

## CASOS CLÍNICOS

---

# Rotura uterina sin cicatriz de cesárea anterior: Experiencia de médicos generales en Sichili, Zambia, África

Daniela Martín M<sup>1</sup>, Juan Pablo Ceroni D<sup>1</sup>, Andrea Sepúlveda H<sup>1</sup>.

### RESUMEN

*La rotura uterina es una situación clínica que puede aparecer durante el parto o más raramente durante el embarazo. Puede comprometer seriamente la vida materna y fetal, así como condicionar secuelas en ambos.*

*Actualmente la principal causa de rotura uterina es el tener cicatriz de cesárea anterior, la rotura en útero intacto es muy baja y se describen causas como macrosomía fetal, multiparidad, uso de ocitocina, versiones fetales y anomalías uterinas.*

*Se presenta el caso de una paciente de 31 años, multipara de 2, sin cicatriz de cesárea anterior, sin antecedentes mórbidos de relevancia, derivada de Mbonabi (100 km transportada en carreta) por presentación podálica con 36 horas de trabajo de parto. Se decide realizar cesárea. Al ingreso latidos cardiorrespiratorios presentes, palpación de fondo uterino y signos vitales normales. Al realizar aseptización del área operatoria se observa irregularidad abdominal, palpación de partes fetales sin dolor a palpación. Se realiza laparotomía Pfannenstiel, en la cual se descubre feto en cavidad peritoneal muerto, útero con única rotura de bordes claros. Se realiza histerografía. Paciente evoluciona afebril y se deriva para histerectomía diferida. El control prenatal y el uso del ultrasonido resultan altamente beneficiosos tanto para el normal desarrollo y seguimiento del feto y del embarazo, como para evaluar patologías tanto maternas como fetales así como toda otra situación que pudiera complicar el trabajo de parto y por ende poner en riesgo tanto la salud de la madre como del hijo.*

**Palabras claves:** Rotura uterina, trabajo de parto prolongado, África.

### SUMMARY

*Uterine rupture is a clinical situation that may occur during delivery or, less frequently during pregnancy. Can seriously compromise maternal and fetal life and condition in both sequels.*

---

<sup>1</sup> Departamento de Obstetricia y Ginecología. Campus Oriente de Peñalolén. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Correspondencia: Daniela Martín M. Cabo Segundo Julio Pavez Ortiz 5671, Peñalolén, Santiago, Chile. E mail: danimmlg@yahoo.com

*Currently the leading cause of uterine rupture is having previous cesarean scar, rupture in intact uterus is very low and is related to causes such as fetal macrosomy, multiparity, use of oxytocin, fetal and uterine anomalies versions are described.*

*We are presenting the case of a 31 years old patient, 2 multipara without previous cesarean scar, no history of morbid relevance derived from MBONABI (100 km transported by wagon) for breech presentation and with history of 36 hours of labor.*

*Decided to perform cesarean. At admission cardiotocographic beats are present, palpation of uterous fundus and normal vital signs. When performing abdominal aseptization irregularity of the operative area, palpation of fetal parts is observed. Pfannenstiel laparotomy is performed, in which the fetus is discovered dead in peritoneal cavity, ruptured uterus with clear edges only. Conducted hysterorafia. Patient with good outcome and is derived for delayed hysterectomy.*

*Prenatal care and the use of ultrasound are highly beneficial for both normal development and monitoring of the fetus and pregnancy, and to assess pathologies both maternal and fetal well as any other conditions that might complicate labor and thus put at risk the health of both mother and child.*

**Key words:** Ruptured uterus, prolonged labor, Africa.

## INTRODUCCIÓN

La rotura uterina es una situación clínica que puede aparecer durante el parto o más raramente durante el embarazo. Puede comprometer seriamente la vida materna y fetal, así como condicionar secuelas en ambos. La rotura uterina puede comunicarse directamente con la cavidad abdominal (rotura completa) o puede quedar separada de ésta por el peritoneo visceral del útero o del ligamento ancho (rotura incompleta)<sup>1-2</sup>. Según la causa o factores predisponentes de la rotura, se clasifica en: (i) rotura de cicatriz uterina previa; (ii) rotura traumática; y (iii) en rotura espontánea. En la mayoría de los casos se presenta en gestantes con una cesárea anterior<sup>3</sup>.

En el siglo XIX se realiza la primera publicación de 100 casos de roturas uterinas, en úteros intactos<sup>4</sup>, ya que en aquella época no era factible realizar una cesárea. Con el pasar del tiempo esto ha ido cambiando y las distintas series publicadas están constituidas cada vez más por un número mayor de casos de rotura uterina en pacientes con cicatriz de cesárea. Actualmente, este antecedente es el principal factor de riesgo para presentar una rotura uterina<sup>5-8</sup>.

La posibilidad de una rotura uterina en un útero intacto es muy baja, y a diferencia de los úteros con cicatriz, estos casos parecen ir en disminución<sup>9,10</sup>. Hasta la fecha y desde el reporte realizado por Ames en 1881, no hay más de 500 casos en la literatura<sup>4</sup>.

Se han descrito, algunos factores de riesgo<sup>11</sup>, entre los cuales se mencionan la multiparidad, macrosomía fetal, uso de ocitocina, versiones fetales y anomalías uterinas. A pesar de estas causas la mayoría de los casos se presentan de forma imprevisible, y con complicaciones maternas y fetales variables<sup>12</sup>.

## CASO CLÍNICO

Previo consentimiento informado materno para su publicación, presentamos el caso de una paciente de 31 años multípara de 2, sin cicatriz de cesárea anterior y sin antecedentes mórbidos de relevancia. Es derivada de Mbonabi, pueblo que se encuentra a 100 km de distancia de Sichili (Hospital de distrito), es transportada en carreta.

Ingresa con historia de trabajo de parto en centro de salud rural (estos centros no poseen atención médica) de 36 horas de evolución. Al examen físico general paciente se encuentra hemodinámicamente estable con presión arterial de 110/60 y frecuencia cardíaca de 90 por minuto, temperatura axilar 37,6°C. Examen cardiopulmonar sin alteraciones. Examen abdominal: blando, depresible, indoloro, ruidos hidroaéreos presentes, útero grávido con contracción. Al examen físico obstétrico tacto vaginal: dilatación completa, membranas rotas, presentación podálica.

Sin recurso de monitorización fetal electrónica, con pinard: ritmo cardíaco fetal presente pero débil. Se decide realizar cesárea de urgencia, por lo que se debe improvisar por falta de pabellón en ese momento, un área estéril. En la aseptización del área operatoria se observa irregularidad abdominal y se palpan partes fetales. Se realiza laparotomía Pfannenstiel, en la cual se descubre feto en cavidad peritoneal muerto, útero con única rotura de bordes claros.

Se sutura útero con catgut crómico 2, sin lesión vesical. Paciente permanece con signos vitales estables durante toda la cirugía.

Exámenes de laboratorio previo a cirugía: recuento de leucocitos: 23.000 por mm<sup>3</sup>, hematocrito 32%, he-

moglobina 12 gramos/dL, plaquetas 322.000 por mm<sup>3</sup>, grupo sanguíneo O Rh positivo.

Evoluciona afebril, con disminución de glóbulos blancos, se transfunde una unidad de glóbulos rojos, hemoglobina de control de 8 gramos/dL, recuento leucocitos 9.000 por mm<sup>3</sup>, plaquetas 419.000 por mm<sup>3</sup>. Se decide derivación para histerectomía diferida.

#### DISCUSIÓN

Presentamos el caso de una paciente con rotura uterina sin cicatriz de cesárea previa. Se ha descrito que la rotura uterina en úteros sin cicatriz de cesárea anterior es poco frecuente, los mayores factores predisponentes para la rotura uterina han sido la multiparidad, trauma obstétrico, fetos macrosómicos, distocias de presentación, versiones externas e internas, partos en podálica y partos instrumentalizados<sup>13</sup>.

En países del primer mundo causas como la macrosomía fetal y las distocias de presentación son diagnosticadas precozmente gracias al control prenatal con ecografía

obstétrica. En este caso debido a la extrema ruralidad y el mal control prenatal esto no fue posible.

Nos enfrentamos a una paciente que fue derivada tardíamente desde el centro de salud rural lo que nos hace cuestionarnos el manejo del parto en países subdesarrollados donde al parecer no existe educación sobre el trabajo de parto prolongado, mal uso del partograma y derivación tardía.

Por la situación extrema, teniendo en cuenta la falta de materiales, pabellón improvisado, e inexperiencia como médicos generales en histerectomía, se decide realizar histerorrafia y no histerectomía.

#### CONCLUSIÓN

El control prenatal y el uso del ultrasonido resultan altamente beneficiosos tanto para el normal desarrollo y seguimiento del feto y del embarazo, como para evaluar patologías tanto maternas como fetales así como toda otra situación que pudiera complicar el trabajo de parto y por ende poner en riesgo tanto la salud de la madre como del hijo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. CUNNINGHAM FG, GANT NF, LEVENO KJ, GILSTRAP LC, HAUTH JC, WENSTROM KD. Williams Obstetricia. 21<sup>th</sup> ed. Philadelphia: McGraw-Hill; 2001. P 646-7.
2. CABRERO ROURA L, editor. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid: Panamericana; 2003.
3. OFIR K, SHEINER E, LEVY A, KATZ M, MAZOR M. Uterine rupture: differences between a scarred and unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 425-9.
4. AMES RPM. Rupture of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1881; 14: 361-95.
5. RAGETH JC, JUZI C, GROSSENBACHER H. Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 332-7.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. MILLER D, GOODWIN M, GHERMAN R, PAUL R. Intrapartum rupture of the unscarred uterus. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 671-3.
10. EDEN R, PARKER R, GALL S. Rupture of the pregnant uterus: A 53 year review. *Obstet Gynecol* 1986; 68(5): 671-4.
11. SWEETEN K, GRAVES W, ATHANASSIOU A. Spontaneous rupture of the unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 1851-6.
12. LEUNG AS, LEUNG EK, PAUL RH. Uterine rupture after previous cesarean delivery: maternal and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 689-94.
13. BELMAR C, POBLETE J, ABARZÚA F, OYARZÚN E. Rotura uterina en pacientes sin cicatriz uterina. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67(3): 180-3.