

Flores Acosta M¹, Galván Romero AA², Perez Diaz MC¹, Manzo Arroyo FJ³.

1. Residente segundo año de ginecología y obstetricia, Unidad Medica de Alta Especialidad de Ginecoobstetrica. Centro Medico Nacional de Occidente. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Jalisco, México.
2. Residente cuarto año de ginecología y obstetricia, Unidad Medica de Alta Especialidad de Ginecoobstetrica. Centro Medico Nacional de Occidente. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Jalisco, México.
3. Medico Adscrito del Servicio de Obstetricia, Unidad Medica de Alta Especialidad de Ginecoobstetrica. Centro Medico Nacional de Occidente. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Jalisco, México.

Unidad Medica de Alta Especialidad de Ginecoobstetrica. Centro Medico Nacional de Occidente. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Jalisco, México.

Introducción:

La rotura uterina es la solución de continuidad de la pared uterina en el útero grávido, es una rara complicación intraparto asociada con una severa morbimortalidad materna y fetal, las causas asociadas a la ruptura uterina es el acretismo placentario y la cicatriz uterina.

El acretismo es una condición de placentación anormal, en la que las vellosidades invaden el miometrio en el lugar de implantación debido a la ausencia completa o parcial de la membrana de Nitabuch, lo que lleva a profundización del trofoblasto en las capas uterinas, lo que representa un riesgo de hemorragia obstétrica masiva con posibles alteraciones de la coagulación, además del daño a otros órganos.

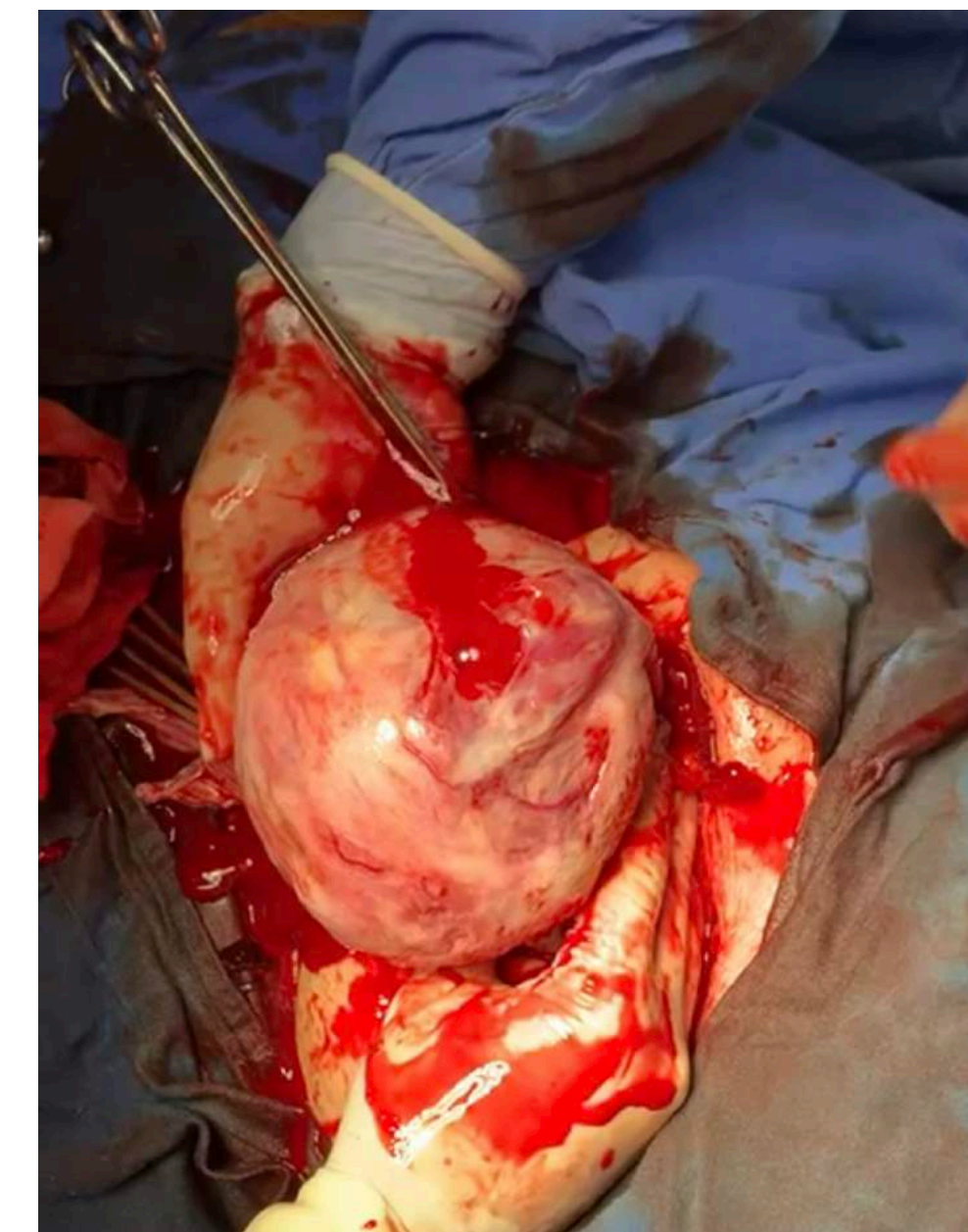
Objetivo:

Presentar el caso de ruptura uterina fundica asociada a acretismo placentario, ocurrido en el servicio de obstetricia, en la UMAE de Ginecoobstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente.

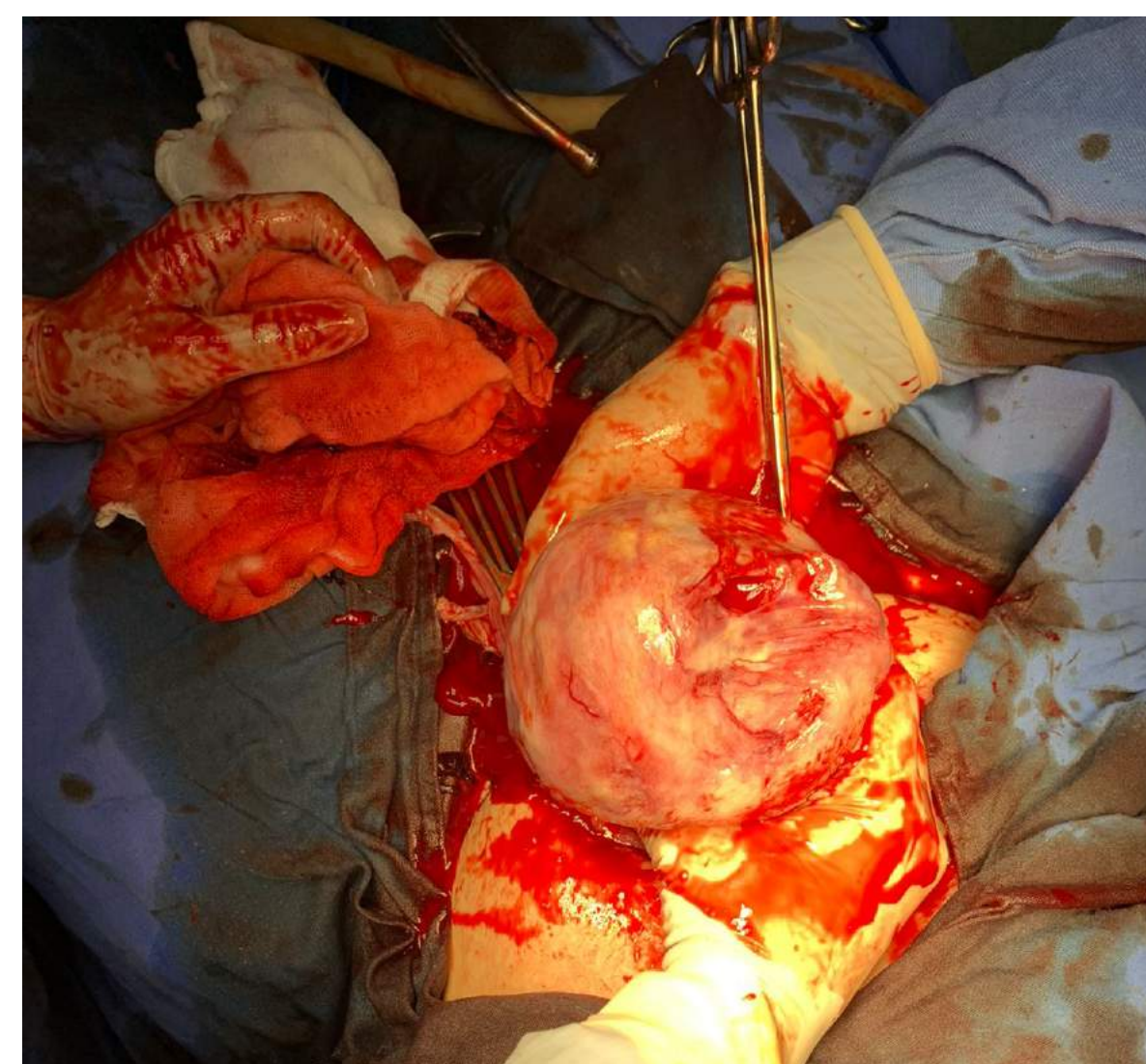
Caso Clínico:

Mujer de 21 años de edad, G2-C1, que ingresa al área de urgencias tococirugía a las 32+2 sdg por referir dolor abdominal de inicio súbito de predominio en cuadrante superior derecho, flanco y fosa iliaca derecha, intenso, mareo e incapacidad de bipedestación con TA 77/44 mmHg, FC 120, FR 19, T 36°C, obnubilada, en mal estado general, palidez generalizada, con abdomen gestante con hipersensibilidad uterina, feto vivo con FCF de 138 lpm, sin perdidas transvaginales por lo que se inicia reanimación inicial con infusión de líquidos con adecuada respuesta, recuperando las constantes vitales.

Se solicitan estudios de laboratorio a destacar 24.6 leucocitos con predominio de neutrofilos, hemoglobina de 10.2 g/dl y hematocrito del 30.6%. En USG que comprueba la vitalidad fetal y placenta normoinsera, liquido libre en flanco derecho e izquierdo, en foseta renal y correderas parietocolicas, datos de coleditiasis crónica no agudizada, apéndice no visible, siendo valorada valorada por cirugía general quien descarta proceso apendicular.



Figuras 1. Rotura fundica con afectación de todo el espesor de la pared uterina



Figuras 2. Rotura fundica con afectación de todo el espesor de la pared uterina

Ante la sospecha de rotura uterina y dada la inestabilidad clínica de la paciente, así como un descenso de hb a 8.6 g/dl, se decide realizar LAPE, al llegar a cavidad abdominal se encontra hemoperitoneo abundante, se realiza incision tipo kerr, se extrae feto unico vivo, se extrae placenta incompleta. Al revisar el utero se observa ruptura uterina completa en fondo uterino de aprox 3 cm, por lo que ante la cuantía del sangrado y la imposibilidad de cierre primario del defecto se realiza HTA obstetrica total con tecnica extrafascial conservado ambos ovarios. Se realiza reanimación con hemoderivados y manejo medico de hemorragia obstetrica (3 PG, 2 PF) con un sangrado total de 3000 cc, pasa a UCI, posteriormente por cursar con adecuado postoperatorio sin más complicaciones se egresa a los 5 días de su ingreso, con mal resultado perinatal por muerte del recién nacido asociada a prematuridad.

Reporte de estudio histopatológico:

- (1) Acretismo placentario focal en sitio de ruptura de pared uterina, con hemorragia extensa
- (2) Hiperplasia fisiologica del miometrio
- (3) Endometrio hemorragico
- (4) Parametrios con marcada congestion y areas de hemorragia periferica

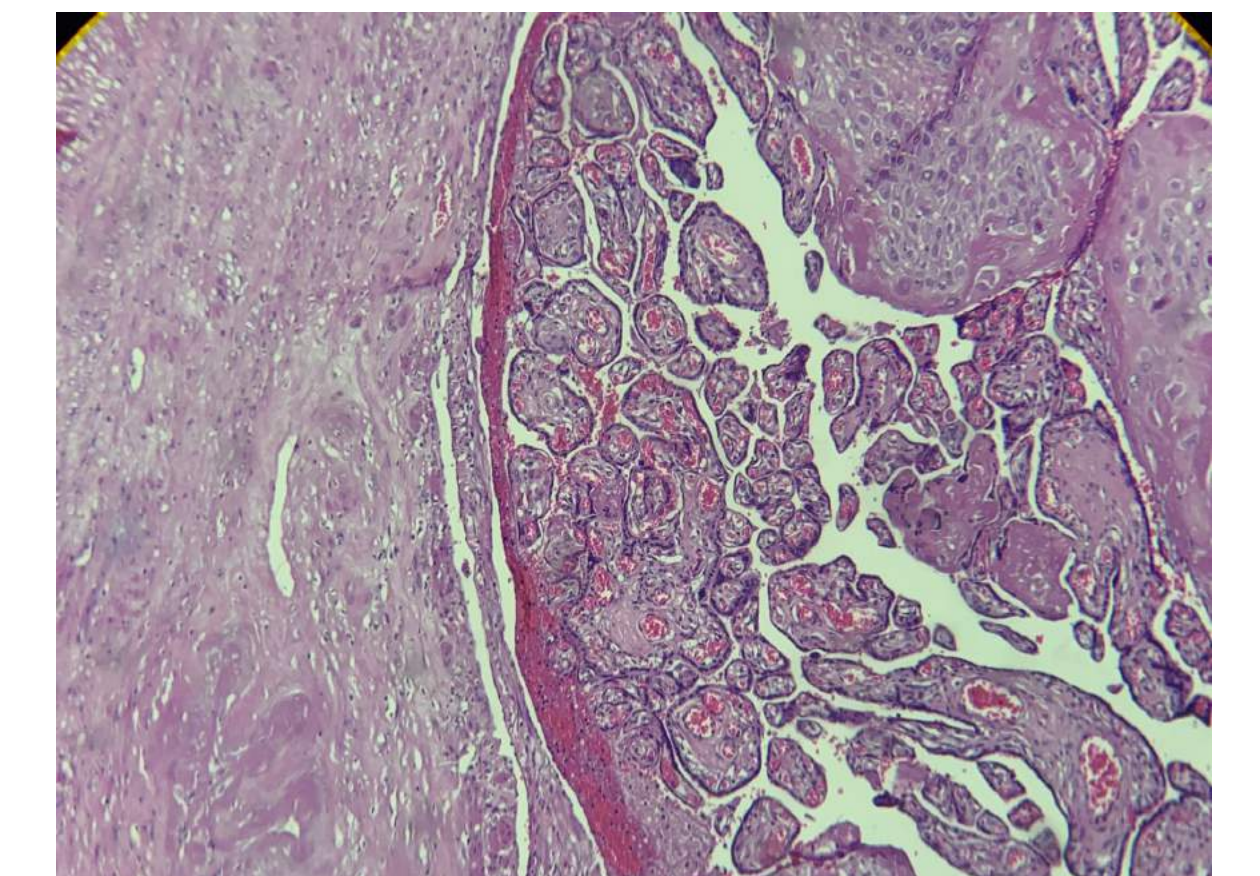


Figura 3. Miometrio con presencia de vellosidades coriales que penetran toda la pared uterina llegando hasta serosa, compatible con acretismo placentario focal. Imagen cortesía del departamento de Anatomía Patológica de CMNO

Discusion:

El acretismo placentario seguido de rotura uterina espontánea es una situación clínica poco común con una significativa morbimortalidad asociada a la hemorragia uterina que causa choque hemorrágico, además de la morbilidad quirúrgica relacionada con la histerectomía, su diagnóstico por imagen es esencial y ante una paciente con factores de riesgo se debe realizar la búsqueda de marcadores ecográficos antes que debute con una complicación obstétrica que resulte en un momento de difícil diagnóstico. Debido a su baja frecuencia la recopilación de casos clínicos contribuye a analizar y mejorar el conocimiento de esta rara complicación de la gestación.

Conclusiones:

La ruptura uterina es una urgencia obstétrica poco frecuente pero de gran riesgo, el factor mas asociado es cicatriz uterina previa. El diagnostico en ocasiones es difícil y se realiza al momento de la presentación por lo que es un desafío para los servicios obstétricos hacer un diagnóstico correcto y de manera oportuna, es indispensable siempre tener en cuenta la rotura uterina como probable diagnóstico, realizar un abordaje diagnóstico minucioso, junto con la interrupción inmediata del embarazo, así como la utilización de técnicas quirúrgicas adecuadas, la activación del equipo de respuesta inmediata y la participación de un equipo multidisciplinario para minimizar los riesgos en cuanto a la morbimortalidad perinatal y materna.

