

## ROTURA UTERINA ESPONTANEA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO. INFORME DE UN CASO.

Dr. Luis Felipe Nicot Vidal<sup>1</sup>, Dr. Ángel Ganfong Elías<sup>2</sup>, Lic. Mailén Rizo Palacios<sup>3</sup>.

### RESUMEN

Se presenta un caso de rotura uterina espontánea en el 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). Refirió dolor en epigastrio de comienzo brusco con irradiación periumbilical y miembros inferiores, con vómitos, falta de aire, fiebre elevada y escalofríos. Clínicamente, como dato positivo, presentaba abdomen con reacción peritoneal, altura uterina de 22 cm y tensión arterial de 90/40 mm de Hg. El ultrasonido de urgencia reveló abundante líquido libre en cavidad peritoneal y embarazo de 22,5 semanas, con feto con latidos bradicárdicos. Se intervino quirúrgicamente y se encontró una gran rotura uterina del fondo, de la cual emergió un feto muerto. Por anatomía patológica se concluyó como rotura uterina debida a placenta percreta.

**Palabras clave:** PLACENTA/patología; ROTURA UTERINA/etiología; COMPLICACIONES DEL EMBARAZO/cirugía.

### INTRODUCCION

Las roturas uterinas son la pérdida de continuidad de la pared uterina. De acuerdo con su clasificación etiológica, pueden ser pasivas (por traumatismo), activas (por

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente, Facultad de Ciencias Médicas, Guantánamo.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Ginecobstetricia.

<sup>3</sup> Licenciada en Enfermería. Servicio de Ginecología, H.G.D. "Dr. A.Netto".

hiperdinamia) y espontáneas (por debilidad del miometrio). Estas últimas pueden presentarse por acretismo placentario, multiparidad y otras alteraciones.<sup>1,2</sup>

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, 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 choque hipovolémico. Su pronóstico es muy grave y su tratamiento es, siempre, quirúrgico.<sup>1-5</sup>

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 patogenia, al igual que las otras dos restantes (acreta 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, lo que obliga 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.<sup>1-5</sup>

## **INFORME DEL CASO**

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

Se presenta al cuerpo de guardia de nuestro hospital refiriendo amenorrea no confiable de aproximadamente 22,5 semanas, diagnosticada por ultrasonido, y presenta dolor en epigastrio, de comienzo brusco, que se irradia a la región periumbilical y miembros inferiores, acompañado de vómitos, falta de aire, fiebre elevada y escalofríos.

Al examen 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 cm y una tensión arterial de 90/40 mmHg.

La paciente es ingresada, se le estabiliza hemodinámicamente y se le indica ultrasonido de urgencia, el que refiere abundante líquido libre en cavidad peritoneal, con feto vivo, con latidos bradicárdicos y edad gestacional de, aproximadamente, 22,5 semanas (Figura).

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

El estudio anatomopatológico de las piezas refiere un útero que pesa 260 gramos y mide 14x8x4 cm, de los cuales corresponde al cuello 4x3x2 cm, 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 cm, cavidad endometrial de 0,5 mm. Se concluye con histerectomía total abdominal por rotura uterina debido a placenta percreta.

## DISCUSION

La rotura uterina espontánea sin cicatriz, ni infecciones, ni traumas previos es muy rara.<sup>3-6</sup> DeRoux<sup>7</sup> 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<sup>8</sup> en Méjico.

La edad de la madre, entre los casos registrados, oscila entre los 22 y los 23 años, en coincidencia con el nuestro. Sólo en un caso de los señalados la paciente era de 31 años.<sup>3,7,8</sup>

Respecto a la historia obstétrica, se menciona diversidad de situaciones en cuanto a embarazos previos, que van desde la primigesta hasta la multigesta.<sup>3,6,7,9,10</sup>

En relación con la edad gestacional en que se detecta el caso, se halla entre las 14 y las 29 semanas, rango dentro del cual se inserta nuestro caso.<sup>3,6,8,10,11</sup>

En cuanto al cuadro clínico motivo del ingreso se encuentra, en primer lugar, el dolor abdominal, acompañado de trastornos hemodinámicos del hemoperitoneo y hasta choque hipovolémico, lo que precisa, en muchos casos, la necesidad de transfusión sanguínea y laparotomía exploradora.<sup>3,6,7,10,12</sup>

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 informan una alta morbilidad y mortalidad materna y fetal<sup>4,7</sup>, se señala un caso, por Imseis<sup>3</sup>, de 26 semanas, con feto que sobrevivió. Se informa sobre una muerte materna.<sup>7</sup>

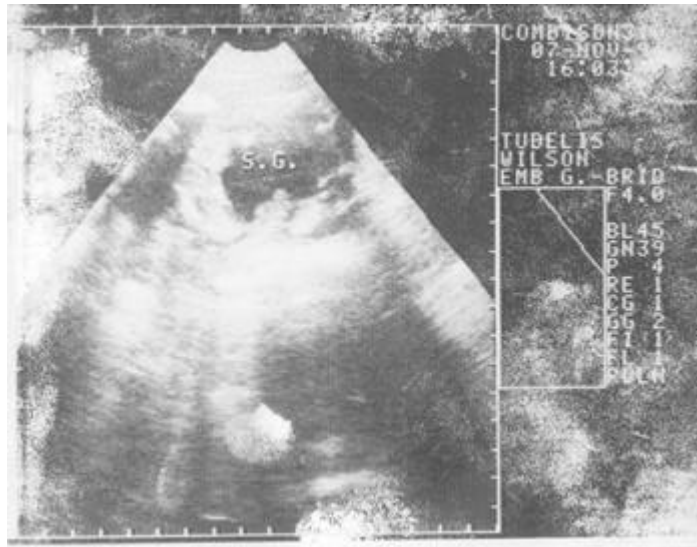
En cuanto a la localización de todas las roturas, todos los autores coinciden en precisarla hacia el fondo uterino, localización a la que no escapa nuestro caso.

Por último y en relación con la causa de la rotura espontánea sin antecedente previo, se presentaron 3 casos por placenta percreta (igual que el nuestro), uno por increta y uno por acreta<sup>3,6,8,10,12</sup>; el resto de los trabajos no hacen referencia en este sentido.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Schwartz RL. Obstetricia. Librería-Editorial El Ateneo. Quinta edición. Reimpresión 1996.
2. Botella-Llusiá J. Tratado de Ginecología. Patología Obstétrica. Tomo II. 12ma Edición. Editorial Científica-Médica. Madrid, 1981.
3. Imseis HM. 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; Oct-Dic 2001;43(4): 178-181.
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 SJ. Spontaneous uterine rupture with fatal hemoperitoneum due to placenta accreta-percreta: a case report and review on the literature. Int J Gynecol Pathol 1999 Jan; 18(1):82-6.
8. Bernal-Martínez S. Ruptura uterina y placenta percreta en el segundo trimestre: presentación de un caso. Ginecol Obstet Méx; Oct. 1996;64(10): 482-4.
9. Zugaib M. Spontaneous uterine rupture during the second trimester of pregnancy. Consideration on a case without previous uterine scar. J Bros Ginecol 1982; 92(6): 327-8.
10. Ramírez R C. Rotura uterina espontánea asociada a placenta increta en primigesta. Rev Chil Obstet Ginecol 1994; 59(2): 150-2.
11. Santos PR. Uterine rupture (spontaneous in pregnancy of 29 weeks). J Bras Ginecol; Jan-Fev 1989;99(1/2): 27-31.

12. Carneiro HTA. Spontaneous uterine rupture during the second trimester of pregnancy without previous uterine cicatrix. Report of a case. Rev Med H G F; Jul 1986; 3(1): 29-30.



*Figura. Rotura uterina espontánea.*