

## Casos Clínicos

# ROTURA UTERINA ESPONTÁNEA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Aníbal Scarella C.<sup>1</sup>, Verónica Chamy P.<sup>1</sup>, Daniela Badilla F.<sup>1</sup>, Andrea Escobar A.<sup>a</sup>, Karina Michea N.<sup>a</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso; Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Carlos Van Buren.

<sup>a</sup> Internas, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

## RESUMEN

La rotura uterina es una complicación obstétrica infrecuente, pero potencialmente letal para la madre y el feto. Ocurre principalmente durante el segundo o tercer trimestre, asociada a factores de riesgo, entre los que destaca la cirugía uterina previa. Su aparición durante el primer trimestre es excepcional, constituyendo un desafío médico por su difícil diagnóstico diferencial y controversial manejo. Se presenta el caso de una paciente con rotura espontánea de útero grávido de 10 semanas de gestación, portadora de triple cicatriz anterior. El diagnóstico fue intraoperatorio, tras la descompensación hemodinámica de la paciente. El manejo incluyó el cierre primario de la lesión y observación posterior. Al sexto día se constata la muerte fetal y se efectúa el vaciamiento de la cavidad uterina. La falla de las medidas conservadoras obligó finalmente a realizar una histerectomía obstétrica. La histopatología informó placenta acreta.

PALABRAS CLAVE: *Rotura uterina del primer trimestre, placenta acreta*

## SUMMARY

Uterine rupture is an uncommon obstetric event, but still potentially lethal for the mother and the fetus. It presents mainly during the second or third trimester and is associated with several risk factors, being a previous uterine scar the most important of them. Its presentation during the first trimester is exceptional, and it constitutes a medical challenge, because of its difficult differential diagnosis and controversial management. A case of a multiparous, previous triple scar woman is presented, with a spontaneous uterine rupture at 10 weeks of pregnancy. In this case the diagnosis was made during surgery, after the patient's hemodynamic decompensation. The management included primary closure of the lesion and observation; when fetal death was confirmed, dilatation and curettage of the cavity had to be performed. Because of the failure of conservative management, an obstetric hysterectomy was carried out. Histopathology reported placenta accreta.

KEY WORDS: *First trimester uterine rupture, placenta accreta*

## INTRODUCCIÓN

La rotura uterina se define como la solución de continuidad de la pared del cuerpo uterino. Es una de las entidades obstétricas más peligrosas y conlleva una elevada morbimortalidad materna y perinatal (1). En Estados Unidos es responsable del 5% de las muertes maternas, mientras que la mortalidad fetal varía desde un 14 a 100% (2,3). Su incidencia es variable, afectando entre 1 en 585 (4) a 1 en 6.673 de los partos (5).

Esta complicación ocurre principalmente durante la segunda mitad del embarazo, especialmente en mujeres con factores de riesgo como es la cirugía uterina previa (2). La aparición de este cuadro en el primer trimestre del embarazo es extremadamente rara, encontrándose aislados casos reportados en la literatura (6-10).

El objetivo de esta comunicación es presentar un caso clínico de rotura uterina espontánea del primer trimestre del embarazo, su manejo y revisión de la literatura.

### Caso clínico

Paciente de 29 años, residente en la V Región, con antecedente de síndrome de Marfán diagnosticado hace 21 años, sin compromiso cardíaco, ni oftalmológico. Múltipara de 3 partos por cesárea. La primera de ellas por distocia de presentación, la segunda por mortinato y cicatriz de cesárea previa, y la última hace 3 años por doble cicatriz de cesárea asociada a placenta previa oclusiva.

Acude al hospital de San Antonio, V Región, con cuadro de 2 horas de evolución de sangrado genital abundante y dolor hipogástrico de moderada intensidad, con amenorrea de 1 mes de evolución. La evaluación mediante ecotomografía abdominal y transvaginal muestra un saco gestacional intrauterino, con embrión vivo de 10 semanas por biometría y líquido libre abundante en cavidad peritoneal. Paciente niega maniobras abortivas.

En la siguiente hora, presenta descompensación hemodinámica y abdomen agudo, por lo que se decide la exploración quirúrgica de urgencia mediante laparotomía media infraumbilical. Se encuentra un hemoperitoneo de 2.500 cc, útero aumentado de volumen con solución de continuidad sangrante de 3 cm de longitud en región ístmica anterior, que da salida a tejido de aspecto trofoblástico. Se efectúa histerorrafia con catgut crómico, logrando hemostasia. Se compensa hemodinámicamente mediante hidratación y dopamina. Se procede a su traslado al Hospital Carlos Van Buren.

Al ingreso se recibe paciente alerta, lúcida, con

palidez marcada, PA: 90/50 mmHg, taquicárdica (150 x minuto), frecuencia respiratoria de 18/minuto, afebril, saturación de 92% con FiO<sub>2</sub> ambiental y 99% con naricera a 4 L/min. Diuresis de 1.000 cc por sonda Foley en 2 horas. Es evaluada por residente de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos, quien determina hidratación, drogas vasoactivas y mantener PVC > 10 cmH<sub>2</sub>O. Evoluciona favorablemente hacia la estabilización hemodinámica, retirándose el aporte de vasoactivos y manteniendo una PVC de 12 cmH<sub>2</sub>O.

Los exámenes de ingreso revelan hematocrito: 16,6%; hemoglobina: 5,3 g/dL; leucocitos: 9.300 cel/mm<sup>3</sup>; plaquetas: 76.000 cel/mm<sup>3</sup>; creatinina: 0,64 mg/dL; uremia: 20 mg/dL; electrolitos plasmáticos: normales; PCR: <3; pruebas coagulación: no coagulables.

Se indica transfusión de 3 unidades de glóbulos rojos y 6 unidades de plasma fresco congelado y cristaloides. Se logra PA 120/98 mmHg, saturación 99% FiO<sub>2</sub> ambiental, normalización hidroelectrolítica y diuresis adecuada. Se retira catéter venoso central y se disminuye el aporte de cristaloides.

El post operatorio es favorable y evoluciona sin complicaciones. La ecotomografía transvaginal de control describe feto vivo, con senos venosos subcoriales (Figura 1 y 2).

Al 6º día post operatorio inicia un cuadro espontáneo de metrorragia abundante, taquicardia y leve hipotensión. La ecografía de control es compatible con aborto retenido. Dada la progresión hacia la hipotensión, se decide la revisión instrumental para vaciar la cavidad uterina y manejo médico de la metrorragia con útero retractores (ocitocina 40 UI EV, metilergonovina IM 0,2 mg y misoprostol rectal 600 ug). Debido a la persistencia de la metrorragia con compromiso hemodinámico, se decide la histerectomía abdominal total. Se produce desgarro vesical

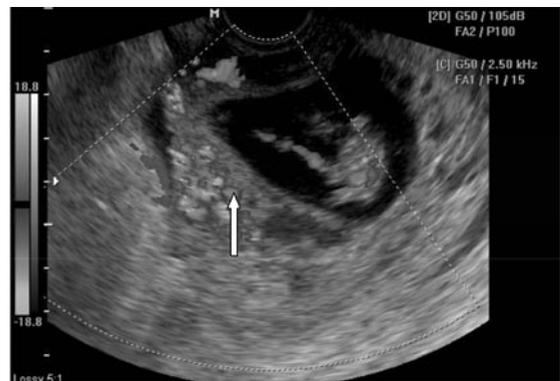


Figura 1. Ecotomografía Doppler color con corte sagital a placenta y embrión. Destaca la presencia de lagos venosos en su interior (flecha).

que es suturado sin incidentes. La paciente es dada de alta en buenas condiciones.

El informe histopatológico de la pieza operatoria describe: Restos ovulares sin inflamación. Feto de 10-11 semanas de gestación. Útero puerperal con segmento de pared anterior adelgazada y perforada, presenta fibrosis, necrosis focal, hemorragia e inclusión de 2 vellosidades coriales en su espesor. Cervicitis con erosión superficial.

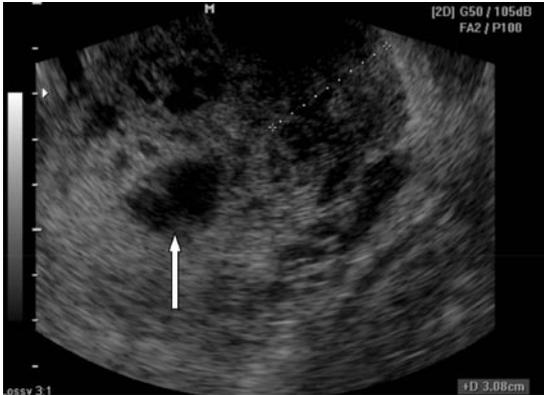


Figura 2. Ecotomografía de la placenta. Destaca la presencia de lagos venosos en su interior (flecha).

## DISCUSIÓN

La rotura uterina es una complicación obstétrica grave, que continúa siendo un factor importante de morbilidad materna-fetal (1). En la mayoría de los casos, se asocia a factores de riesgo (2). El factor independiente más importante es la cicatriz uterina previa (perforación, resección cornual, resección de septo uterino, miomectomía, cirugía fetal, operación cesárea) (11). Se asocia también a pacientes con gran paridad (12), placenta increta o percreta, instrumentalización uterina en abortos, parto vaginal instrumental, inducción del trabajo de parto (13), abuso de cocaína (14) y causas idiopáticas (15). Estos factores se asocian a rotura uterina en tercer trimestre del embarazo o peri-parto y, aunque algunos investigadores informan sobre la ruptura uterina en mujeres no embarazadas (16,17) estas no son más que anecdóticas.

La rotura espontánea del útero durante el primer trimestre es extremadamente rara (9). En la literatura hay sólo 8 casos reportados, y de ellos, tres refieren el antecedente de al menos una cicatriz uterina anterior (7,8).

Respecto a la asociación de esta patología con colagenopatías, no existe literatura consistente para fundamentar la relación con el síndrome de

Marfán que portaba esta paciente. Sin embargo, el resto de la historia ginecobstétrica y perinatal concuerda con lo referido para este síndrome (bajo peso, rotura prematura de membranas, muerte fetal y neonatal) (18). En tanto, para el síndrome de Ehlers-Danlos, la asociación con rotura uterina es comprobada, constituyendo uno de sus criterios diagnósticos, sin embargo, ésta ocurriría también en gestaciones avanzadas y su reporte en el primer trimestre es aislado (19).

El diagnóstico diferencial es con patologías como síntomas de aborto y el embarazo ectópico, ya sea tubario, ístmico-cervical, o de la cicatriz de cesárea (10, 20). El uso de la ecotomografía transvaginal (ECOTV) y la resonancia nuclear magnética (RNM) son los métodos de elección para establecer el diagnóstico diferencial. Además, su uso en el segundo trimestre del embarazo resultan útiles para la sospecha diagnóstica de placenta increta. Los criterios diagnósticos son variables, pero en general presentan alta sensibilidad y especificidad. Por ejemplo, Warshak y cols (21), informan para ECOTV sensibilidad de 76,9% y especificidad de 96,1% y para RNM sensibilidad de 88,4% y especificidad de 100%. Comstock (22), en una de las publicaciones más citadas, establece como signos ecográficos de sospecha de placenta increta, las siguientes observaciones: a. pérdida de la zona hipocogénica retroplacentaria; b. adelgazamiento o desaparición de la línea ecogénica entre la serosa uterina y vesical; c. extensiones focales de tejido placentario que sobrepasan la serosa; d. presencia de espacios anecoicos placentarios (lagos o lagunas), e. miometrio adelgazado. De ellos, nuestra paciente presentó lagunas placentarias que se destacan en las Figuras 1 y 2. Este hallazgo, en el contexto del postoperatorio de una histerorrifia, no fue considerado concluyente para el diagnóstico de placenta increta. De haber interpretado este hallazgo en forma correcta, probablemente el manejo hubiese presentado algunas diferencias, aunque siempre con pronóstico desalentador.

La evolución de la rotura uterina hacia el choque hipovolémico con el consabido riesgo de muerte materno-fetal, requiere de una acción rápida y eficaz. Sin embargo, la sospecha diagnóstica preoperatoria de rotura uterina durante el primer trimestre del embarazo es difícil, especialmente por su baja prevalencia.

Dado lo particular del caso, no existe un consenso sobre el manejo que se debe dar a esta grave complicación. Según Singh y Jain (9) el tratamiento depende de la extensión de la lesión, la magnitud del sangrado y de la paridad, planteándose como posibilidades terapéuticas: 1. dilatación y curetaje,

que es poco recomendada por el riesgo de lesión vesical o extensión de la lesión uterina ya existente; 2. manejo conservador, tal y como se realiza en una dehiscencia de una cicatriz uterina por cesárea anterior en el postparto; 3. cierre primario de la lesión uterina; 4. histerectomía obstétrica en casos severos o con paridad cumplida.

En el caso presentado, el diagnóstico de rotura uterina fue en la primera exploración quirúrgica, decidida por el compromiso hemodinámico. El tratamiento en nuestra paciente comprendió todas las etapas previamente descritas. Se intentó el cierre primario de la lesión y posterior manejo conservador buscando preservar la vida del producto. Comprobada la muerte fetal se realizó el vaciamiento y legrado, sin embargo, la metrorragia persistente obligó a la histerectomía obstétrica. El informe histopatológico de placenta acreta es concordante con la conducta quirúrgica final.

## CONCLUSIÓN

El caso clínico grafica lo difícil que resulta el diagnóstico preoperatorio de la rotura uterina del primer trimestre. Su alta morbimortalidad nos obliga a tener un elevado nivel de sospecha, para un rápido diagnóstico y manejo adecuado. Nos parece que el tratamiento debe ir de lo más conservador a lo radical, sin postergar la decisión de una conducta agresiva cuando sea necesaria.

## BIBLIOGRAFÍA

- Murphy DJ. Uterine rupture. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006;18(2):135-40.
- Turner MJ. Uterine rupture. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2002;16:69 - 79.
- Kieser KE, Baskett TF. 10-year population-based study of uterine rupture. *Obstet Gynecol* 2002;100:749-53.
- Ravasia DJ, Wood SL, Pollard JK. Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(5):1176-9.
- O'Driscoll K. Rupture of the uterus. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1966;59:65-6.
- Park YJ, Ryu KY, Lee JI, Park MI. Spontaneous uterine rupture in the first trimester: a case report. *J Korean Med Sci* 2005;20(6):1079-81.
- Matsuo K, Shimoya K, Shinkai T, Ohashi H, Koyama M, Yamasaki M, *et al.* Uterine rupture of cesarean scar related to spontaneous abortion in the first trimester. *J Obstet Gynaecol Res* 2004;30(1):34-6.
- Smail SI, Toon PG. First trimester rupture of previous caesarean section scar. *J Obstet Gynaecol* 2007;27(2):202-4.
- Singh A, Jain S. Spontaneous rupture of unscarred uterus in early pregnancy--a rare entity. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(5):431-2.
- Suner S, Jagminas L, Peipert JF, Linakis J. Fatal spontaneous rupture of a gravid uterus: Case report and literature review of uterine rupture. *J Emerg Med* 1996;14:181-5.
- Cunningham FC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. *Obstetrical hemorrhage En: Williams Obstetrics, Cunningham FC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. 21st ed. McGraw-Hill, 2001;619-69*
- Miller DA, Goodwin TM, Gherman RB, Paul RH. Intrapartum rupture of the unscarred uterus. *Obstet Gynecol* 1997;89:671-3.
- Berghahn L, Christensen D, Droste S. Uterine rupture during second trimester abortion associated with misoprostol. *Obstet Gynecol* 2001;98:976-7.
- Mishra A, Landzberg BR, Parente JT. Uterine rupture in association with alkaloidal cocaine abuse. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:243-4.
- Sallam AH, Preston J. Idiopathic uterine perforation in late pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2002;22:317.
- Chan LY, Yu VS, Ho LC, Lok YH, Hui SK. Spontaneous uterine perforation of pyometra: a report of three cases. *J Reprod Med* 2000;45:857-60.
- Ding DC, Chu TY, Liu JY. Menstruation-induced uterine rupture. *Int J Obstet Gynaecol* 2000;69:171-2.
- Meijboom LJ, Drenthen W, Pieper PG, Groenink M. Obstetric complications in Marfan syndrome. *Int J Cardiol* 2006;110(1):53-9.
- Pepin M, Schwarze U, Superti-Furga A, Byers PH. Clinical and genetic features of Ehlers-Danlos syndrome type IV, the vascular type. *N Engl J Med* 2000;342(10):730-2.
- Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2002;57:537-43.
- Warshak CR, Eskander R, Hull AD, Scioscia AL, Matrey RF, Benirschke K, Resnik R. Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2006;108(3 Pt 1):573-81.
- Comstock, CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;26:89-96.