Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2019 marzo;87(3):208-212.

Parto a través de rotura uterina posterior en una paciente con pesario de Arabin

Vaginal birth through posterior uterine breaking in Arabin pessary carrier patient.

Carolina Serrano-Diana,[1] Antonio Nicolás Amezcua-Recover,[1,2] Leyre Gil-Martínez Acacio,[1] María Ángeles Roque-Fernández,[1] Esteban González-Mirasol[1,2]

Resumen

ANTECEDENTES: El parto pretérmino es una causa importante de morbilidad y mortalidad materno-fetal. El pesario cervical es un método eficaz para prevenir el parto pretérmino en pacientes con cuello uterino corto.

CASO CLÍNICO: Paciente de 38 años, de 34.3 semanas de embarazo, que acudió a consulta por hidrorrea y dolor abdominal. Entre sus antecedentes ginecoobstétricos refirió la colocación de un pesario de Arabin a partir de la semana 20 del embarazo, por diagnóstico de cuello uterino corto (14 mm). La exploración médica reveló: cuello uterino cerrado y formado, con desgarro de 2 cm en la cara posterior uterina, indicándose cesárea de urgencia. Cinco minutos después tuvo aumento importante de dolor abdominal, objetivándose la cabeza fetal en IV plano de Hodge, por lo que se decidió la asistencia mediante parto en el área quirúrgica. Nació un varón de 2045 g, con Apgar 9/10, que ingresó al área de neonatología. Posteriormente se comprobó el desgarro ístmico-cervical, de aproximadamente 7 cm, con prolongación ascendente medial de 4 cm, que se suturó sin contratiempos. El puerperio inmediato y tardío transcurrieron con normalidad. Un año después del parto la paciente se encuentra en excelente estado de salud.

CONCLUSIÓN: La rotura uterina en pacientes con pesario es una complicación extremadamente rara. Hasta la fecha no existe un esquema de tratamiento óptimo. Se prefiere una conducta conservadora, sobre todo si existe deseo reproductivo, e individualizar cada caso.

PALABRAS CLAVE: Pesario de Arabin; rotura uterina; parto; parto prematuro.

Abstract

BACKGROUND: Preterm delivery is an important cause of maternal-fetal morbimortality. The cervical pessary is an effective method to prevent preterm birth in patients with short cervix.

CLINICAL CASE: A 38-year-old patient, 34.3 weeks pregnant, attended the clinic due to hidrhorea and abdominal pain. Among his gynecological and obstetric history he referred to the placement of Arabin pessary from week 20 of pregnancy, by diagnosis of short cervix (14 mm). The medical examination revealed: Cervix closed and formed, with a 2 cm tear in the posterior uterine side, indicating an emergency caesarean section. Five minutes later, there was a significant increase in abdominal pain, with the fetal head being seen in the IV plane of Hodge. Therefore, it was decided to assist with delivery in the surgical area. A newborn male, 2045 g, was obtained with Apgar 9 / 10, who entered the neonatology area. Subsequently, the isthmic-cervical tear, of approximately 7 cm, with a medial ascending extension of 4 cm, which was sutured without incident, was confirmed. The immediate and delayed puerperium proceeded normally. One year after the obstetric event, the patient is in excellent health.

CONCLUSIONS: Uterine rupture associated to pessary is an extremely rare complication. To date there is no optimal treatment scheme. A conservative behavior is preferred, especially if there is a reproductive desire, and each case is individualized.

KEYWORDS. Arabin pessary; Uterine rupture; Delivery; Preterm birth.

[1] Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de Albacete, España.
[2] Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina de Albacete, Universidad de Castilla la Mancha, España.

Recibido: octubre 2018

Aceptado: diciembre 2018

Correspondencia
Carolina Serrano Diana
carolinaserranodiana@hotmail.es

Este artículo debe citarse como
Serrano-Diana C, Amezcua-Recover AN, Gil-Martínez Acacio L, Roque-Fernández MA, González-Mirasol E. Parto a través de rotura uterina posterior en una paciente con pesario de Arabin. Ginecol Obstet Mex. 2019 marzo;87(3):208-212.
https://doi.org/10.24245/gom.v87i3.2652

ANTECEDENTES

El parto pretérmino es una causa importante de morbilidad y mortalidad materno-fetal, que afecta entre 6 y 10% de las mujeres embarazadas.[1] El pesario cervical es un método efectivo para prevenir el parto pretérmino en pacientes con cérvix corto. Sus efectos secundarios más frecuentes incluyen: aumento de la secreción vaginal y dolor durante la inserción.[1,2]

La rotura uterina es una complicación extremadamente rara durante el embarazo, más aún como consecuencia de un pesario cervical, pues se asocia con elevada morbilidad materno-fetal, incluso con consecuencias catastróficas. Esta complicación supone 10% de las muertes maternas y de 14 a 100% de la mortalidad fetal.[2]

Debido a su extrema rareza y gravedad, el objetivo de este estudio es exponer el caso clínico de una paciente primigesta, portadora de un pesario de Arabin, quien tuvo parto a través de la rotura uterina.

CASO CLÍNICO

Paciente primigesta, de 38 años, con 34.3 semanas de embrazo, que acudió a consulta por hidrorrea y sensación de dinámica uterina. Entre sus antecedentes de interés destacó: vejiga neurogénica secundaria a resección de teratoma sacrococcígeo en la infancia y colocación de neovejiga ileal. En la semana 20 del embarazo se le colocó un pesario de Arabin, por diagnóstico de cuello uterino corto y embudizado (12 mm). Se registró un ingreso hospitalario previo en la semana 30.4 por amenaza de parto pretérmino, con maduración pulmonar completa. Durante su estancia se objetivó un desgarro cervical sangrante, con detención espontánea, por lo que se decidió retirar el pesario.

La exploración médica reveló: cérvix cerrado y formado, con desgarro de 2 cm en la cara posterior uterina, indicándose cesárea de urgencia. Cinco minutos después tuvo aumento importante de dolor abdominal, objetivándose la cabeza fetal en IV plano de Hodge, por lo que se decidió la asistencia mediante parto en el área quirírgica. Nació un niño de 2045 g, con Apgar 9/10, que ingresó al área de neonatología. Posteriormente se comprobó el desgarro ístmico-cervical, de aproximadamente 7 cm, con prolongación ascendente medial de 4 cm, que se suturó sin incidencias. **Figuras 1, 2 y 3**

El puerperio inmediato y tardío transcurrieron con normalidad. El recién nacido fue dado de



Figura 1. Desgarro ístmico-cervical de 7 cm, con pinzamiento de cordón umbilical.



Figura 2. Desgarro ístmico-cervical de 7 cm, con prolongación ascendente medial de 4 cm y pinzamiento del cordón umbilical.

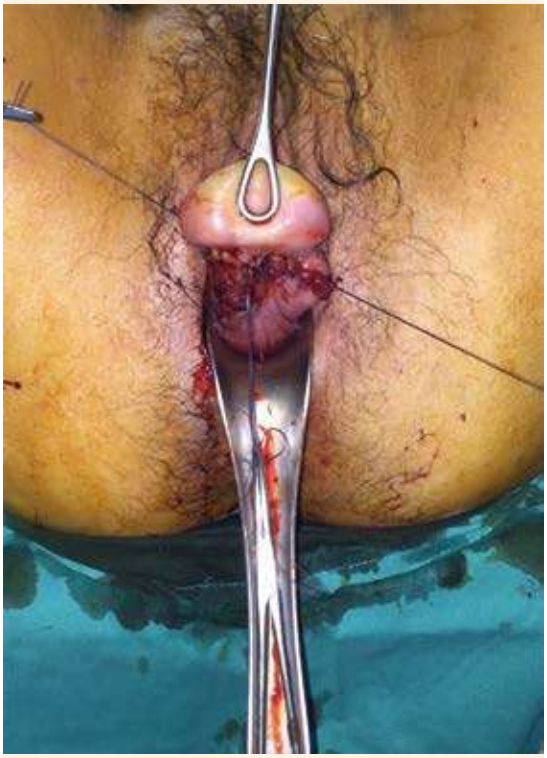


Figura 3. Reparación del desgarro ístmico-cervical mediante sutura.

alta al séptimo día. Posteriormente, la cicatrización uterina fue satisfactoria. Un año después del evento obstétrico la paciente se encuentra en excelente estado de salud.

DISCUSIÓN

En los últimos años se ha optado por la colocación de pesarios para prevenir el parto pretérmino, pues representa un método más sencillo de cerclaje cervical. Su mecanismo de acción se basa en modificar el eje del canal cervical y desplazar el peso uterino, reorientando el canal cervical hacia la cara posterior y de esta forma hacer que el peso del feto recaiga en el segmento uterino anterior, para así evitar que el exceso de presión favorezca la dilatación o rotura de las membranas.[3] Además, al cambiar el ángulo del cuello uterino, el pesario también obstruye el orificio cervical interno y puede prevenir infecciones ascendentes.[2] El pesario se coloca de forma ambulatoria y puede retirarse de la misma manera, en cualquier momento si existiera alguna complicación.[4]

A pesar de sus ventajas, no está exento de complicaciones, la mayor parte de escasa importancia y relacionadas con la técnica de colocación. El principal efecto adverso incluye

https://doi.org/10.24245/gom.v87i3.2652

aumento de la secreción vaginal, con subsiguiente leucorrea asintomática provocada por la colección de flujo retenido en el pesario. Las pacientes deben recibir información al respecto y expresarles que no supone una necesidad de retiro. No obstante, es necesario establecer el diagnóstico diferencial, sobre todo si existen datos clínicos relacionados con vulvovaginitis u otros procesos infecciosos, además de plantear la sospecha diagnóstica de rotura prematura de membranas. Otros efectos adversos descritos en la bibliografía comprenden los relacionados con la técnica de inserción y colocación del pesario, generalmente leves molestias que ceden a corto plazo. El desgarro cervical representa una complicación excepcional, reportado muy poco en la bibliografía.[5] La rotura del útero en pacientes con pesario de Arabin es extremadamente rara (hasta la fecha no existen reportes al respecto). La incidencia de rotura uterina se estima en 1/17,000-20,000 embarazos, mientras que en el útero con cicatrices es de 5/10,000 gestaciones, sobre todo asociadas con trabajo de parto. La miomectomía múltiple, incluso con acceso a la cavidad, supone un incremento del riesgo de rotura en embarazos posteriores.[6] En caso de cesárea, el riesgo de ruptura aumenta con incisiones verticales y, al parecer, el cierre monocapa también aumenta el riesgo.[7]

Hasta la fecha no existe un consenso que sugiera un protocolo de tratamiento establecido. Este depende de la extensión de la lesión, del sangrado y de la paridad, planteándose el cierre primario de la lesión uterina o la histerectomía obstétrica en casos graves o con paridad cumplida.[8,9] La indicación de reparación quirúrgica se reserva en pacientes con: estabilidad hemodinámica, ruptura baja transversal y deseo gestacional. En este estudio decidimos efectuar la reparación del defecto en el posparto inmediato.

Es importante la exploración ginecológica con especuloscopia después de la colocación de un pesario de Arabin y al momento de su retiro, con valoración completa y exhaustiva para evitar complicaciones mayores durante el parto. También debe realizarse la exhaustiva exploración después del parto, sobre todo en pacientes con partos precipitados y dinámica excesiva, como ocurrió en nuestro caso clínico. Aunque tampoco está descrito el seguimiento durante el puerperio, es importante la revisión con especuloscopia, con la finalidad de completar la visualización de la cicatrización cervical en las semanas siguientes. Con estas medidas se establecerá el diagnóstico preciso, se tomarán decisiones terapéuticas oportunas y resolutivas, y habrá un seguimiento más completo. Las pacientes que deciden embarazarse después de tener una rotura cervical inferior tienen mayor riesgo (6%) de sufrir una nueva rotura de cuello uterino. En estos casos puede indicarse cesárea electiva y maduración pulmonar.[7-9]

CONCLUSIONES

Debido a la rareza de este tipo de complicaciones, no existe un esquema de tratamiento óptimo. Es importante establecer el diagnóstico oportuno de los casos con rotura uterina, pues puede haber complicaciones graves. El tratamiento debe individualizarse en cada paciente y preferir la conducta conservadora, en la medida de lo posible, sobre todo si existe deseo gestacional.

REFERENCIAS

1. Donoso-Bernales B, et al. Parto prematuro. Medwave 2012;12(8):e5477. http://10.0.22.235/medwave.2012.08.5477
2. Martínez-Garza PA, et al. Rotura uterina espontánea: reporte de dos casos. Cir Cir 2012;80:81-5. http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2012/cc121o.pdf
3. Goya M, et al. Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial. Lancet 2012;12:379(9828):1800-6. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60030-0
4. Abdel-Aleem H, et al. Pesario cervical para la prevención del parto prematuro. COCHRA- NE 2013. https://www.

cochrane.org/es/CD007873/pesario-cervical-para-la-prevencion-del-parto-prematuro

5. González-Díaz I, et al. Desgarro cervical en paciente con pesario. Ginecol Obstet Mex 2016;84(6):396-402. https://ginecologiayobstetricia.org.mx/secciones/casos-clinicos/desgarro-cervical-en-paciente-con-pesario/
6. Weibel HS, et al. Perspectives of obstetricians on labour and delivery after abdominal or laparoscopic myomectomy. J Obstet Gynaecol Can 2014;36(2):128-32.
7. Hlibczuk V. Spontaneous uterine rupture as an unusual cause of abdominal pain in the early second trimester of pregnancy. J Emerg Med 2004;27:143-145. https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2004.03.006
8. Kabra SL, et al. Case Series Spontaneus Rupture of uterus in early pregnancy. J Obstet Gynecol India 2016;66(S2):71(S13). https://doi.org/10.1007/s13224-015-0834-2
9. Kalinka J, et al. Rupture of the cervix during pregnancy after cervical pessary insertion for preventing preterm birth. J Obstet Gynaecol Res 2016;42(12):1854-1857. https://doi.org/10.1111/jog.13119.

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. Acta Neurol Belg 2018;34(7):663-9. doi: 10.1007/s13760-018-1015-8.
2. Yang M, et al. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res 2017;25(11):239-42. doi: https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.015

https://doi.org/10.24245/gom.v87i3.2652