

ROTURA UTERINA.

María Alba Rodríguez Gómez

Verónica García Romero

Marta Delgado Márquez

PALABRAS CLAVE

“Rotura Uterina”, “Uterine”, “Ruptura”

RESUMEN.

La rotura uterina es una solución de continuidad patológica de la pared uterina. Cuando la ruptura es completa es la complicación obstétrica más grave ya que presenta una alta morbimortalidad tanto para la madre como para el feto, de ahí la importancia de ser capaz de realizar un diagnóstico y tratamiento precoz. La rotura de un útero intacto es muy rara, su incidencia está entre 1/5700 y 1/20.000 embarazos. La mayoría se producen en úteros que presentan una cicatriz previa, como una cesárea anterior. La incidencia de la rotura de útero ha ido en aumento debido al incremento de intentos de partos vaginales tras cesárea anterior. La rápida actuación ante la aparición de signos y síntomas que nos hagan sospechar una rotura uterina es de vital importancia de ahí el valor de formar al personal sanitario al respecto.

INTRODUCCIÓN

La rotura uterina es una solución de continuidad patológica de la pared uterina. La podemos encontrar en varias situaciones, aunque la más común es en el segmento inferior.

La rotura uterina completa es la complicación obstétrica más grave ya que presenta una alta morbimortalidad tanto para la madre como para el feto, de ahí la importancia de ser capaz de realizar un diagnóstico y tratamiento precoz. A pesar de que en los países menos desarrollados sigue siendo una de las causas más frecuentes de mortalidad materna sólo superada por las hemorragias del cuarto período, en los países más avanzados raramente ello implica una muerte materna, esto se debe a la correcta realización del control de la gestación, así como del aumento de los recursos asistenciales¹.

OBJETIVO.

El objetivo de este trabajo es revisar la evidencia científica a cerca de la rotura uterina, para actuar de la manera más correcta si se presenta la situación.

METODOLOGÍA.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sensible y exhaustiva, buscando principalmente, revisiones bibliográficas y estudios clínicos aleatorios, en bases de datos como: Medline, Gerión,

Pubmed, Embase, Cinahl, Cochrane Plus, CUIDEN y la Biblioteca Virtual del Servicio Extremeño de Salud. Tomando como referencia artículos de alta evidencia científica y tomando como criterios de exclusión aquellos artículos de baja evidencia, según la guía NICE.

Además, se consultaron otras páginas de interés como la web de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) o la página de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se llevó a cabo una búsqueda de las palabras claves “uterine”, y “ruptura”, en inglés y también en español. Se encontraron más de 100 artículos en las diferentes bases de datos. Se excluyó todos los artículos que fueran anteriores al año 2006.

RESULTADOS.

Existen varios modos de clasificar la rotura uterina dependiendo de varios factores²:

a. Según su profundidad: Puede ser una rotura uterina completa (existe una disrupción de todas las capas, incluyendo la serosa, por lo que se comunica directamente con la cavidad abdominal), presenta una importante morbimortalidad materno-fetal. Rotura uterina incompleta o dehiscencia, aquí la serosa permanece intacta, en muchas ocasiones no presenta clínica y sus complicaciones son mucho más leves. Por otro lado, hay autores que utilizan el término rotura cuando no existe cicatriz previa y dehiscencia cuando sí la hay.

b. Según el mecanismo de producción estaríamos hablando de espontáneas (por debilidad miometrial como en cicatrices anteriores), Activas cuando son provocadas por una hiperdinamia o Pasivas si son debidas a traumatismos.

c. Se pueden producir durante el embarazo a causa de algún traumatismo, de una placenta pércreta, enfermedad trofoblástica gestacional, o lo más frecuente es que se origine durante el parto.

d. Según la dirección que adquiera la rotura puede ser longitudinal, oblicua, transversa, mixta o una rotura estrellada.

e. Según la extensión y localización puede ser: Rotura vaginal, Cervicales supravaginales, Cervicosegmentarias, Segmentarias (es la zona más frecuente ya que es la zona más débil del útero y también la más fina, por eso, también, suele ser la zona de elección para realizar la incisión durante una cesárea), Segmentocorporales, Corporales, Cervicosegmentocorporales, o Laterales.

Son muchas las causas que pueden desencadenar una rotura uterina³:

i. Lesión uterina o anomalía presente antes del embarazo: Una intervención quirúrgica previa que dañe la integridad del miometrio como una cesárea o una miomectomía con entrada en cavidad uterina, un traumatismo uterino como, por ejemplo, un legrado; o una anomalía congénita.

ii. La lesión uterina se puede producir durante el embarazo actual: Antes del parto, por contracciones espontáneas o por estimulación, amnioinfusión, versión cefálica externa, sobredistensión causada por una gestación múltiple o hidramnios, o una perforación con el catéter de registro de la presión intrauterina. Durante el parto por un alumbramiento manual o un parto instrumental complicado. Por una placenta íncrета o pércreta, neoplasia trofoblástica o adenomiosis.

La rotura de un útero intacto es muy rara, su incidencia está entre 1/5700 y 1/20.000 embarazos⁴. La mayoría se producen en úteros que presentan una cicatriz previa.

En los últimos 30 años se ha producido una tendencia mundial al aumento de la operación de cesárea. Diversas son las razones que explican este suceso. Por un lado, se produce un perfeccionamiento de las condiciones quirúrgicas y anestésicas; por otro lado, la influencia de razones ajenas al enfoque estrictamente médico, como problemas médico-legales o la presión por parte de la paciente por un parto programado, etc. Resulta pues alarmante el incremento progresivo de la tasa de cesáreas ya que no debemos olvidar que la cesárea tiene una mayor morbimortalidad materna, dada por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembólicas, además de un periodo de recuperación y un coste mayor que el parto vaginal¹.

La incidencia de la rotura de útero ha ido en aumento debido al incremento de intentos de partos vaginales tras cesárea anterior. En la actualidad oscila entre el 0,3 y el 1%, siendo mayor en mujeres que tienen un intento de parto vaginal tras cesárea (0,78%) que en aquellas en las que se lleva a cabo la cesárea de manera electiva (0,22%)⁵. Es necesario hacer una selección de forma individualizada de las candidatas para óptimas para intentar el parto vaginal tras una cesárea. Hay que tener en cuenta si la paciente presenta más de una cicatriz en el útero, el periodo intergenésico, si este es inferior a 6 meses tienen significativamente más riesgo potencial de rotura uterina. Si la señora ha presentado fiebre en el trascurso de la cesárea anterior¹.

Es posible predecir la posibilidad de rotura mediante ecografía. En ella se mide el grosor del segmento inferior, no hay un valor exacto que sea suficiente para predecir anteparto la posibilidad de rotura uterina. Con los estudios de imágenes podríamos ver la disrupción del miometrio, si existe líquido libre, hematomas, anhidramnios o partes fetales fuera del útero. Si es necesario se puede recurrir a un RMN o, incluso, a TC. También es muy importante rellenar correctamente el partograma para indicar si es preciso la no progresión.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia recoge en su protocolo medidas para prevenir la rotura⁶:

- Evitar la maniobra de Kristeller.
- Acortar el tiempo de expulsivo en cesáreas anteriores.
- Controlar minuciosamente la oxitocina en partos prolongados, en grandes múltiparas y fetos muertos si se asocia con prostaglandinas.
- En las cesáreas anteriores, seleccionar de manera individual a las pacientes a las que es recomendable permitir el parto por vía vaginal. Evitar el uso de misoprostol.
- Evitar partos y maniobras traumáticas.
- Indicar cesárea electiva en mujeres con cesárea previa longitudinal o en T, con más de dos cesáreas previas, con apertura de la cavidad endometrial (excepto cesárea) o rotura uterina previa.
- En cesáreas anteriores que estén asociadas a otros factores como diabetes gestacional, macrosomía, necesidad de inducción o presentación podálica, no está contraindicado el parto vaginal, pero se debe de actuar con prudencia.

La clínica de la rotura uterina va a variar mucho según la causa, el momento de la rotura o la forma anatómica, pero es de vital importancia reconocer los primeros síntomas para así evitar complicaciones mayores. Los signos premonitorios son^{1,7}:

- Anomalías en la frecuencia cardiaca: Lo más frecuente es una bradicardia grave que puede estar precedida de desaceleraciones tardías. Muerte fetal.
- Hemorragia intraabdominal que conlleva el deterioro hemodinámico de la madre.
- Alteraciones en la dinámica uterina: el cuadro más característico es una fase de hiperdinamia seguida de un patrón en “escalera” que consiste en una disminución progresiva de la intensidad de las contracciones.
- Sangrado vaginal que puede variar de moderado a leve o incluso no existir dependiendo de tipo de rotura. Es típico el incremento del sangrado al mover la presentación mediante el tacto vaginal.
- Dolor abdominal repentino o empeoramiento del mismo, este síntoma puede estar enmascarado por la anestesia.
- Distensión y abombamiento del segmento uterina inferior, doloroso a la palpación y que persiste incluso cuando el útero está relajado.

Si la rotura se produce durante el parto es característicos un dolor abdominal agudo con sensación de desgarro que se irradia a todo el abdomen e, incluso, al hombro por irritación peritoneal. Además, se produce un cese brusco de las contracciones, deterioro brusco de la frecuencia cardiaca, palpación de partes fetales y retroceso de la presentación fetal o cambio de la misma.

El cuadro clínico es especialmente llamativo cuando se trata de una rotura sin cicatriz previa, pero cabe destacar que puede pasar desapercibido cuando es una ruptura de la cicatriz de la cesárea anterior o dehiscencia.

CLÍNICA CLÁSICA
Pérdida de bienestar fetal
Hemorragia vaginal
Deterioro hemodinámico de la madre
Pérdida del plano del feto
Dolor generalizado abdominal agudo
Cese de contracciones
Palpación de partes fetales

Hay roturas que se pueden manifestar durante el postparto con taquicardia materna, deterioro del estado general de la madre y hemorragia vaginal que no cede con el uso de uterotónicos, incluso puede darse hematuria. La rotura en el posparto puede estar relacionada con un parto instrumental, alumbramiento manual, etc.

El diagnóstico se basa fundamentalmente en la clínica. Es importante diferenciar los signos y síntomas de DPPNI o la corioamnionitis que pueden ser parecidos.

La rotura de útero es una situación emergente en la que hay que actuar de manera inmediata. No se debe intentar el parto por vía vaginal. Cuando existe una sospecha de rotura, en pacientes hemodinámicamente inestables deberían estabilizarse mediante fluidoterapia y, posteriormente, finalizar el parto por cesárea. También administraremos antibióticos, siendo mayor el riesgo de infección cuando se repara la lesión que cuando se practica una histerectomía. Si coexiste la atonía de útero tras la reparación se pueden administrar uterotónicos. La reparación suele primar en pacientes jóvenes con deseos gestacionales, aunque a veces la gravedad y/o extensión de la lesión obligan a realizar una histerectomía.

TRATAMIENTO
Laparotomía inmediata: reparación si es posible, sino hysterectomía.
Revisión del resto de la cavidad, especialmente vejiga y parametrios.
Medidas de soporte: fluidoterapia, expansores, transfusión sanguínea.
Esterilización tubárica si no deseo genésico.
Profilaxis antibiótica

El riesgo de recurrencia de la rotura uterina va desde el 22 al 100%⁸. La mayoría de los obstetras abogan por hacer una cesárea programada antes de que se ponga de parto⁶. En el caso en el que la lesión haya afectado al fondo uterino, en el cuál la posibilidad de recurrencia es mucho mayor, una estrategia razonable sería evaluar la madurez pulmonar entre la semana 34-35 mediante amniocentesis, y llevar a cabo cesárea electiva si los pulmones están maduros. Si aún no, administrar corticoides y cesárea a las 48 horas.

Cuidados de enfermería.

Para prevenir que ocurra la rotura uterina debemos de recomendar ciertas medidas que disminuyan las posibilidades de sufrirla.

Antes del embarazo:

- Se recomienda que siga una dieta equilibrada y haga ejercicio de manera regular para mantener un estado óptimo de salud y de normopeso, así evitar la obesidad que se relaciona con mayor incidencia de rotura uterina.
- Debemos de hacer comprender a la persona la importancia que tiene respetar el tiempo mínimo intergenésico, unos 18 meses, y explicarle las posibles complicaciones que puede tener si esto no se cumple, sobre todo el gran aumento del riesgo cuando este periodo es inferior a 6 meses. Tenemos que hacer especial hincapié cuando presente una cesárea anterior.
- El riesgo en grandes multíparas también está aumentado por lo que debemos de explicarle las posibles complicaciones que acarrearía un nuevo embarazo. De igual manera ocurre con la edad materna avanzada por lo que recomendaremos actuar con moderación.

Durante el embarazo:

- Se debe evitar la versión cefálica externa si la señora presenta factores de riesgo para la rotura uterina como pueden ser una cesárea anterior, intervenciones quirúrgicas que hayan afectado a la integridad del miometrio como una miomectomía con entrada en cavidad, situaciones de sobredistensión, etc. Antes de realizar esta técnica se debe de hacer una valoración individualizada.

Durante el parto:

- Ante el uso de uterotónicos durante el proceso de parto debemos de tener un especial cuidado y control en gestantes que presenten factores de riesgo de la rotura uterina como en grandes multíparas o partos prolongados y evitar una hiperdinamia que pudiera acarrear esta complicación. En cesáreas anteriores extremar aún más las precauciones y estar atentos a la aparición de síntomas.

- Evitar la maniobra de Kristeller, aún más con factores de riesgo asociados.
- En cesáreas anteriores es recomendable acortar los tiempos de inducción y las fases del parto, evitar expulsivos prolongados, por lo que avisaremos al facultativo responsable de manera más temprana si no desciende la presentación.
- Debemos de extremar las precauciones ante cesáreas anteriores que estén asociadas a otros factores como macrosomía o la necesidad de inducción.

Es muy importante conocer y estar atento a los síntomas premonitorios que nos pueden avisar de una amenaza de rotura y nos permitan un diagnóstico precoz para actuar inmediatamente. Estos signos y síntomas son una hiperdinamia, dolor suprapúbico, ansiedad materna, distensión del segmento uterino inferior, se eleva el anillo de Bandl, alteración en la frecuencia cardíaca y una posible hemorragia vaginal. Los signos de la rotura completa serán más agudos y graves.

Ante la sospecha de la presencia de una rotura uterina avisaremos de inmediato al facultativo responsable, pararemos la administración de oxitocina si es el caso, administraremos fluidoterapia para contrarrestar una posible pérdida de volumen. Ante un patrón patológico del registro cardiotocográfico pondremos a la señora en decúbito lateral izquierdo y le administraremos oxígeno. Controlaremos las constantes, tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura.

En el puerperio inmediato también es posible que se manifieste una rotura uterina o dehiscencia por lo que no solo debemos de estar atentos a la aparición de signos durante el parto sino también después de este.

CONCLUSIONES.

El pronóstico ha mejorado gracias a la preparación de los profesionales que asisten a las mujeres embarazadas y al mejor control de los partos de riesgo. Aun así, lo más frecuente es que haya consecuencias tanto para la madre como para el feto. La consecuencia materna más grave es la necesidad de histerectomía y sus posibles complicaciones, mientras que para el feto es la muerte perinatal y la lesión neurológica pos encefalopatía hipóxico-isquémica.

La rápida actuación ante la aparición de signos y síntomas que nos hagan sospechar una rotura uterina es de vital importancia ya que la morbilidad fetal presenta un aumento exponencial cuando el tiempo que pasa entre la aparición de anomalías en la frecuencia cardíaca fetal y la cesárea excede de 18 minutos⁹.

1. Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Ed. Médica Panamericana; 2010. P 1025-29.
2. Cabero L. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. 2 Ed. Médica Panamericana; 2013. P 1556-59.
3. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT: Fundamentos de Obstetricia. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Panamericana: Madrid; 2007. P 723-33.
4. Smith JF, Wax JR. Rupture of the unscarred uterus. UpToDate. 2013. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/rupture-of-the-unscarred-uterus>.
5. National institutes of Health Consequensus Development Conference Panel. National Institutes of Health Consequensus Development Conference Statement:

vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. *Obstet Gynecol* 2010; 115: 1279-95.

6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). *Protocolo Asistenciales en Obstetricia. Rotura Uterina*. 2013.

7. KoK N, Wiersma IC, Opmeer BC, De Graaf IM, Mol BM, Pajkrt E, et al. Sonographic measurement of lower uterine segment thickness to predict uterine rupture during a trial of labor in women with previous Cesarean section: a metaanalysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 2: 132-9.

8. Chibber R, El-Saleh E, Al Fadhli R, Al Jassar W, Al Harmi J. Uterine rupture and subsequent pregnancy outcome- how safe is it? A 25-year study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010; 23: 421-4.

9. Holmgren C, Scott JR, Porter TF, Esplin MS, Bardsley T. Uterine rupture with attempted vaginal birth after cesarean delivery: decision-to-delivery time and neonatal outcome. *Obstet Gynecol* 2012; 119: 725-31.