cada 1000 nacimientos, puede superar el 3% en algunas regiones^{4,5}.

En Colombia no se conoce la prevalencia exacta de la ruptura uterina en pacientes sin antecedentes quirúrgicos que comprometan el útero o útero sano. Todos los reportes de casos publicados acerca de ruptura uterina, tienen alteración del órgano, sea por algún procedimiento quirúrgico o alguna patología que lo comprometa (alteraciones placenta, uterinas).

El Dr. Alberto Duarte et al. realizaron un estudio de rupturas uterinas ocurridas entre 1960-1971 en el Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Cúcuta, encontrando 34 casos, y resumen una incidencia no depurada de 1 caso por cada 767 partos, y una incidencia depurada de 1 caso por cada 1535. Además, encuentran que un 32% de los casos tienen antecedente de cesárea⁶. El resto de bibliografía documenta casos precisos de ruptura uterina, pero muy pocos en úteros sanos.

La ruptura uterina (RU) sin cicatriz previa es un evento raro en los países desarrollados, la tasa fue de 1 por cada 8.434 embarazos (0,012%)⁶. En la serie propuesta por Zwart⁷, la relación encontrada fue de 5,9/10.000 embarazos. El 87% de ellas tenía cicatrices uterinas y las tasas de incidencia fueron de 5,1 y 0,8 por cada 10.000 mujeres con o sin cicatrices uterinas, respectivamente.

La RU se define como la ruptura de la pared uterina que se produce durante el embarazo o el parto, y no incluye la perforación uterina que se produce durante procedimientos quirúrgicos como el legrado o la histeroscopia^{7,8}.

Existen dos entidades, la ruptura incompleta la cual es una ruptura segmentaria que conserva el peritoneo visceral y las membranas ovulares pueden estar íntegras o rotas. No suele estar asociada con complicaciones materno-fetales y la mayoría de veces se trata de un hallazgo durante el curso de la cesárea⁶, y la ruptura completa que es el desgarro hemorrágico de la pared uterina, de bordes irregulares y de dirección incierta. La interrupción de la continuidad involucra la membrana ovular, el miometrio y el peritoneo. A menudo se acompaña de hemorragia materna y complicaciones fetales graves. Su ubicación más común es el segmento inferior, puede ocurrir en un útero sano o con cicatrices previas^{9,10}. En la actual revisión sólo se caracterizan los casos encontrados de esta variedad por ser la de mayor morbilidad y mortalidad materno-fetal.

La causa de la RU se proporciona porque el tejido muscular uterino puede mostrar algún tipo de fatiga, lo que lo hace propenso a las laceraciones. La causa decisiva de la rotura uterina es la contracción uterina, si la contracción uterina es demasiado grande y continua, la contracción uterina puede vencer la resistencia del segmento inferior y luego dejar escapar el producto¹¹.

Los factores de riesgo para la RU sin cicatrices incluyen una alta paridad (paridad media de 3,6), exposición a fármacos uterotónicos, anomalías uterinas, edad materna avanzada, distocia, macrosomía, gestación múltiple, placentación anormal (p. ej., placenta acreta, increta, o percreta), y posiblemente intervalo de interparto corto o cerclaje previo. La presencia de varios factores de riesgo probablemente aumenta el riesgo de ruptura^{11,12}.

Se han observado síntomas y signos capitales de la RU, algunos de estos son, inquietud de la paciente,

taquicardia y ansiedad, alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, inicialmente desaceleraciones variables o tardías^{13,14}, siendo la bradicardia es la más común, aunque no hay un patrón específico en la alteración de la FCF en la rotura uterina¹⁵. El dolor abdominal puede presentarse como molestias generalizadas sobre el abdomen o sobre la zona suprainfisiaria¹⁶, no siempre se observa el característico dolor en “puñalada” y puede no tener una condición tan severa o una localización tan precisa que sugiera claramente la RU¹⁷. Puede evidenciarse ascenso en la presentación fetal y partes fetales fácilmente notorio por la expulsión del feto a la cavidad abdominal¹⁸. Los cambios en la actividad uterina de forma inicial son aumento en la intensidad y posteriormente, se puede observar disminución evidente o cese de esta¹⁹. Otros síntomas son hemorragia vaginal, trastornos hemodinámicos maternos y shock^{13,17}. Los síntomas de una rotura incompleta dependerán de la ubicación y extensión del defecto uterino. Suelen ser menos violentos que el reposo completo²⁰.

En cuanto a las complicaciones maternas la hemorragia postparto y la histerectomía fueron las principales, observando una disminución en la presentación durante las últimas décadas, de 1967 a 2008 la hemorragia postparto disminuyó en un 27% y la histerectomía en un 24%²¹. Los resultados adversos perinatales evidenciados son las muertes intraparto y neonatales, la encefalopatía posthipóxica y los ingresos a unidad de cuidado intensivo, encontrando una disminución de las muertes fetales y neonatales en un 40% en la última década y un aumento en la encefalopatía posthipóxica (7%) e ingresos a la unidad de cuidado intensivo (24%)²⁰. Esto puede relacionarse con mejoras en el manejo obstétrico agudo de las rupturas uterinas, la monitorización fetal, el tiempo de terminación de gestación menor a 20 min y la reanimación neonatal^{22,23}.

A continuación, presentamos la descripción de un caso de una ruptura uterina evidenciada a posteriori en una gestante en trabajo de parto, en un útero sin cicatriz previa durante la realización de cesárea por estado fetal no satisfactorio, que finalmente requirió histerectomía por atonía uterina que no respondió al tratamiento conservador.

Presentación del caso

Se trata de una paciente de 30 años, G7P2A4 con embarazo de 37,1 semanas por FUM concordante

con ecografía de I trimestre, con antecedente de diabetes gestacional controlada y manejada con dieta y déficit de proteína S sin tratamiento diagnosticada en el último trimestre, además de dos legrados obstétricos (primero hace 7 años y el segundo hace 4 años) como consecuencia de los abortos. Consulta por dolor pélvico tipo contracción y al ingreso se encuentra cérvix dilatado en 4cm y borrado 70% con membranas íntegras y estación -2, por lo cual hospitalizan para conducción del trabajo de parto.

En sala de partos (09:00 horas), se inicia conducción del trabajo de parto con oxitocina, a 3mUI min en bomba de infusión. La paciente durante el tiempo de estancia refiere dolor en hipocondrio derecho y en epigastrio que se irradia en banda a región lumbar derecha, con signos vitales normales, y se interpreta como dolor secundario a actividad uterina (Ver Figura 1)

Posteriormente, se realiza ruptura artificial de membranas (15:00 horas), obteniendo líquido amniótico con meconio grado II, monitoría fetal con actividad uterina regular (4 contracciones en 10 minutos de 30 segundos de duración de buena intensidad) y patrón sinusoidal de la frecuencia cardíaca fetal, sin progresión de cambios cervicales, razón por la que se decide terminar gestación por cesárea (Ver Figura 2).

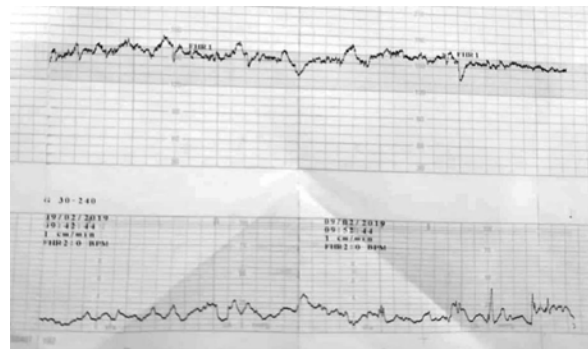


Figura 1. Monitoría fetal al ingreso a sala de partos.

Fuente: autores

Durante el procedimiento quirúrgico, al realizar apertura de cavidad abdominal se evidencia hemoperitoneo, y se realiza drenaje de este e histerorrafia segmentaria tipo Kerr, sin alteraciones en el segmento uterino, se obtiene recién nacido y se realiza exteriorización de útero, observando ruptura uterina completa en el fondo hacia cuerno izquierdo de 4 cm de longitud con sangrado activo. Se procede a realizar histerorrafia en dos planos con

poligliconato monofilamentoso oo y corrección de la ruptura uterina en dos planos con el mismo material, evidenciándose adecuada hemostasia (Ver Figura 3).

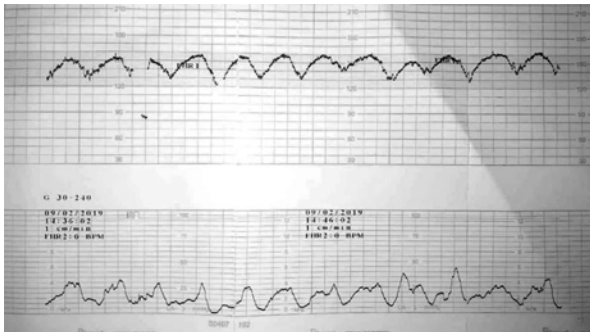


Figura 2: Monitoría fetal, por la cual se realiza ruptura de membranas, evidenciando líquido amniótico con meconio.

Fuente: autores



Figura 3: Ruptura uterina ubicada en fondo del útero.

Fuente: autores

Se drena el hemoperitoneo, de aproximadamente 2000 cc. Consecutivamente, al revisar la hemostasia y tono uterino se evidencia atonía, aproximadamente 10 min posterior a la extracción de recién nacido, por lo que se activa código rojo, según protocolo (Presión Arterial: 115/67 mmHg, Media: 83, Fc: 110 lpm, Fr: 18 rpm, Sat: 100%) se maneja con oxitocina, metilergometrina y misoprostol intrarrectal, asociado a masaje uterino in vivo, sin respuesta a tratamiento farmacológico, por lo que se procede a realizar histerectomía subtotal, sin complicaciones.

Se obtiene un neonato masculino con peso de 3120 g y talla 51 cm, con Apgar de 5-7/10, quien recibe reanimación neonatal, con pH de cordón de 6,8 y Silverman de 8, por lo cual es trasladado para continuar manejo en UCI neonatal.

Posteriormente, la paciente continúa manejo médico en la unidad de cuidados intensivos, donde se le transfunden 2 unidades de glóbulos rojos, por anemia moderada sintomática con hemoglobina 10.1 g/dl y hematocrito de 31, con posterior control de hemoglobina 8,3 g/dl y hematocrito de 26. Luego de 72 horas de evolución de puerperio hacia la mejoría, dan egreso hospitalario.

Discusión

La ruptura uterina es una solución de continuidad patológica de la pared uterina, y cuando esta es completa se trata de una complicación obstétrica grave, ya que presenta una alta morbilidad materna y/o fetal²⁴. La ruptura de un útero sano es muy rara, se puede encontrar en varias ubicaciones, aunque la más común es en el segmento inferior, sin embargo, la mayoría se producen en úteros que presentan una cicatriz previa, como una cesárea anterior. La incidencia de la ruptura de útero ha ido en aumento debido al incremento en la tasa de nacimientos por cesárea y de intentos de partos vaginales tras cesárea anterior. La rápida actuación ante la aparición de signos y síntomas que hagan sospechar una ruptura uterina es de vital importancia, por lo que identificar los factores de riesgo y el seguimiento del trabajo de parto es fundamental²⁴.

A pesar de que en los países menos desarrollados sigue siendo una de las causas más frecuentes de mortalidad materna, siendo sólo superada por las hemorragias del cuarto período. En los países más avanzados raramente, implica una muerte materna, esto se debe a la correcta realización del control de la gestación, así como del aumento de los recursos asistenciales²⁴.

La incidencia global de ruptura uterina durante la gestación es de 1 por 1514 (0,07%) y esta tasa se reduce en aquellos casos sin antecedentes de cirugía sobre la pared uterina a 1 por 7440 embarazos (0,013%)²⁵.

Se presenta un caso con importancia clínica, ya que la presentación es totalmente atípica, con una ubicación de la ruptura uterina poco frecuente en útero sano y sufrimiento fetal, razón por la que se realiza la terminación de la gestación, siendo la ruptura uterina evidente durante el procedimiento quirúrgico, con repercusión hemodinámica posterior a la extracción del recién nacido.

En este caso, una multigestante con útero sano, aunque con un antecedente importante de legrado obstétrico por aborto en dos ocasiones, en los que se podría sospechar una perforación mínima, dejando lesionado el útero, y con el incentivo de la actividad y la estimulación de la fibra muscular durante el trabajo de parto, más el uso de oxitocina, que pudo producir finalmente la ruptura completa, activa y longitudinal de ubicación fundo corporal, con efectos adversos esperados según la literatura, como la histerectomía, hemorragia materna, hipoxia y el ingreso a unidad de cuidados intensivos en el recién nacido. Sin embargo, no hay información por parte de la paciente de complicaciones en los procedimientos los cuales fueron realizados en instituciones de salud por personal altamente capacitado.

Revisando la literatura sobre esta complicación poco frecuente, la mayoría de casos reportados hablan sobre rupturas uterinas en úteros con procedimientos quirúrgicos previos, cesáreas en la mayoría de los casos y los otros con patologías placentarias, como acretismo, y rara vez sobre rupturas uterinas en úteros sanos. Es por esto que se hace importante la revisión de este caso, y también limita el análisis del mismo al no contar con literatura que permita comparar la presentación clínica ni los resultados adversos y complicaciones maternos y perinatales.

Para comenzar, los factores de riesgo para presentar ruptura uterina en un útero sano son: la multiparidad, anormalidades uterinas, edad materna avanzada, macrosomía, gestación múltiple, inserción placentaria anómala y periodo intergenésico corto. Si se detalla el caso, se trata de una paciente adulta joven con siete gestaciones, pero sólo dos partos vaginales sin complicaciones, sin alteraciones uterinas ni placentarias, con periodo intergenésico de tres años, con un feto de peso adecuado. Todo esto resultando en que poco se considere la aparición de la ruptura como complicación.

Por otro lado, las manifestaciones clínicas de la ruptura uterina van a depender del lugar de la misma, pues si esta se presenta en la parte posterior del útero con compromiso de los parametrios, la paciente debutará con sangrado vaginal escaso y discomfort pélvico y lumbar, pero si la ruptura compromete el cérvix, se presentará sangrado vaginal abundante. En este caso, la paciente presenta un dolor abdominal inespecífico, sin sangrado vaginal ni otro síntoma en que se pudiera sospechar esta patología, no presenta alteración hemodinámica en el momento

de decidir desembarazar por cesárea, bradicardia fetal (presenta patrón sinusoidal), ni pérdida de la estación fetal.

El manejo inicial debe ser siempre la extracción fetal por cesárea para disminuir la morbimortalidad perinatal y el control del sangrado materno, inicialmente corrigiendo la lesión, y si no es posible, se debe realizar una histerectomía, como ya se mencionó anteriormente. En el caso se intenta en primera instancia realizar la corrección de la lesión, lográndose suprimir de forma completa el sangrado, sin necesidad de histerectomía secundario a lesión anatómica. Posteriormente se produce una hemorragia obstétrica severa secundaria a la atonía uterina, la cual es manejada según los protocolos institucionales y las guías colombianas, de forma médica, con posterior manejo quirúrgico – histerectomía, por no control del sangrado ni lograr adecuado tono.

Es así, que se convierte este caso en uno de gran interés, tratándose de un útero sano, con una incidencia para ruptura menor al 1%, ubicación atípica de la lesión y sin un conjunto de síntomas que pudieran hacer sospecharla. Para concluir, resulta de suma importancia clasificar el riesgo de cada una de las gestantes durante su trabajo de parto, y revisar los antecedentes patológicos y quirúrgicos que pudieran influir como factores de riesgo para desarrollar esta complicación. Y aunque el riesgo es muy bajo en estas pacientes sin lesiones uterinas, no debe ser descartada, para tener un diagnóstico precoz y tomar medidas terapéuticas dentro de los tiempos establecidos en la literatura, y de esta forma, disminuir la morbimortalidad perinatal y materna.

Conclusiones

La ruptura uterina es una complicación poco frecuente en un útero con cicatriz previa y aun más en útero sano, y tal como está descrito en la literatura mundial, las consecuencias de esta complicación pueden comprometer la vida de la madre y del feto. Es importante tener en cuenta los factores de riesgo inherentes a cada paciente, el manejo asociado y llevar un monitoreo clínico materno y de bienestar fetal durante el trabajo de parto, con el fin de identificar precozmente las manifestaciones clínicas y paraclínicas de este evento, ya que al no ser una patología frecuente en los servicios obstétricos, puede llegar a ser olvidada y dejar de ser sospechada, principalmente en pacientes con pocos o sin factores

de riesgo y con síntomas y signos inespecíficos, destacando que el diagnóstico y manejo temprano son los únicos parámetros que han demostrado disminuir la morbilidad materno fetal.

Referencias bibliográficas

- García-Ildefonso JE, Molina-Vílchez R. Rotura uterina: frecuencia, factores de riesgo y conducta quirúrgica. *Gac Méd Caracas* [Internet]. 2001 [citado 24 Ene 2021];109(3):361-366. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622001000300009&lng=es.
- Hofmeyr GJ, Say L, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture. *BJOG*. 2005;mn112(9):1221-8.
- Kaboré C, Cahillet N, Kouanda S, Bujold E, Traoré M, Dumont A. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labour after previous caesarean section in sub-Saharan countries. *BJOG*. 2016;123(13):2147-2155.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [Internet]. Rotura uterina. c2013. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. c2015. [Citado 24 Ene 2021] Disponible en: <https://sego.es/>
- Kidantou HL, Mwampagatwa I, Van-Roosemalen J. Uterine rupture: a retrospective analysis of causes, complications and management outcomes at Muhimbili National Hospital in Dar es Salaam, Tanzania. *Tanzan J Health Res*. 2012;14(3):220-5.
- Duarte-Contreras A, Rolón-Duarte RD. Ruptura Uterina. A propósito de 34 historias clínicas del Hospital San Juan de Dios, Cúcuta. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol*. 1972;23(6):503-12.
- Nahum G. Uterine rupture in pregnancy: overview, rupture of the unscarred uterus, previous uterine myomectomy and uterine rupture [Internet]. *Medscape* [citado 4 Jun 2018]. Disponible en: <https://reference.medscape.com/article/275854-overview>
- Zwart JJ, Richters JM, Ory F, de Vries JI, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Uterine rupture in The Netherlands: a nationwide population-based cohort study. *BJOG*. 2009;116(8):1069-78.
- Parant O. Rupture utérine : prédiction, diagnostic et prise en charge [Uterine rupture: prediction, diagnosis and management]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2012;41(8):803-16.
- Tanos V, Toney ZA. Uterine scar rupture - Prediction, prevention, diagnosis, and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2019;59:115-31.
- Pérez-Adán M, Álvarez-Silvares E, García-Lavandeira S, Vilouta-Romero M, Doval-Conde JL. Roturas uterinas completas. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:716-26.
- Smith J, Wax J, Lockwood C, Barss V. Uterine rupture: unscarred uterus. [Internet]. UpToDate [cited March 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/uterine-rupture-unscarred-uterus>
- Dandapani M, Pflugner LP, Fanning NS. Uterine Rupture at Term in a Patient With Abdominal Cerclage. *Obstet Gynecol*. 2019;133(5):940-42.
- Manoharan M, Wuntakal R, Erskine K. Uterine rupture: a revisit. *Obstet Gynecol*. 2010;12(4):223-30.
- Muñoz Solano A, Merino Fernandez AI, Odriozola Feu JM, de Miguel Sesmero JR. Rotura uterina completa en el intento de parto vaginal en gestantes con cesarea anterior. *Prog Obstet Ginecol*. 2016;59(4):235-42.
- Practice Bulletin No. 184: Vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2017;130(5):217-33.
- Madar H, Brun S, Coatleven F, Chabanier P, Gomer H, Nithart A, et al. Embarazo y útero cicatricial. *EMC - Ginecología-Obstetricia*. 2017;53(1):1-16.
- Andonovová V, Hruban L, Gerychová R, Janků P, Ventruba P. Uterine rupture during pregnancy and delivery: risk factors, symptoms and maternal and neonatal outcomes - retrospective cohort. *Ceska Gynekol*. 2019;84(2):121-8.
- Dow M, Wax JR, Pinette MG, Blackstone J, Cartin A. Third-trimester uterine rupture without previous cesarean: A case series and review of the literature. *Am J Perinatol*. 2009;26(10):739-44.
- Vlemminx MW, de Lau H, Oei SG. Tocogram characteristics of uterine rupture: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet*. 2017;295(1):17-26.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Rotura uterina (actualizado julio 2013). *Prog. Obstet Ginecol*. 2015; 58(6):296-99.
- Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Forsén L, Daltveit AK, Vangen S. Uterine rupture: trends over 40 years. *BJOG*. 2016;123(5):780-7
- Al-Zirqi, Daltveit A, Vangen S. Infant outcome after complete uterine rupture. *American Journal of obstetrics and gynecology* 2018;219(1):109.e1-8.