Caso clínico
Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (11): 857-860.

https://doi.org/10.24245/gom.v91i11.8879

Ruptura uterina espontánea e inadvertida. Reporte de caso

Spontaneous and undetected uterine rupture. Case report.

Francisco Ibargüengoitia Ochoa,[1] Osvaldo Miranda Araujo,[1] María Fernanda López Torres[2]

Resumen

ANTECEDENTES: La ruptura uterina es la separación de las tres capas del útero que se asocia con una cicatriz. La mayoría de los casos se relacionan con intento de trabajo de parto, después de una cesárea. La ruptura es una complicación grave, que pone en riesgo a la madre y al feto. De forma excepcional puede haber ruptura uterina sin síntomas, y el hallazgo se advierte durante la cesárea de repetición.

CASO CLÍNICO: Paciente de 27 años, programada para cesárea de repetición por disfunción de una prótesis valvular. A la apertura de la cavidad abdominal no se encontró hemoperitoneo y se visualizó un defecto transverso en el segmento uterino inferior de las tres capas uterinas, con saco amniótico íntegro, coincidente con ruptura uterina. Se obtuvo un recién nacido sano, de 2610 g y Apgar de 9-9. La herida uterina se suturó en dos planos y se practicó la oclusión tubaria bilateral. La evolución durante el puerperio fue satisfactoria.

CONCLUSIONES: La ruptura uterina puede pasar inadvertida por algún descuido en la historia clínica y ausculatación, de ahí la necesidad de ser más minuciosos para poder indicar el tratamiento adecuado.

PALABRAS CLAVE: Ruptura uterina silenciosa; cicatriz uterina; cesárea; oclusión tubaria bilateral.

Abstract

BACKGROUND: Uterine rupture is a separation of the three layers of the uterus and is associated with a uterine scar. Most cases are related to an attempted labor after a cesarean section. Uterine rupture is a serious complication that puts both mother and fetus at risk. Exceptionally uterine rupture can occur without symptoms, being a finding during a repeat cesarean section.

CLINICAL CASE: A 27-year-old patient scheduled for repeat cesarean section due to dysfunction of a prosthetic valve. Upon opening the abdominal cavity, no hemoperitoneum was found and a transverse defect was visualized in the lower uterine segment of the three uterine layers, with an intact amniotic sac, coinciding with uterine rupture. A healthy newborn was obtained, weighing 2610 g and Apgar 9-9. The uterine wound was sutured in two planes and bilateral tubal occlusion was performed. The evolution during the puerperium was satisfactory.

CONCLUSIONS: Uterine rupture may go unnoticed due to an oversight in the clinical history and auscultation, hence the need to be more thorough in order to indicate appropriate treatment.

KEYWORDS: Silent uterine rupture; Scarred uterus; Cesarean section; Bilateral tubal occlusion.

[1] Ginecoobstetra, Departamento de Obstetricia.
[2] Residente de segundo año de Ginecología y Obstetricia.
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Recibido: marzo 2023

Aceptado: julio 2023

Correspondencia
María Fernanda López Torres
ferlopezt95@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Ibargüengoitia-Ochoa F, Miranda-Araujo O, López-Torres MF. Ruptura uterina espontánea e inadvertida. Reporte de caso. Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (11): 857-860.

ANTECEDENTES

Con el tiempo se ha incrementado la cantidad de nacimientos por cesárea en todo el mundo. De acuerdo con la bibliografía, para el 2018 la tasa reportada en Latinoamérica fue del 42%.[1] La ruptura uterina es la separación de todo el espesor de la pared del útero durante el embarazo, trabajo de parto o inmediatamente después del nacimiento.[2] Es una de las complicaciones obstétricas más peligrosos y una urgencia que pone en riesgo la vida de la madre y el feto. La mortalidad materna varía del 1 al 13% y la perinatal del 74 al 92%.[3] El nacimiento por cesárea supone el factor de riesgo más importante para la ruptura de una cicatriz uterina.[4] Hasta el momento se han reportado pocos casos de ruptura uterina desapercibida, con recién nacido sano.[5-8]

CASO CLÍNICO

Paciente de 27 años, con antecedentes médico-quirúrgicos de colocación de prótesis valvular pulmonar a los 17 años de edad. *Antecedentes ginecoobstétricos*: paciente secundigesta, cuyo primer embarazo finalizó a las 37 semanas por cesárea electiva; tubo hemorragia de 400 cc, sutura de cicatriz uterina en 2 planos, sin infección puerperal. Tres años después cursó su segundo embarazo, con evolución satisfactoria, evaluaciones ecográficas normales, sin antecedente de traumatismo abdominal; no hubo manifestaciones de actividad uterina regular ni molestias abdominales. A las 37 semanas del embarazo se programó una cesárea de repetición, indicada por disfunción de la prótesis valvular; a la apertura de la cavidad abdominal no se encontró hemoperitoneo y se visualizó un defecto transverso en el segmento uterino inferior de las tres capas uterinas, con saco amniótico íntegro, coincidente con ruptura uterina (**Figura 1**). Se obtuvo un recién nacido sano, con peso de 2610 g y Apgar de 9-9. La hemorragia estimada fue de 500 cc; se suturó la herida uterina en dos planos y se realizó oclusión tubárica bilateral. La evolución durante el puerperio fue satisfactoria.



Figura 1. Ruptura uterina espontánea identificada durante la cesárea de repetición.

DISCUSIÓN

La cicatriz uterina es un factor importante para el pronóstico de un embarazo futuro, en una paciente con antecedente de cesárea. La ruptura uterina es la separación de las tres capas del útero: peritoneo, miometrio y endometrio, con visualización del feto a través del peritoneo.[6] Los factores de riesgo incluyen: cesárea previa (transversa baja, clásica vertical, múltiples cesáreas) y otras cirugías uterinas (miomectomía, histeroscopia).[8] La ruptura de una cicatriz uterina se observa entre el 0.2 al 4.3% de todos los

https://doi.org/10.24245/gom.v91i11.8879

embarazos asociados con antecedente de nacimiento por cesárea.[9] El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia reporta que el riesgo de ruptura uterina es del 0.5-0.9% para mujeres con cesárea previa y que intentan un trabajo de parto.[10] El sitio más común de ruptura es el segmento uterino (58% de los casos).[11]

Los signos más frecuentes de ruptura uterina incluyen: dolor abdominal severo e hipersensibilidad que persiste entre las contracciones, hemorragia genital, hematuria, dolor en el hombro, respiración entrecortada y alteraciones del registro cardiotocográfico.[8] El riesgo de ruptura uterina posterior a una cesárea está directamente relacionado con el adelgazamiento del segmento uterino, pero no se ha establecido su aplicabilidad clínica general. La medición del espesor del segmento uterino inferior mediante sonografía, cerca del término del embarazo, ha demostrado correlación inversa con el riesgo de un defecto de la cicatriz uterina; por tanto, el punto de corte propuesto para predecir la complicación sugiere un espesor entre 2 y 3.5 mm, aunque no existe consenso acerca del límite de seguridad.[12,13]

La ruptura uterina puede identificarse de manera fortuita, al momento de la cesárea, como sucedió en la paciente de nuestro caso, lo que supone un reto diagnóstico.

Un estudio que evaluó más de 97,000 nacimientos informa que la ruptura uterina ocurrió en 1 de cada 5000 casos, y de estos solo una tercera parte fueron asintomáticos, con hallazgo al nacimiento.[6] El ensayo de Mandale y su grupo reportó un 4.1% de casos de ruptura asintomáticos;[5] Rathoy y sus colaboradores informaron que de 74 casos de ruptura uterina solo 2 (2.7%) fueron desapercibidas,[14] y recientemente Yon y su equipo de trabajo encontraron, en 30 casos de ruptura uterina, 10 pacientes con cicatriz en el segmento uterino, 3 de estas asintomáticas, con hallazgo de la ruptura durante la cesárea.[15]

El tipo de intervención quirúrgica depende del tipo y extensión de la lesión, estado hemodinámico de la madre, deseo de fertilidad futura, coexistencia de infección y experiencia del cirujano. Puede practicarse histerectomía subtotal o reparación uterina, con o sin oclusión tubaria. La reparación uterina se reserva para mujeres con ruptura transversa baja sin extensión al ligamento ancho, cérvix o vagina, con hemorragia fácilmente controlable y buena condición.[16] En pacientes con cicatriz segmentaria baja transversa se recomienda la reparación en dos planos, utilizando ácido poliglicólico de l-0 en primer plano, con surgete simple, y segundo plano con la misma sutura, con puntos simples.[17]

La ruptura uterina desapercibida puede ser difícil de diagnosticar, pues las pacientes pueden o no manifestar síntomas clínicos (dolor, hemorragia). No se tiene estadística de su manifestación en nuestra institución.

Existen pocos casos reportados de ruptura uterina desapercibida con recién nacido sano.[7,8] En el caso aquí expuesto fue un hallazgo accidental, a las 37 semanas del embarazo, durante la cesárea de repetición, programada sin trabajo de parto; no había afectación lateral y fue posible la reparación en dos planos; se efectuó oclusión tubaria a petición de la paciente. La incidencia de recurrencia de dehiscencia uterina es del 8.6% y más de la mitad de estas lesiones ocurren antes del trabajo de parto.[18]

Con base en lo anterior, algunos autores sugieren planear una nueva cesárea para finalizar el embarazo entre las 36-37 semanas del embarazo.[19] Frank y colaboradores desarrollaron un modelo de decisión analítico y señalan que el nacimiento planeado debe llevarse a cabo en la semana 35 del embarazo, con la finalidad de encontrar un balance entre la morbilidad neonatal relacionada con el nacimiento pretérmino y la recurrencia de ruptura uterina.[20] Por su parte, en mujeres con antecedente de dehiscencia uterina, con periodo

intergenésico corto, se ha propuesto cesárea electiva entre las 32-33 semanas del embarazo.[19]

La ruptura uterina es un evento que puede afectar a la madre y el feto, y no estar precedida por contracciones uterinas. No existe evidencia que sugiera que una mujer con ruptura uterina previa deba abstenerse o prolongar un embarazo, cuando el nacimiento puede planearse antes del trabajo de parto o cuando existe actividad uterina en la etapa de embarazo pretérmino.

CONCLUSIÓN

La ruptura uterina asintomática, sin síntomas de alarma, puede pasar inadvertida por algún descuido en la historia clínica y ausculatación, de ahí la necesidad de ser más minuciosos para poder indicar el tratamiento adecuado.

REFERENCIAS

1. Betran AP, Ye J, Moller A B, Souza J P, et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. BMJ Global Health 2021; 6: e005671. doi: 10.1136/bmjgh-2021-005671.
2. Fox MS, Gerber RS, Mourad M, Saltzman DH, et al. Pregnancy outcomes in patients with prior uterine rupture or dehiscence. Obstet Gynecol 2014; 123 (4): 785-9. doi: 10.1097/AOG.0000000000000181.
3. Hofmeyr GJ, Say L, Gulmezoglu AM. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture. BJOG 2005; 112 (9): 121-8. doi:10.1111/j.1471-0528.2005.00725.x.
4. Ramadan MK, Kassem S, Itani S, Sinno L, et al. Incidence and risk factors of uterine scar dehiscence identified at elective repeat cesarean delivery: a case-control study. J Clin Gynecol Obstet 2018; 7 (2): 37-42. doi: https://doi.org/10.14740/jcgo481w
5. Mandale K, Chalasani S, Bhavthankar DP, Desphande S. Silent scar dehiscence in previous lower segment cesarean section patients: six case reports our experience and review of literature. J Dent Med Scien 2014; 13 (1): 44-7.
6. Guiliano M, Closset E, Therby D, Le Goneff F, et al. Signs, symtoms and complications of complete and partial rupture during pregnancy and delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2014; 179: 130-4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.05.004.
7. Woo JY, Tate L, Roth S, Eke AC. Silent spontaneous uterine rupture at 36 weeks of gestation. Case Rep Obstet Gynecol 2015; 215: ID-596826. doi: 10.1155/2015/596826.
8. Langhe R, Shah U F, Alfathil A, Gannon M. Silent uterine rupture in scared uterus. BMJ Case Rep 2017: bcr2016218189. doi: 10.1136/bcr-2016-218189.
9. Bashiri A, Burstein E, Rosen S, Smolin A, et al. Clinical significance of uterine scar dehiscence in women with previous cesarean delivery: prevalence and independent risk factors. J Reprod Med 2008; 53 (1): 8-14.
10. ACOG Practice Committee. ACOG Practice Bulletin No. 115: vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstet Gynecol 2010; 116 (2 pt. 1): 450-63. doi: 10.1097/AOG.Ob013e3181eeb251.
11. Wan S, Yang M, Pei J, Zhao X, et al. Pregnancy outcomes and associated factors for uterine rupture: an 8 year population-based retrospective study. BMC Pregnancy Childbirth 2022; 22 (1): 1-9. doi: 10.1186/s12884-022-04415-6.
12. Tazion S, Hafeez M, Manzoor R, Rana T. Ultrasound predictability of lower uterine segment cesarean section scar thickness. J Coll Physic Surg Pak 2018; 28 (5): 361-4. doi: 10.29271/jcpsp.2018.05.361.
13. Tanos V, Toney ZA. Uterine scar rupture-prediction, prevention, diagnosis and management. Best Prac Res Clin Obstet Gynaecol 2019; 59: 115-31. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.01.009.
14. Rathod S, Kumar SS, Swain S. A three year clinico-pathological study of cases of rupture uterus. J Clin Diagn Res 2015; 9 (11): QC 04-6. doi: 10.7860/JCDR/2015/14554.6783.
15. You SH, Chang YL, Yen CF. Rupture of the scarred and unscarred gravid uterus: outcomes and risk factors analisys. Taiwan J Obstet Gynecol 2018; 57 (2): 248-54. doi: 10.1016/j.tjog.2018.02.014.
16. Marwash S, Singh S, Bharti N, Gupta PK. Risk factors and outcome analysis in rupture of gravid uterus: lessons for obstetricians. Cureus 2022; 14 (2): e1890. doi: 10.7759/cureus.21890.
17. Abdelazim IA, Shikanova S, Kanshaiym S, Kurinova B, et al. Cesarean section scar dehiscence during pregnancy: case reports. J Fam Med Prim Care 2018; 7 (6): 1561-5. doi: 10.4103/jfmpc_jfmpc_361_18.
18. Thisted DLA, Rasmussen SC, Krebs L. Outcome of subsequent pregnancies in women with complete uterine rupture: a population-based case-control study. Acta Obstet Gynecol Scand 2022; 101 (5): 506-13. doi: 10.1111/aogs.14338.
19. Zhu Z, Li H, Zhang J. Uterine dehiscence in pregnant with previous caesarean delivery. Ann Med 2021; 53 (1): 1266-70. doi: 10.1080/07853890.2021.1959049.
20. Frank ZC, Lee VR, Hersh AR, Pilliod RA, et al. Timing of delivery in women with prior uterine rupture: a decision analysis. J Matern Fetal Neonat Med 2021; 34 (2): 238-44. doi: 10.1080714767058.2019.1602825.

https://doi.org/10.24245/gom.v91i11.8879