

ROTURA UTERINA ESPONTÁNEA DEL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dr. Luis Felipe Nicot Vidal¹, Dr. William Domínguez Lorenzo², Dr Roberto Nicot Vidal³, Dra. Rafaela Domínguez Álvarez³, Dr Otto Ortega Ochoa³

RESUMEN

Se presenta un caso de rotura uterina espontánea del segundo trimestre del embarazo en una secundigesta nulípara de 22 años de edad y amenorrea no confiable de aproximadamente 22.5 semanas por ultrasonido y que presentaba el antecedente patológico de padecer de bocio simple e historia ginecológica de dos regulaciones menstruales recientes (una de ellas fallida). Acudió al cuerpo de guardia de urgencia de nuestro hospital refiriendo dolor en epigástrico de comienzo brusco con irradiación peri umbilical y miembros inferiores, acompañado de vómitos, falta de aire y fiebre elevada y escalofríos. Clínicamente y como dato positivo presentaba un abdomen con reacción peritoneal, una altura uterina de 22 cms y una tensión arterial de 90/40 mms de Hg. El ultrasonido de urgencia informa abundante líquido libre en cavidad peritoneal y embarazo de 22,5 semanas con feto con latidos bradicárdicos. Se interviene quirúrgicamente y se encuentra una gran rotura uterina del fondo y de la cual emerge un feto muerto. Anatomía patológica concluye como rotura uterina debida a placenta percreta.

Palabras claves: **ROTURA UTERINA. PLACENTA PERCRETA.**

¹ *Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente.*

² *Especialista de I Grado en Salud Pública. Instructor.*

³ *Especialista de I Grado en Ortopedia.*

³ *Especialista de I Grado en MGI.*

³ *Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.*

INTRODUCCIÓN.

Las roturas uterinas son la pérdida de la solución de continuidad de la pared uterina. De acuerdo a su clasificación etiológica, ellas pueden ser pasivas (por traumatismo), activas (por hiperdinamia) y espontáneas (por debilidad del miometrio). Estas últimas pueden presentarse por acretismo placentario, por multiparidad y por otras alteraciones ^{(1) (2)}.

Las roturas uterinas espontáneas se presentan debido a la existencia de un lugar, en el útero de una menor resistencia ante una contracción normal. Estas zonas de menor resistencia pueden deberse a la presencia de cicatrices, procesos degenerativos, por la presencia de tumoraciones, presencia de placentas adherentes y malformaciones congénitas genitales. Aquí, la solución de continuidad se encuentra en un lugar cualquiera del miometrio, allí donde la pared esté debilitada. En este tipo de rotura uterina no se presentan los signos de roturas amenazantes y generalmente son completas. La sintomatología es aguda con dolor abdominal y generales de hemorragia, anemia y shock hipovolémico. Su pronóstico es muy grave y su tratamiento será siempre quirúrgico ^{(1) (2) (3) (4) (5)}.

Las placentas percretas son el tipo más grave de las placentas adherentes. Son muy raras. Es cuando las vellosidades perforan el miometrio y alcanzan el peritoneo. Su etiología, al igual que las otras dos restantes (accreta e increta) se debe a una anormal penetración de las vellosidades coriales en el útero, debido a causas coriales u ovulares (persistencia de la capacidad invasora del trofoblasto) y a causas maternas.

Entre las causas maternas están los estados defectuosos de la decidua que no brinda elementos adecuados para la nutrición ovular, obligando a la placenta a buscar profundidad (endometritis crónica, miomas, gestaciones repetidas, alteraciones endocrinas, etc). Su complicación más frecuente y grave es la hemorragia y su único tratamiento es el quirúrgico. ^{(1) (2) (3) (4) (5)}

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Se trata del caso de la paciente mestiza de 22 años de edad y casada, que presenta un antecedente patológico de padecer de bocio simple y una historia ginecológica de dos regulaciones menstruales recientes, la última de ellas resultó ser fallida y por lo que le realizan la captación del embarazo, al decidirse por la pareja la continuación del embarazo.

Se presenta al cuerpo de guardia de nuestro hospital refiriendo una amenorrea no confiable de aproximadamente 22,5 semanas, diagnosticado por ultrasonido, y que refiere presentar un dolor en epigástrico de comienzo brusco que se irradia a la

región periumbilical y miembros inferiores, y que además se acompañaba de vómitos, falta de aire, fiebre elevada y escalofríos.

Al exámen físico presentó como datos positivos de interés, la presencia de un abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda de forma difusa y presencia de reacción peritoneal. Presenta una altura uterina de 22 cms y una tensión arterial de 90/40 mmHg.

El caso es ingresado, estabilizada hemodinámicamente e indicado un ultrasonido de urgencia, el que reporta abundante líquido libre en cavidad peritoneal con feto vivo con latidos bradicárdicos y edad gestacional de aproximadamente 22,5 semanas.

La paciente es intervenida quirúrgicamente de urgencia, encontrándose un útero grávido con gran rotura de su cuerpo por el fondo y cuerno izquierdo y por el cual emerge un feto pequeño y muerto. Se culmina la intervención realizándose una histerectomía total abdominal conservando anejos.

El estudio anatómo-patológico de las piezas reporta un útero que pesa 260 gramos y mide 14x8x4 cms, de los cuales corresponde a cuello 4x3x2 cms, el que presenta huevos de Naboth en el tejido periorificial. Pérdida de solución de continuidad en el fondo del útero por rotura espontánea, de aproximadamente 5x3 cms, cavidad endometrial de 0,5 mms. Concluyéndose con una histerectomía total abdominal por rotura uterina debido a la placenta percreta.

DISCUSIÓN.

Relacionado con la frecuencia de aparición se plantea que la rotura uterina espontánea sin cicatriz, ni infecciones, ni traumas previos es muy rara ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾. DeRoux (7) plantea que solo encontró 50 casos en la literatura inglesa en los últimos 100 años. Nosotros no encontramos ningún caso en la literatura cubana, ni Bernal-Martínez ⁽⁸⁾ en México.

La edad de la madre encontrada, entre los casos reportados oscila entre los 22 y los 23 años, coincidiendo con el nuestro. Solo un caso de los reportados era de 31 años ⁽³⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

Con respecto a la historia obstétrica, se menciona diversidad de situaciones en cuanto a embarazos previos, que van desde la primigesta hasta la multigesta. ^{(3)(6)(7) (9)(10)}.

En relación a la edad gestacional en que se detecta el caso, se reporta entre las 14 y las 29 semanas, rango dentro del cual se inserta nuestro caso. ^{(3)(6)(8) (10)(11)}

En cuanto al cuadro clínico motivo del ingreso se encuentra en primer lugar el dolor abdominal, acompañado de trastornos hemodinámicos producto del hemoperitoneo y hasta shock hipovolémico, precisando en muchos de los casos la necesidad de transfusión sanguínea y laparatomía exploradora. ^{(3)(6)(7) (10)(12)}

La conducta quirúrgica decidida varía desde la histerorrafia hasta la histerectomía total, conducta esta última decidida en nuestro caso.

A pesar de que muchos de los autores reportan una alta morbilidad materna y fetal ⁽⁴⁾⁽⁷⁾, se reporta un caso por Imseis ⁽³⁾ de 26 semanas con feto que sobrevivió. Se reporta una muerte materna. ⁽⁷⁾

En cuanto a la localización de todas las roturas, todos los autores coinciden en precisarla hacia el fondo uterino, localización a la que no escapa nuestro caso.

Por último y en relación a la causa de la rotura espontánea sin antecedente previo, se reportaron 3 casos por placenta percreta (igual que nuestro caso), 1 por increta y 1 por acreta. ^{(3) (6) (8) (10) (12)}, el resto de los trabajos no hacen referencia en este sentido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Schwarcz, R.L: Obstetricia. Librería - Editorial El Ateneo. Quinta edición. Reimpresión 1996.
2. Botella-Llisió, J.: Tratado de Ginecología. Patología Obstétrica . Tomo II. 12ma Edición. Editorial Científica- Médica. Madrid. 1981.
3. Imseis, H.M.: Spontaneous rupture of a primigravid uterus secondary to placenta percreta. A case report. J. Reprod. Med. 1998 Mar; 43(3): 233-6.
4. Turner, M. J.: Uterine rupture. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2002 Febr; 16(1): 69-79.
5. Massotto Chávez, H.: Abdomen agudo y embarazo: placenta percreta. Acta Méd. Costarric; 43(4): 178-181, Oct.- Dic. 2001.
6. LeMaire, W. J.: Placenta percreta with spontaneous rupture of an unscarred uterus in the second trimester. Obstet Gynecol. 2001 Nov; 98(5 PT 2): 927-9.

7. DeRoux, S.J.: Spontaneous uterine rupture with fatal hemoperitoneum due to placenta accreta-percreta: a case report and review on the literature. *Int J Gynecol Pathol.* 199 Jan; 18(1):82-6.
8. Bernal-Martínez, S.: Ruptura uterina y placenta percreta en el segundo trimestre: presentación de un caso. *Ginecol. Obstet. M'ex;* 64(10): 482-4, oct. 1996.
9. Zugaib, M.: Spontaneous uterine rupture during the second trimester of pregnancy. Consideration on a case without previous uterine scar. *J. Bros. Ginecol;* 92(6): 327-8. 1982.
10. Ramírez, R. C.: Rotura uterina espontánea asociada a placenta increta en primigesta. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol;* 59(2): 150-2. 1994.
11. Santos, P.R.: Uterine Rupture (spontaneous in pregnancy of 29 weeks). *J. bras. Ginecol;* 99(1/2): 27-31, Jan-Fev. 1989.
12. Carneiro, H.T.A.: Spontaneous uterine rupture during the second trimester of pregnancy without previous uterine cicatrix. Report of a case. *Rev. Méd. H G F;* 3(1): 29-30, Jul. 1986.