

Resultados Perinatales en Pacientes Complicadas con Rotura Uterina Intraparto

Perinatal Outcomes in Patients Complicated with Uterine Rupture in Labor

Amanda Vázquez⁽¹⁾

1. Hospital San Pablo, Asunción, Paraguay. Artículo Recibido: 19 Abril 2011. Aprobado: 27 de mayo de 2011

RESUMEN

Introducción: La perforación del músculo uterino que se presenta en embarazos cercanos al término es una condición grave que condiciona sufrimiento fetal agudo y/o muerte del producto de la concepción; además, pone en peligro la salud de la paciente. **Objetivos:** determinar la prevalencia de rotura uterina en pacientes con trabajo de parto y hallar las causas probables en relación a la edad y paridad. **Metodología:** diseño observacional, retrospectivo, transversal, realizado en gestantes en trabajo de parto que concurren al Hospital Materno Infantil San Pablo, durante el periodo de enero de 2005 a diciembre de 2007. **Resultados:** Entre 1094 fichas evaluadas, se halló una prevalencia de rotura uterina intraparto de 4,11%. En relación al cuadro clínico, 53,3% fueron casos asintomáticos. El tratamiento más frecuente fue la histerorrafia 88%. La edad gestacional más frecuente en que se produjo el evento fue entre 37 a 40 semanas 55%. La mayoría de los fetos tuvieron un peso normal entre 2500 y 3999 gr. 95%. **Conclusiones:** la rotura uterina tuvo una prevalencia de 4%. La mayoría de las gestaciones al momento de la RU eran de término y en la minoría de los casos eran de edad gestacional muy temprana. El peso de los productos se encontraba mayormente en rango considerado normal. Predominaron los casos de rotura parcial e incompleta.

Palabras clave: Rotura Prematura de Membranas Fetales/Complicaciones del Embarazo; Rotura Prematura de Membranas Fetales/terapia; Resultado del Embarazo; Paraguay

ABSTRACT

Introduction: perforation of the uterine muscle that occurs in near-term pregnancy is a serious condition that determines acute fetal distress and / or death of the fetus, in addition, endangers the health of the patient. **Objectives:** To determine the prevalence of uterine rupture in patients in labor and find probable cause in relation to age and parity. **Methodology:** Observational, retrospective, transversal study, performed in pregnant women in labor who attended the Hospital Materno Infantil San Pablo, during the period January 2005 to December 2007. **Results:** Between 1094 patients tested, we found a prevalence of intrapartum uterine rupture of 4.11%. In relation to the clinical

manifestations, 53.3% were asymptomatic. The most common

treatment was hysterorrhaphy (88%). The most common gestational age in which the event occurred was between 37 to 40 weeks (55%). Most fetuses had had normal weight between 2500 and 3999 gr (95%). **Conclusions:** Uterine rupture had a prevalence of 4%. The majority of pregnancies was at term and in the minority of the cases were very early gestational age. The weight of the products was mostly range considered normal. It predominant cases of partial and incomplete rupture.

Key Words: Fetal membranes, premature rupture/ Pregnancy complications, Fetal membranes, premature rupture/therapy; Pregnancy Outcome; Paraguay

INTRODUCCIÓN

La perforación del músculo uterino puede ocurrir en embarazos tempranos y se designa como perforación uterina, mientras que si se presenta en embarazos cercanos al término constituye la rotura propiamente dicha (RU). Esta solución de continuidad se localiza con mayor frecuencia en el segmento inferior del útero grávido.¹

Es una condición grave del embarazo que condiciona sufrimiento fetal agudo y/o muerte del producto de la concepción; además pone en peligro la salud de la paciente. Cuando afecta el endometrio, miometrio y peritoneo visceral se define como RU completa. Cuando compromete sólo al endometrio y miometrio, respetando el peritoneo visceral, se denomina RU incompleta.² La deshiscencia uterina se considera sinónima de RU, excepto para autores clásicos que afirman que la RU es la separación de las cicatriz de la incisión antigua del útero, con rotura de las membranas fetales, quedando en comunicación la cavidad abdominal con la cavidad uterina. El feto y la placenta pueden pasar hacia la cavidad abdominal parcialmente o en su totalidad. En cambio la deshiscencia uterina es la separación de la incisión antigua del útero con la integridad de las membranas fetales, por lo tanto no hay expulsión del feto y/o de la placenta a la cavidad abdominal.³⁻⁵

La RU en relación con la cicatriz anterior también puede ser clasificada en forma total y parcial. Se habla de total, cuando toda la extensión de la cicatriz anterior se deshiciende, y la parcial se define cuando parte del la extensión de la cicatriz antigua se desciende⁴⁻⁹ Las rupturas longitudinales y/o verticales pueden ocurrir antes del trabajo de parto o durante la fase latente del mismo, sin embargo, las roturas trasversales aparecen durante el trabajo de parto o durante la fase de expulsión.^{1,10-12}

La cesárea previa es el principal factor de riesgo para presentar una rotura uterina. La posibilidad de rotura de un útero sin cicatriz es muy baja, y, a diferencia de las roturas en úteros con cicatriz, estos casos parecen ir en disminución. Se han descrito otros factores de riesgo: la multiparidad, macrosomía, uso de ocitocina, versiones fetales y anomalías uterinas. La mayoría de los casos se presentan de forma imprevista, y con complicaciones maternas y fetales variables según las distintas series.

Numerosos estudios han comprobado y demostrado la seguridad de un nacimiento vaginal después de una cesárea previa. Su éxito depende en gran parte de la indicación de la cesárea anterior.³ Una mujer con antecedente de RU tiene 6% de probabilidad que se repita dicho hecho en el embarazo actual.^{2,13-16} En vista que el riesgo de una nueva rotura aumenta con cada embarazo posterior, es importante proporcionar una anticoncepción permanente.^{1,17-20}

Cuando se habla de etiología de la RU se obtiene dos grandes grupos, que se agrupan en causas determinantes y causas predisponentes.⁴ Como **causas determinantes** se encuentran: desproporción céfalo-pélvica, miomas, atresia o estenosis cicatrizal de la vagina, macrosomía fetal, presentaciones fetales anómalas, traumatismos.²¹⁻²⁵ Entre de las causas **predisponentes** están: multiparidad, procesos inflamatorios (endometritis, endomiometritis), mal formaciones uterinas, cicatrices previas (cesárea anterior o de una corrección de mal formación o de una extirpación de un mioma).

Los síntomas de la RU son diferentes en cada momento de aparición de la misma. Cuando hay inminencia de RU aparecen dolor abdominal más síndrome Bandl- Frommel-Pinard. La paciente está inquieta, intranquila, sufre mucho con cada contracción y refiere dolor a nivel de la cicatriz anterior. La palpación del feto se hace difícil por la gran tensión uterina. El cuello uterino puede edematizarse, volviéndose cianótico y friable.²³⁻²⁷

Cuando la RU es consumada, hay cese repentino de las contracciones uterinas posterior a un dolor agudo, se puede palpar bien las partes fetales por debajo de la pared abdominal, los latidos cardíacos fetales son bradicárdicos o ausentes, al tacto vaginal la presentación está muy alta y el cervix flota en la cavidad vaginal, también se puede observar enfisema subcutáneo en la pared abdominal (signo de Clark), hay hemorragia y shock.

El tratamiento debe tomar en cuenta el momento de la RU. Si es inminente, se debe realizar una cesárea de urgencia.^{1,5,26-30} Si la RU es consumada con feto intraútero, se debe realizar una laparotomía de urgencia más extracción del feto y placenta, administrar antibióticos, oxitocina y evaluar la posibilidad de sutura de desgarro y vasos comprometidos, si no es posible dicho procedimiento, realizar una histerectomía.^{31,32} En la RU consumada con feto nacido por vía vaginal: evaluar condiciones hemodinámicas maternas, si las condiciones lo permiten se realiza medidas no quirúrgicas (uso de oxitócicos y ergonovínicos, evaluar el globo de seguridad de Pinard y cantidad de sangrado vaginal). Pero si las condiciones maternas no lo permiten, se debe realizar una laparotomía de urgencia con sutura uterina o histerectomía.

El pronóstico de la RU depende de sus características. Las roturas completas y totales son más sangrantes que las incompletas y parciales. También depende de la rapidez con que se actúe.²⁹⁻³⁷

Objetivos: determinar la prevalencia de rotura uterina en pacientes con trabajo de parto y hallar las causas probables en relación a la edad y paridad

METODOLOGIA

Diseño del estudio: observacional, retrospectivo, transversal.

Población de estudio: Mujeres gestantes en trabajo de parto que concurrieron al Hospital Materno Infantil San Pablo, durante el periodo de enero de 2005 a diciembre de 2007.

Criterios de inclusión: pacientes con cicatriz cesárea previa y gestación actual única.

Criterios de exclusión: pacientes con edad gestacional menor a 28 semanas, con antecedente de perforaciones uterinas instrumentales y con antecedentes de fertilización asistida en embarazo actual.

Muestreo: no probabilístico de casos consecutivos.

Reclutamiento

Las pacientes fueron reclutadas en los Servicios de Urgencia e Internación del Hospital Materno Infantil San Pablo (Asunción).

Variables: edad gestacional, peso fetal, tipo de parto, tipo de rotura uterina, sintomatología, factores de riesgo maternos, tratamiento realizado, causas de la intervención quirúrgica en casos de hallazgos fortuitos.

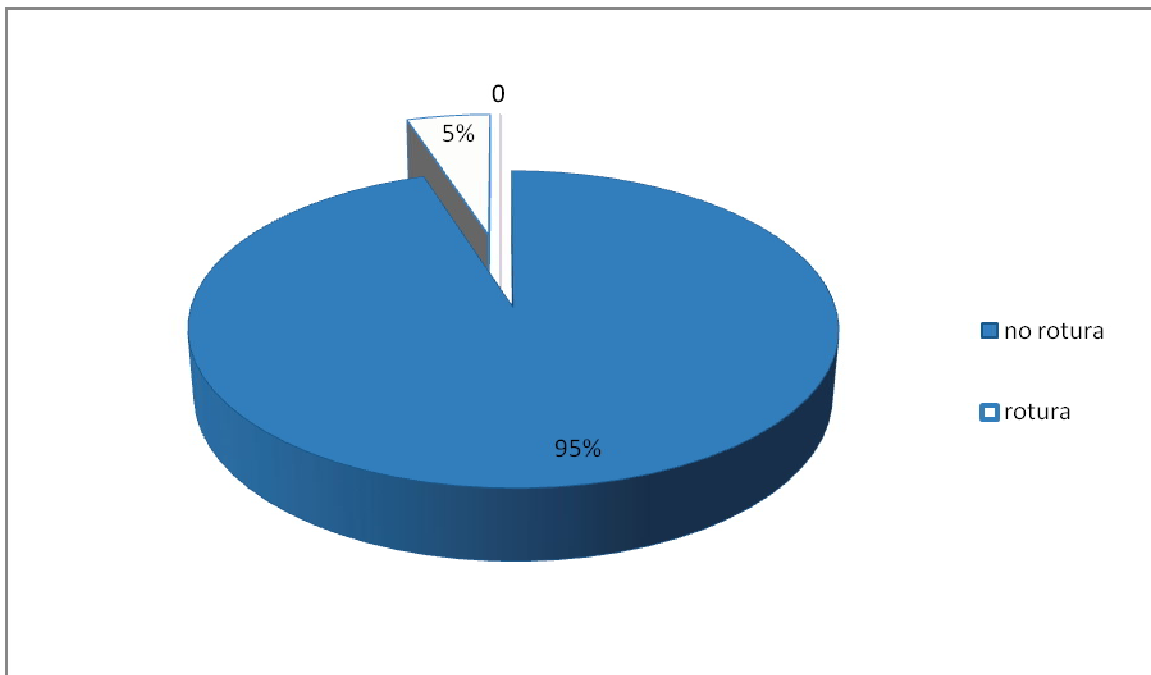
Gestión de datos: los datos fueron extraídos de las fichas clínicas del departamento de archivos del Hospital San Pablo, transcritos a planilla Excel y sometidos a estadística descriptiva.

Aspectos éticos: Se respetó el anonimato de las pacientes y la confiabilidad de las mismas puestas en nuestro Hospital.

RESULTADOS

Fueron revisadas 1094 fichas de pacientes con cicatriz cesárea previa que tuvieron sus partos en el periodo comprendido entre enero del 2006 y diciembre del 2008. La prevalencia de rotura uterina intraparto fue 4,11% (45 casos).

Gráfico 1: Pacientes con cesárea previa (n 45)



La edad gestacional en que se produjo el evento fue: menor a 27 semanas: 5 pacientes (11%); edad gestacional entre 28 a 36,5 semanas: 14 pacientes (31%), edad gestacional entre 37 a 40 semanas: 25 pacientes (55%) y edad gestacional mayor a 41 semanas: 1 paciente (2%).

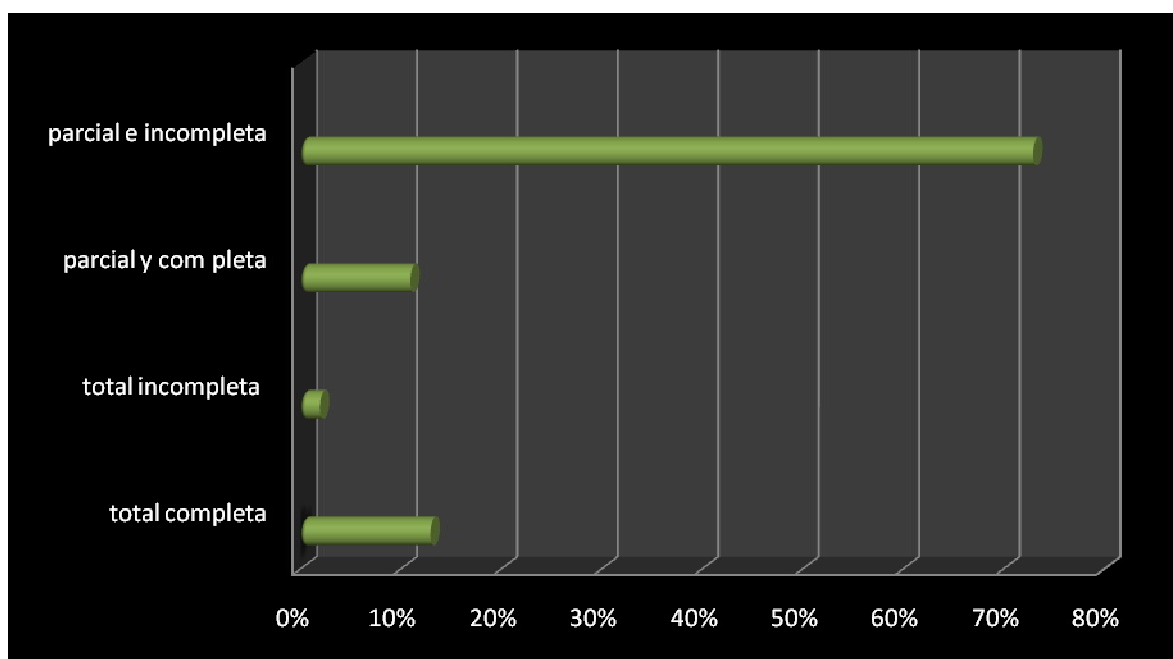
El peso fetal: la mayoría tuvo un peso normal entre 2500 y 3999 gr: 43 casos (95%); con un peso menor a 2500 gr: 5 casos (1%) y con un peso mayor a 4000 gr: 2 casos (4%).

En relación al cuadro clínico, 24 (53,3%) fueron casos asintomáticos y 21 (46,6%) tuvieron sintomatología previa.

Con respecto al momento del diagnóstico de la rotura uterina, ninguna RU se diagnosticó antes del parto. En 33 casos (73,3%) se diagnosticó durante el trabajo de parto y en 12 casos (26,6%) fue hallazgo fortuito durante la intervención cesárea.

El tipo de RU dominante fue rotura parcial e incompleta con 33 casos (73,3%)(gráfico 2).

Gráfico 2: Tipos de rotura uterina asociadas a cicatriz cesárea previa (n 45)



Las causas de la intervención cesárea previa fueron: por periodo intergenesico corto: 4 casos (8,8%), por macrosomía fetal: 7 casos (15%) y por otras causas: 39 casos (87%). El tratamiento más frecuente fue la histerorrafia: 40 casos (88%), seguido por medidas no quirúrgicas: 4 casos (8,8%) y en 1 sólo caso (2,2%) se realizó histerectomía.

DISCUSION

La prevalencia de rotura uterina fue relativamente baja (4%) lo cual consideramos baja en relación al tipo de pacientes que se recibe en el Servicio, las cuales en su mayoría no tienen control prenatal y son de alto riesgo.

El grupo etario más frecuente es el de adulta joven coincidiendo con la etapa de mayor fertilidad.

Preocupan que la mayoría de los casos eran asintomáticos, retardándose en algunos casos el diagnóstico y elevando el riesgo de complicaciones.

CONCLUSIONES

La rotura uterina tuvo una prevalencia de 4%.

La mayoría de las gestaciones al momento de la RU eran de término y en la minoría de los casos eran de edad gestacional muy temprana.

La mayoría de los casos de RU el peso de los productos se encontraba en rango considerado normal y en la minoría de los casos en madres con fetos de bajo peso.

En la mayoría de los casos la RU fue parcial e incompleta.

De la totalidad de pacientes con cicatriz previa la mayoría fueron a una nueva cirugía por diversas causas sin predominar ninguna en especial.

La Histerorrafia fue el tratamiento predominante y en un solo caso se llegó a la histerectomía

La evolución de los casos de RU en cicatriz previa fue en general favorable

La mejor estrategia es pensar en la rotura uterina y actuar de acuerdo con el diagnóstico probable.

CONFLICTO DE INTERÉS

La autora declara no existir conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. IMPAC. Manejo de las complicaciones del embarazo y parto. Dirección de programas de salud. MSP y BS .Paraguay. 2002
2. Williams S. Manual de Obstetricia. Ed.21. 1999.
3. Kaser M. Atlas de cirugía . Ed Ateneo 2.003

4. Schwarcz R, Sala C, Duverges M. *Obstetricia*. 5ta Edición. El Ateneo 1995.
5. Carrera Macia J. *Protocolos de Obstetricia*. 3ra Edición. 1997.
6. Ruoti AM, Ruoti M. *Obstetricia y Perinatología*. Editorial EFACIM 1999.
7. Vera H. The client's view of high quality care in Santiago, Chile. *Stud in Fam Plann*. 1993;24(1):40-49.
8. Ames RPM. Rupture of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1881; 14: 361-95
9. Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 332-7.
10. Gregory KD, Korst LM, Cane P, Platt LD, Kahn K. Vaginal birth after cesarean and uterine rupture rates in California. *Obstet Gynecol* 1999; 94: 985-9.
11. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AE. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 1996; 335: 689-95.
12. Lyndon M, Holt V, Easterling T, Martin D: Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001; 345: 3-8.
13. Miller D, Goodwin M, Gherman R, Paul R. Intrapartum rupture of the unscarred uterus. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 671-3.
14. Eden R, Parker R, Gall S. Rupture of the pregnant uterus: A 53 year review. *Obstet Gynecol* 1986; 68(5): 671-4
15. Sweeten K, Graves W, Athanassiou A. Spontaneous rupture of the unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 1851-6.
16. Leung AS, Leung EK, Paul RH. Uterine rupture after previous cesarean delivery: maternal and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 689-94.
17. Ferguson RK, Reid DE. Rupture of the uterus: A twenty-year report from the Boston Lying in Hospital. *Am J Obstet Gynecol* 1958; 76: 172-80.
18. Gurudut KS, Gouda HS, Aramani SC, Patil RH. Spontaneous rupture of unscarred gravid uterus. *J Forensic Sci*. 2011; 56 Suppl 1:S263-5.
19. Bennett B: Uterine rupture during induction of labor at term with intravaginal misoprostol. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 832-3.
20. Khabbaz AY, Usta IM, El-Hajj MI, Abu-Musa A, Seuod M, Nassar AH. Rupture of an unscarred uterus with misoprostol induction: case report and review of the literature. *J Matern Fetal Med* 2001; 10(2): 141-5.
21. Schrinky DC, Benson RC. Rupture of the pregnant uterus. *Obstet Gynecol Surv* 1978; 33: 217.
22. Beacham WD, Beacham DW, Webster HD. Rupture of the uterus at New Orleans Charity Hospital. *Am J Obstet Gynecol* 1970; 106: 1083.
23. . Saulding L, Gallup D: Current concepts of management of the rupture of the gravid uterus. *Obstet Gynecol* 1979; 54(4): 437-41.
24. Sheth SS: Results of treatment of rupture of the uterus by suturing. *J Obstet Gynecol Br Common* 1968; 75: 55-8.

25. Agüero O, Kizer S. Obstetric prognosis of the repair of the uterine rupture. *Surg Gynecol Obstet* 1968; 127: 528-30
26. Yap OW, Kim ES, Laros RK. Maternal and neonatal outcomes after uterine rupture in labor. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184(7): 1571-81.
27. Yazigi CA, Heinne RM. Muerte materna causada por rotura uterina espontánea en una primípara. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1991; 56(4): 291-2
28. Bruce J. Fundamental elements of quality of care: a simple framework. *Stud Fam Plann.* 1990 Mar-Apr;21(2):61-91
29. Reid AJ. Maternal mortality: preventing the tragedy in developing countries. *Can Fam Physician.* 1990 Jan; 36:87-91.
30. Kaplan B, Royburt M, Peled Y, Hirsch M, Hod M, Ovadia Y, Neri A. Routine revision of uterine scar after prior cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1994 Jul;73(6):473-5.
31. Penso C. Vaginal birth after cesarean section. *Obst. Ginecol.* 1994,6(5):417-425.
32. Chattopadhyay SK, Sherbeeni MM, Anokute CC. Planned vaginal delivery after two previous caesarean sections. *Br J Obstet Gynaecol.* 1994 Jun;101(6):498-500.
33. Grobman WA; Lai Y; Landon MB; Spong CY; Leveno KJ; Rouse DJ et al. Prediction of uterine rupture associated with attempted vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199(1): 30.e1-5
34. Phelan JP, Clark SL, Diaz F. Vaginal birth after cesarean section. *Am Journal Obst Ginecol* 1987;157: 1510-1515.
35. Bobadilla JL, Wallicer GJA. Early neonatal mortality and cesarean delivery in Mexico City. *Am J. Obst Ginecol.* 1991;164:22-28.
36. Nkwabong E, Kouam L, Takang W. Spontaneous uterine rupture during pregnancy: case report and review of literature. *Afr J Reprod Health.* 2007;11(2):107-12
37. Ekanem EI, Etuk SJ, Ekott MI, Ekabua JE, Iklaki C. Socio demographic profile and presentations of patients with ruptured gravid uterus in Calabar Nigeria. *Niger J Med.* 2008 Jan-Mar;17(1):78-82.
38. Wilmink FA; Hukkelhoven CW; Lunshof S; Mol BW; van der Post JA; Papatsonis DN. Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry. *Am J Obstet Gynecol* 2010 Mar; 202(3): 250.e1-8.