

**RUPTURA UTERINA EN PACIENTE SIN CICATRIZ UTERINA PREVIA, REPORTE
DE CASO CLINICO**



MARIA VALENTINA GUTIÉRREZ MARTINEZ

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA MEDICINA

VALLE DEL CAUCA

TULUÁ

2022

**RUPTURA UTERINA EN PACIENTE SIN CICATRIZ UTERINA PREVIA,
REPORTE DE CASO CLINICO**



MARIA VALENTINA GUTIÉRREZ MARTINEZ

DIRECTOR

LEONARDO BELTRÁN ANGARITA

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA MEDICINA

VALLE DEL CAUCA

TULUÁ

2022

Resumen

La ruptura uterina hace referencia al desgarro de una porción del útero; esta puede ser traumática resultado principalmente de maniobras obstétricas o espontánea en pacientes sin hiperdinamia o traumatismo asociado, dependiendo de la extensión puede ocasionar compromisos maternos y fetales leves o severos, en este artículo se expone el caso de una paciente sin antecedentes clínicos de relevancia, quien inicia un trabajo de parto espontáneo con posterior conducción de la dinámica uterina con medicamentos uterotónicos, durante el segundo periodo se establece un trabajo de parto estacionario asociado a pérdida del bienestar fetal, por lo que se decide llevar a cesárea de emergencia donde se hace el diagnóstico de ruptura uterina con choque hemorrágico. Esta revisión de caso tiene como objetivo resaltar a la ruptura uterina como una causa importante de morbimortalidad materna y perinatal, su etiología multifactorial no anticipa completamente dicho desenlace clínico; sin embargo, el adecuado manejo de uterotónicos, la monitorización adecuada materno-fetal y el diagnóstico temprano si logran reducir los resultados catastróficos.

PALABRAS CLAVE: Ruptura uterina, choque hemorrágico, complicación del trabajo de parto.

ABSTRACT

Uterine rupture refers to the tearing of a portion of the uterus; this can be traumatic, mainly the result of obstetric maneuvers or spontaneous in patients without hyperdynamics or associated trauma, depending on the extension it can cause mild or severe maternal and fetal compromises, in this article the case of a patient without relevant clinical history is presented, who spontaneous labor begins with subsequent conduction of uterine dynamics with uterotonic drugs, during the second period a stationary labor associated with loss of fetal well-being is established, so it is decided to carry out an emergency cesarean section where the diagnosis is made Uterine rupture with hemorrhagic shock. This case review aims to highlight uterine rupture as an important cause of maternal and perinatal morbidity and mortality, since its multifactorial etiology does not fully anticipate said clinical outcome; however, proper management of uterotonics, adequate maternal-fetal monitoring, and early diagnosis do reduce catastrophic outcomes.

KEYWORDS: Uterine rupture, Shock, Hemorrhagic, Labor Complications

Tabla de Contenido

	Pág.
Resumen	III
Abstract	;Error! Marcador no definido.
Introducción	1
1. Desarrollo del trabajo de investigación o tesis	;Error! Marcador no definido.
Bibliografía	;Error! Marcador no definido.
Anexos	;Error! Marcador no definido.

Introducción

La ruptura uterina definida como la lesión ya sea de un segmento o del cuerpo uterino, es una complicación obstétrica que representa una emergencia médica cuenta con una tasa de mortalidad del 15.9%; comprometiendo el bienestar tanto materno como fetal; aunque su incidencia es mayor en gestantes con cicatriz uterina previa en pacientes sin antecedentes de relevancia obstétrica va en incremento, la administración de uterotónicos no supervisada adecuadamente es un factor de riesgo muy importante en la ruptura espontánea en pacientes sin cicatriz uterina anterior (1) puede incrementar la tasa de mortalidad hasta un 46%. El espectro clínico de esta condición puede variar desde formas leves a compromiso hemodinámico grave según el tamaño y el daño de la pared uterina, el segmento más frecuentemente afectado es el fondo uterino y la pared uterina anterior (2), el diagnóstico oportuno de esta complicación sigue siendo un desafío médico, ya que estos síntomas pueden aparecer en una etapa tardía o pueden no estar presentes en absoluto, por lo cual es necesario que el personal de salud reconozca cambios clínicos, imagenológicos y alteraciones en la dinámica uterina que permitan alertar sobre esta entidad (3) para realizar un tratamiento temprano y oportuno, mejorando así los desenlaces clínicos materno-fetales.

PRESENTACION DEL CASO CLINICO

Paciente de 31 años de edad, G4P1A2, con embarazo de 40 semanas, ingresó al servicio de urgencias refiriendo contracciones uterinas sin otro síntoma asociado. Durante interrogatorio aporta registro de controles prenatales completos sin hallazgos de riesgo, rastreo ecográfico y paraclínicos de tamizaje sin alteraciones. Al examen físico paciente ingresa en buenas condiciones generales, signos vitales en rangos de normalidad, estable hemodinamicamente, con útero grávido no reactivo en presencia de feto único vivo en presentación cefálica y posición dorso izquierdo, con frecuencia cardiaca fetal de 132 LPM, al tacto vaginal se encuentra canal vaginal eutérmico, con 3 cm de dilatación 70% de borramiento, membranas ovulares integra y presentación cefálica en estación -2 según planos de De Lee, se toma monitoreo fetal el cual se reporta categoría I con dinámica uterina aun irregular. Se inició conducción del trabajo de parto con oxitocina y se consideró estacionario después de unas horas de no progresión durante el segundo periodo y se asoció a pérdida del bienestar fetal representado por bradicardia fetal y desaceleraciones tardías en la monitoria intraparto. Se trasladó paciente a quirófano para realización de cesárea de emergencia. En dicho procedimiento se evidenció ruptura uterina con compromiso de segmento inferolateral derecho desencadenando hemoperitoneo de 2L y choque hemorrágico grado IV. Se inició manejo de la hemorragia posparto con necesidad de histerorrafia, transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos y uso de uterotónicos. Además, con posterior traslado a unidad de cuidados intensivos. Allí, se transfundió 1 unidad de glóbulos rojos adicional, 4 unidades de plasma, 6 unidades de crioprecipitados para completar paquete de emergencia como protocolo de transfusión masiva, gluconato de calcio como quelante de citrato en contexto de politransfusión. Por otra, aunque presentó taquicardia supraventricular que requirió cardioversión farmacológica, evolucionó satisfactoriamente, con posterior traslado a sala de hospitalización de Gineco-obstetricia.

CONSENTIMIENTO

Yo YESSICA MARIA QUICENO identificado con 1116257366 No. declaro que MARIA VALENTINA GUTIERREZ, identificado con CEDULA No. 1116284588 me ha informado sobre su intención de divulgar y hacer público el caso clínico.

- Estoy legalmente autorizado para dar este consentimiento.
- No he recibido presiones de cualquier tipo para participar en el estudio y la decisión de participar la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, consciente y libremente.
- He leído o me han leído la información proporcionada.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas para entender a cabalidad el propósito y condiciones del estudio.
- Entiendo que tengo derecho a retirarme de la participación en este estudio sin que esto afecte mi atención en salud.
- Entiendo que mis datos e imágenes serán manejados con total confidencialidad y reserva.
- Entiendo que no recibiré ningún estímulo económico por la participación en este estudio.

Por tanto, doy mi consentimiento a MARIA VALENTINA GUTIÉRREZ para que el Material (texto, fotografías, imágenes) sobre mí/el paciente sea publicado.

DISCUSION

La ruptura uterina es una emergencia obstétrica que hace referencia a un desgarro de la porción supra vaginal del cuello, segmento o cuerpo uterino, por su localización y extensión pueden ser segmentarias, corporales y mixtas, además si esta incluye solamente el segmento o el cuerpo, se denominan parciales y si abarcan ambas, totales. También, según su etiología pueden ser traumáticas resultado de maniobras obstétricas o espontanea las cuales ocurren fuera de cualquier contexto de hipercinesia o traumatismo. **(4)** Representa una complicación obstétrica asociada al trabajo de parto **(5)** que afecta aproximadamente 5.8 pacientes por cada 10.000 mujeres **(6)**, siendo menos común en pacientes sin cicatriz uterina previa, 1 de cada 20.000 partos **(7)** y con una tasa de mortalidad del 15.9%; sin embargo, en gestantes donde se inicia conducción del trabajo de parto con oxitocina titulable la incidencia de mortalidad puede presentarse en un 13% e incluso aumentar hasta un 46% **(8)**. Dentro de las causas más prevalentes de mortalidad se encontraron el shock hipovolémico, la sepsis, la embolia pulmonar, CID, el íleo paralítico, la peritonitis e insuficiencia renal **(9)**. Existen situaciones clínicas en las cuales aumenta la incidencia de ruptura uterina espontanea dentro de las que se encuentran multiparidad, embarazo múltiple, polihidramnios, acretismo placentario, trabajos de parto distócicos, cicatrices uterinas previas **(10)** sin embargo en nuestro caso la paciente no cumplía con características de riesgo que alertaran al personal médico sobre esta posible complicación. El diagnostico debe sospecharse en toda paciente que presente dolor abdominal agudo e inquietud asociado a sangrado significativo durante el trabajo de parto que desencadene compromiso hemodinámico, estado de choque, deterioro de los signos vitales maternos o de la frecuencia cardiaca fetal **(11)**. Mediante las maniobras de Leopold se palpa pérdida del tono uterino y con mayor facilidad se perciben las estructuras fetales. La ecografía es un método útil en el diagnóstico prenatal de la ruptura uterina espontanea, dentro de los hallazgos ecográficos más significativos se encuentran el hematoma extraperitoneal, la presencia de sangre en la cavidad uterina, sangre libre en el peritoneo, saco gestacional sobre el útero y la presencia de una gran masa uterina con burbujas de gas **(9)**, además permite evaluar el bienestar fetal **(12)**. El tratamiento se enfoca inicialmente en la administración de cristaloides, uterotónicos y hemoderivados si lo

requiere pero el punto que más logra impactar en la morbimortalidad asociada a dicha emergencia obstétrica es realizar una intervención quirúrgica temprana y oportuna que permita corregir los desgarros ocasionados, controlando así el sangrado **(13) (14)**, en nuestro caso se logró el traslado oportuno de la paciente y realización exitosa de histerorrafia con control del sitio de hemorragia esta conducta asociada al manejo medico estandarizado, permitió una estabilización hemodinámica de la gestante lo cual favoreció el desenlace clínico. Por otro lado, y no menos relevante la monitoria fetal intraparto es un parámetro con buena sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de la ruptura uterina ya que un defecto en la pared reduce la tensión de musculo uterino y esto conlleva a que exista una disminución en la contractibilidad, frecuencia y amplitud de la contracción, por lo tanto, patrones de actividad uterina monitoreados mediante tocodinamometro externo podrían proporcionar signos de advertencia de ruptura uterina. (3)

CONCLUSION

La ruptura uterina es una causa relevante de mortalidad materno-fetal. Existen factores de riesgo inherentes de la gestante que aumentan la incidencia de ruptura espontánea en pacientes sin cicatriz uterina previa, sin embargo, dentro de los factores de riesgo modificables se encuentran la inducción y estimulación del trabajo de parto por lo que se recomienda el uso cuidadoso de uterotónicos, la evaluación continua del progreso, el diagnóstico y manejo oportuno de las complicaciones. Así mismo la etiología de la ruptura uterina es multifactorial lo que impide predecir completamente el número de pacientes que se verán afectadas por esta condición médica. Sin embargo, el diagnóstico y manejo temprano son las estrategias que más impactan en la morbimortalidad materna y perinatal asociada.

REFERENCIAS

1. _Catanzarite, V., Cousins, L., Dowling, D., & Daneshmand, S. (2006). Oxytocin-associated rupture of an unscarred uterus in a primigravida. *Obstetrics and gynecology*, 108(3 Pt 2), 723–725.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000215559.21051.dc>
2. Guèye, M., Mbaye, M., Ndiaye-Guèye, M. D., Kane-Guèye, S. M., Diouf, A. A., Niang, M. M., ... & Moreau, J. C. (2012). Spontaneous uterine rupture of an unscarred uterus before labour. *Case reports in obstetrics and gynecology*, 2012.
3. Vlemminx, M. W., de Lau, H., & Oei, S. G. (2017). Tocogram characteristics of uterine rupture: a systematic review. *Archives of gynecology and obstetrics*, 295(1), 17–26. <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4214-7>
4. Leung, F., Courtois, L., Aouar, Z., Bourtembourg, A., Eckman, A., Terzibachian, J. J., ... & Riethmuller, D. (2009). Rupture spontanée de l'utérus non cicatriciel pendant le travail. À propos d'un cas et revue de la littérature. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 37(4), 342-345.
5. Guèye, M., Mbaye, M., Ndiaye-Guèye, M. D., Kane-Guèye, S. M., Diouf, A. A., Niang, M. M., ... & Moreau, J. C. (2012). Spontaneous uterine rupture of an unscarred uterus before labour. *Case reports in obstetrics and gynecology*, 2012.
6. You, S. H., Chang, Y. L., & Yen, C. F. (2018). Rupture of the scarred and unscarred gravid uterus: Outcomes and risk factors analysis. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, 57(2), 248–254.
<https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.02.014>
7. Leroux, M., Coatleven, F., Faure, M., & Horovitz, J. (2014). Rupture utérine bilatérale sur utérus gravide non cicatriciel en dehors du travail [Bilateral uterine rupture of an unscarred gravid uterus before labor]. *Gynecologie, obstetrique & fertilité*, 42(6), 454–457. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2013.08.018>

8. Fatfouta, I., Villeroy de Galhau, S., Dietsch, J., Eicher, E., & Perrin, D. (2008). Rupture utérine spontanée sur utérus sain pendant le travail: à propos d'un cas et revue de la littérature [Spontaneous uterine rupture of an unscarred uterus during labor: case report and review of the literature]. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 37(2), 200–203.
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2007.09.006>
9. Dane, B., & Dane, C. (2009). Maternal death after uterine rupture in an unscarred uterus: a case report. *The Journal of emergency medicine*, 37(4), 393–395.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2007.10.040>
10. Dimitrova, D., Kästner, A. L., Kästner, A. N., Paping, A., Henrich, W., & Braun, T. (2022). Risk factors and outcomes associated with type of uterine rupture. *Archives of gynecology and obstetrics*, 10.1007/s00404-022-06452-0. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06452-0>
11. Savukyne, E., Bykovaite-Stankeviciene, R., Machtejeviene, E., Nadisauskiene, R., & Maciuleviciene, R. (2020). Symptomatic Uterine Rupture: A Fifteen Year Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(11), 574.
<https://doi.org/10.3390/medicina56110574>
12. Aichouni, N., Belharti, A., Saadi, H., Mimouni, A., Nasri, S., & Skiker, I. (2021). Spontaneous uterine rupture of an unscarred uterus revealed by a subocclusive syndrome: A case report and review of the literature. *Radiology case reports*, 16(12), 3787–3789. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2021.09.016>
13. Berhe, Y., & Wall, L. L. (2014). Uterine rupture in resource-poor countries. *Obstetrical & gynecological survey*, 69(11), 695–707.
<https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000123>
14. Chang Y. H. (2020). Uterine rupture over 11 years: A retrospective descriptive study. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 60(5), 709–713. <https://doi.org/10.1111/ajo.13133>
15. Aboughalia, H., Basavalingu, D., Revzin, M. V., Sienas, L. E., Katz, D. S., & Moshiri, M. (2021). Imaging evaluation of uterine perforation and rupture. *Abdominal radiology (New York)*, 46(10), 4946–4966. <https://doi.org/10.1007/s00261-021-03171-z>