

<http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>

Rev méd panacea. 2013; 3(3): 89-92.

Recibido: 08 de Agosto del 2013 | Aceptado: 23 de Noviembre del 2013 | Publicado: 31 de Diciembre del 2013

CONFLICTOS DE INTERÉS: NO DECLARADOS

## REPORTE DE CASOS

# Rotura uterina en la semana 19 de gestación por placenta percreta

Alberto Jhonatan Ramírez-Palomino<sup>1,4,a</sup>, Susan Quispe-Sánchez<sup>1,4,a</sup>, Julia Neira-Goyeneche<sup>1,3,b</sup>, Jesús Castillo-Huwasquiche<sup>3,b</sup>, Jorge Ybaseta-Medina<sup>1,2,b</sup>

Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú<sup>1</sup>

Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú<sup>2</sup>

Hospital Regional de Ica, Ica, Perú<sup>3</sup>

Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de Ica (SOCEMI)<sup>4</sup>

Estudiante de medicina<sup>a</sup>, médico especialista en ginecología y obstetricia<sup>b</sup>

La rotura uterina durante el embarazo es una complicación obstétrica con graves consecuencias para la madre y el feto. La rotura uterina por placenta percreta es inusual. Comunicamos el caso de una paciente de 30 años, con embarazo de 19 semanas, quien ingresó por dolor abdominal de 24 horas de evolución, a predominio en la región hipogástrica, que durante su evolución padeció afectación hemodinámica y aumento del dolor abdominal. Por ultrasonido se observó líquido libre en la cavidad abdominal y mediante la laparotomía se encontró rotura uterina, se extrajo la placenta y el feto dentro de la bolsa amniótica y se realizó histerectomía. El diagnóstico se confirmó mediante estudio histopatológico.

**Palabras claves:** rotura uterina, placenta percreta, hipovolemia, abdomen agudo, histerectomía (fuente: DeCS BIREME).

Autor corresponsal: Alberto Jhonatan Ramírez Palomino.

## INTRODUCCIÓN

La rotura uterina (RU) es una complicación seria del embarazo (1,8,5) que ocurre de manera poco frecuente (2,7) y que se le define como cualquier desgarro o solución de continuidad supracervical en el útero (1,2,7,9). La RU ocasiona elevada mortalidad materna y fetal. En Estados Unidos es responsable del 5% de las muertes maternas y en algunos países en desarrollo llega hasta 50%, la mortalidad fetal puede llegar hasta el 100% (3, 5,7).

El acretismo placentario consiste en una alteración de la placentación, lo que lleva a una adherencia de las vellosidades placentarias al miometrio, atribuido a la ausencia completa o parcial de la decidua basal y membrana fibrinoide de Nitabuch, se puede presentar desde las primeras etapas de la implantación placentaria, en la segunda oleada de invasión trofoblástica, es decir desde las 13 a 14 semanas de embarazo. La incidencia varía en diferentes países, con una incidencia global de 1/7 000 embarazos (4).

Existen tres variantes en el acretismo placentario, la placenta acreta es aquella que sólo llega al miometrio, la increta va a llegar a invadirlo, mientras que la percreta lo atraviesa en su totalidad. De acuerdo a su extensión puede ser focal, parcial o total, según afecten a un cotiledón, varios cotiledones o toda la placenta respectivamente, y según su ubicación puede ser corporal o segmentaria (1).

La placenta percreta, que es la variante menos común del acretismo placentario, es una causa reconocida de rotura uterina aunque es poco frecuente (5).

La RU espontánea sucede porque en algún lugar del útero hay menor resistencia ante una contracción normal. La RU espontánea por placenta percreta puede ocurrir en el primero, segundo o tercer trimestre, con mayor frecuencia se da en el segundo (1).

La RU por perforación de la pared uterina anterior con invasión a la vejiga, ocurre con más frecuencia que la posterior. Las causas

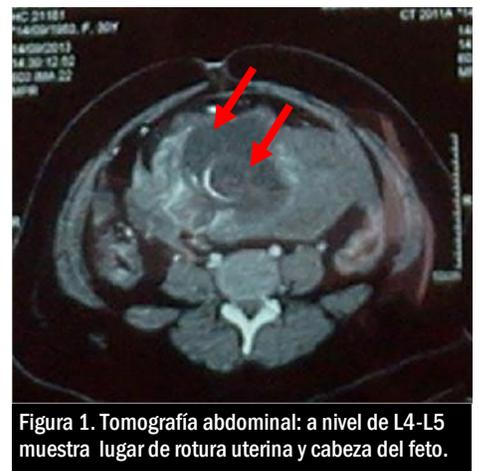


Figura 1. Tomografía abdominal: a nivel de L4-L5 muestra lugar de rotura uterina y cabeza del feto.

de la RU se dividen en tres categorías: cicatriz, traumática y espontánea. La combinación de las dos causas es aún más rara (1).

El cuadro clínico no es específico. La invasión placentaria del miometrio es un proceso indoloro y se manifiesta clínicamente hasta que la pared uterina se rompe o perfora. Durante el embarazo es difícil realizar tempranamente el diagnóstico. Suele manifestarse como dolor abdominal intenso debido a la hemorragia peritoneal, o incluso la presentación inicial puede incluir choque hipovolémico (1).

Es importante el diagnóstico precoz y oportuno del acretismo placentario debido al aumento significativo de la morbimortalidad materna por hemorragia y transfusiones masivas, mayor riesgo de daño urológico e intestinal en la cesárea, mayor probabilidad de histerectomía de urgencia, etc. (6).

Luego de realizado el diagnóstico es necesario tomar medidas adecuadas, evaluar el mejor momento para interrumpir el embarazo, el equipo quirúrgico, infraestructura e informar a la paciente sobre posibles riesgos (6).

El diagnóstico se realiza con ecografía modo B y flujo doppler con una buena sensibilidad y especificidad, 93% y 79% respectivamente. Para el diagnóstico de acretismo placentario se usa los criterios sonográficos de **Hudon y cols.:** Adelgazamiento (menos de 1 mm) de la zona miometrial hipoeoica normal en el segmento inferior anterior; presencia de espacios vasculares lacunares dentro del parénquima placentario (imagen de queso suizo); adelgazamiento, irregularidad o disrupción focal de la interface hiperecoica entre las paredes uterinas y vesical; extensión del tejido placentario más allá de la serosa uterina; identificación con eco-Doppler de vasos placentarios que se extiendan al miometrio o a la vejiga (4).

La RU por placenta percreta excepcionalmente se reportan en la bibliografía, en los últimos 100 años, se han publicado menos de un centenar de casos (1).

El objetivo de esta comunicación es presentar este caso clínico de RU espontánea a las 19 semanas de gestación, puesto que no existe hasta el momento un caso similar en la literatura ocurrido en los hospitales de la Región Ica en Perú.

**REPORTE DE CASO**

Paciente de 30 años de edad, con 19 semanas de gestación, antecedente de: G1P1, período intergenésico de 9 años y legrado uterino hace un año. Inicia su enfermedad con dolor tipo cólico en el hipogastrio acompañado de vómitos con un tiempo de enfermedad de aproximadamente de 24 horas antes de su ingreso al servicio de emergencia.

Estando hospitalizada la paciente se mostraba pálida, hipotensa y con signos de irritación peritoneal.

Se realizó estudio ultrasonográfico y una tomografía axial computarizada (TAC) los cuales no fueron concluyentes en ese momento. En la ecografía abdominal se informa microlitiasis vesicular e hidropéritooneo y en el informe de la TAC se consignaba abundante líquido exudativo en la cavidad abdominal con signos de irritación de las asas intestinales en la fosa iliaca derecha, presencia de útero aumentado de tamaño y feto de presentación poddlico. En la ecografía obstétrica se observó un feto con movimientos enérgicos, frecuencia cardíaca normal y una biometría compatible con una gestación de 19 se

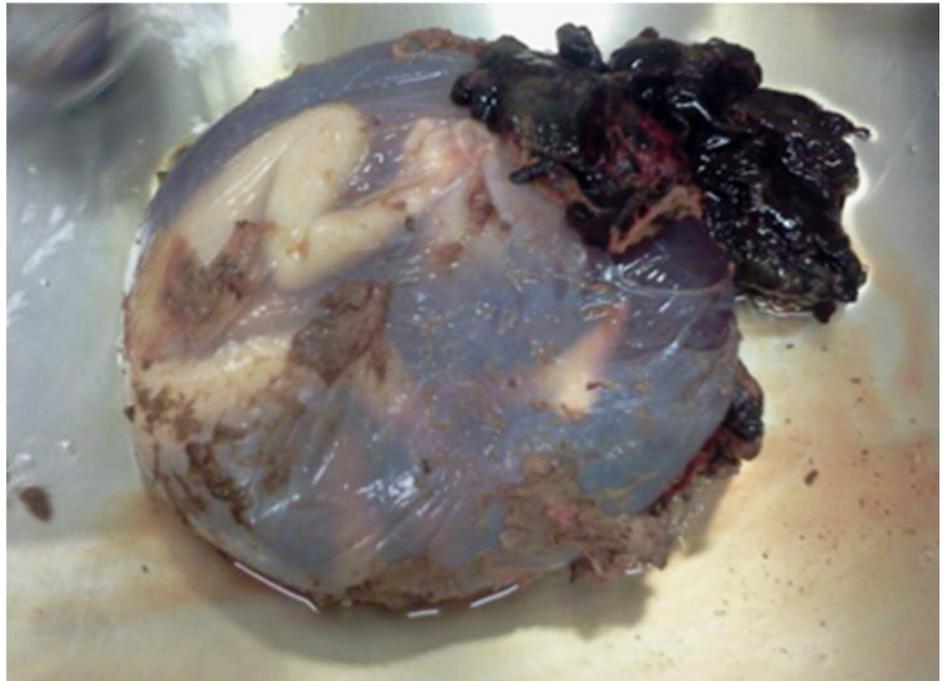


Figura 2. Bolsa amniótica conteniendo al feto



Figura 3. Vista superior del útero post histerectomía, abertura irregular zigzagueante, con múltiples desgarros

manas, líquido amniótico cualitativamente normal y placenta de implantación fúndica.

El valor de la hemoglobina (Hb) y hematocrito (Hto) fueron: 6,6 mg/dl y 19.7% respectivamente y leucocitos: 26 000; valores que con el transcurrir de dos horas fueron de Hb: 5 mg/dl y Hto: 14.5%.

Con opinión que no habían condiciones para la intervención quirúrgica en el acto el equipo multidisciplinario decidió referirla en coordinación con los médicos de guardia del Hospital Regional de Ica, situado a un trayecto de 7 minutos y bajo los cuidados adecuados previa administración de cristaloides y coloides.

Luego de la estabilización hemodinámica y la administración de un paquete globular ingresan a la intervención quirúrgica con diagnósticos de abdomen agudo quirúrgico, sepsis en foco abdominal, anemia severa y gestación de 19 semanas.

La intervención quirúrgica practicada fue evacuación del producto de la gestación a través de la rotura uterina, la realización de la histerectomía abdominal y lavado de la cavidad abdominal.

Los hallazgos fueron un útero de aproximadamente 13 cm con un peso de 1210 g, con solución de continuidad en todo el fondo.

Feto de género masculino sin vida dentro de la bolsa amniótica con líquido amniótico claro. En la cavidad abdominal se encontró aproximadamente 3 000 cc de sangre en forma de coágulos.

El acto quirúrgico duró cerca de 1 hora luego de la cual la paciente fue ingresada a la unidad de cuidados intensivos para su tratamiento médico y recuperación. El curso evolutivo de la paciente fue satisfactorio, siendo dada de alta luego de cinco días de hospitalización.

El diagnóstico histopatológico de placenta percreta fue realizado por el Departamento de Patología del Hospital Regional de Ica.

## DISCUSIÓN

Los casos de rotura uterina por placenta percreta son extremadamente raros y se encuentran algunos casos aislados en la literatura. (1, 7).

El único factor de riesgo de acretismo que encontramos en el caso es el legrado uterino, un factor de riesgo de baja posibilidad sin embargo es congruente con la bibliografía revisada donde la rotura uterina por acretismo placentario se dio en el segundo trimestre del embarazo, existiendo el antecedente de legrado previo por aborto (4).

La ecografía y la TAC en el momento de la emergencia no tuvieron un valor diagnóstico importante; influye la experiencia y conocimiento del profesional para el diagnóstico de acretismo placentario, o puede comprenderse porque clínicamente la sintomatología no es específica para la RU y que la ecografía y flujo doppler tienen una sensibilidad y especificidad, 93% y 79% respectivamente, ante la sospecha del caso debe solicitarse la resonancia magnética (RM) que actualmente se considera como patrón de oro en el diagnóstico de acretismo placentario(4), sin embargo la RM no es útil para diagnosticar una RU antes que esta se manifieste (1).

Fue fundamental la actitud enérgica al corregir la hipovolemia mediante cristaloides, coloides, transfusiones sanguíneas seguidas de una histerectomía abdominal rápida y eficaz, manejo descrito en diversas bibliografías revisadas (1, 2, 4,7).

## CONCLUSION

En toda paciente embarazada en los dos primeros trimestres de la gestación, con un cuadro de abdomen agudo y que por ultrasonido reporten líquido libre en la cavidad abdominal, debe sospecharse una rotura uterina.

Es importante, la realización de una buena historia clínica, la interpretación acertada de

las imágenes de ayuda diagnóstico, el tratamiento adecuado con líquidos y hemoderivados y la cirugía expedita valorando la oportunidad de la conservación uterina para la salud futura de la madre.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Aguilar-Hernández OF, Renán-Rivero, Coronado C, Sánchez-García JF, Bolio-Bolio MA.** Rotura uterina por acretismo placentario. Ginecol. Obstet. Mex. [Internet] 2010 [Citado diciembre 2013]; 78(4): 250-253. Disponible en: <http://goo.gl/zgZ3GC>
2. **Castella Domenech A, Carabias Meseguer P, Tresserra Casas F, Barri Soldevila P.** Rotura uterina diagnóstico y consecuencias en una gestante de 30 semanas. Prog. obstet. ginecol. [Internet] 2010 [Citado enero 2014]; 53(2): 69-71. Disponible en: <http://goo.gl/qCKoir>
3. **García JE, Molina R.** Rotura uterina: frecuencia, factores de riesgo y conducta quirúrgica. Gac. Méd. Caracas [Internet]. 2001 Mar [Citado enero 2014]; 109(3): 361-366. Disponible en: <http://goo.gl/jCzrkK>
4. **Agüera J, Barber MA, Eguiluz I, et al.** Rotura uterina espontánea a las 15 semanas de gestación por percretismo placentario. Prog. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2003 [Citado enero 2014]; 46(5): 69-74. Disponible en: <http://goo.gl/eyNctv>
5. **Martínez-Garza PA, Robles-Landa LPA, Roca-Cabrera M, Visag-Castillo VJ, Reyes-Espejel L, García-Vivanco D.** Rotura uterina espontánea: reporte de dos casos. Cir Cir [Internet]. 2012 [Citado diciembre 2013 2014]; 80:81-85. Disponible en: <http://goo.gl/y63t61>
6. **Bustos P, Delgado J, Greibe D.** Ruptura uterina espontánea por placenta percreta. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2003 [Citado febrero 2014]; 68( 6 ): 519-522. Disponible en: <http://goo.gl/CwXmUl>
7. **Scarella A, Chamy V, Badilla D, Escobar A, Michea K.** Rotura uterina espontánea en el primer trimestre del embarazo. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2008 [Citado enero 2014]; 73( 6 ): 393-396. Disponible en: <http://goo.gl/Voge8k>
8. **Reyes-Pérez H, Morel- Morel M, Durán E, Morel HF, Quevedo-Delgado P.** Rotura uterina en embarazo de 24 semanas. Rev. Med. Dom. 2001;62(2): 144-146.
9. **Castro-Anaya E, Díaz-Infante A.** Rotura uterina. Ginecol. Obstet. Mex. [Internet]. 2010 [Citado octubre 2013]; 78(4): 254-258. Disponible en: <http://goo.gl/raoP17>

**FINANCIAMIENTO:** Autofinanciado.

**CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA:** AJRP, SQS, JNG, JCH y JYM participaron en la concepción, recolección, redacción y revisión crítica del artículo y en la aprobación de su versión final.

---

## Uterine rupture at week 19 of gestation placenta percreta

**U**terine rupture during pregnancy is an obstetric complication with serious consequences for the mother and fetus. Uterine rupture is unusual placenta percreta. We report the case of a patient of 30 years, with 19 weeks pregnant, was admitted with abdominal pain 24 hours after onset, predominantly in the hypogastric region, during its evolution suffered hemodynamic compromise and increased abdominal pain. By ultrasound revealed free fluid in the abdominal cavity by laparotomy and uterine rupture was found, the placenta and the fetus within the amniotic sac was removed and hysterectomy was performed. The diagnosis was confirmed by histopathology.

**Key words:** *Uterine rupture , percreta placenta, hypovolemia, abdomen acute, hysterectomy (source: MeSH NLM)*

---

### CITA SUGERIDA.

Ramírez-Palomino AJ, Quispe-Sánchez S, Neira-Goyeneche J, Castillo-Huwasquiche J, Ybaseta-Medina J. Rotura uterina en la semana 19 de gestación por placenta percreta. Rev méd panacea.2013; 3 (3):89-92.