

Rotura uterina en pacientes sin cicatriz uterina previa. Identificación de factores de riesgo y optimización del manejo obstétrico

 Marta Moreno López.¹

RESUMEN

La rotura uterina es una complicación obstétrica que supone la comunicación de la cavidad uterina con la abdominal, con graves consecuencias para madre y feto. Es conocido que el principal factor de riesgo para que se produzca es la cicatriz uterina previa, principalmente por cesárea, aunque también hay casos descritos, en mucha menor medida, en mujeres sin cirugías uterinas previas. Se presenta el caso de una paciente, sin cicatriz uterina previa, que ingresa por trabajo de parto, que es diagnosticada de una rotura uterina espontánea durante la cesárea.

Palabras clave: Rotura uterina, Útero sin cicatriz, Cesárea, Evaluación riesgo, Factores de riesgo.

Uterine rupture in patients with unscarred uterus. Identification of risk factors and optimization of obstetric management

SUMMARY

Uterine rupture is an obstetric complication. It results in a communication between uterine cavity and abdominal cavity with adverse consequences for both, mother and fetus. The main risk factor is scarred uterus, after previous cesarean section. Although, it has been described also in unscarred uterus. We present the case of a women admitted in labor, with an unscarred uterus, who is diagnosed with a spontaneous uterine rupture during cesarean section.

Keywords: Uterine rupture, Unscarred uterus, Cesarean section, Assessment patient outcome, Risk factors.

INTRODUCCIÓN

La rotura uterina durante la gestación es una entidad poco frecuente pero que supone una emergencia obstétrica. Consiste en la separación total de las capas de la pared uterina y del peritoneo, estableciéndose una continuidad entre la cavidad uterina y la abdominal. Cuando el defecto queda cubierto por el peritoneo visceral toma el nombre de dehiscencia (1). La incidencia es baja, estimada entre un 0,5-5,3 por cada 10 000 partos, siendo la mayoría en mujeres con

cicatriz uterina previa. Las tasas en mujeres sin cicatriz previa se estiman en torno al 0,006 % (1, 2).

Entre los factores de riesgo que favorecen que se produzca una rotura uterina, el principal es la cicatriz uterina previa, así como el intento de parto tras una cesárea previa. Diversos estudios han demostrado otros factores de riesgo tales como: la inducción del parto, uso de uterotónicos, la gestación en vías de prolongación, la placentación anómala, la macrosomía, la multiparidad, el periodo intergenésico corto, la edad materna elevada o el índice de masa corporal elevado (IMC) (1 - 4).

En cuanto a los signos clínicos que hacen sospechar una rotura uterina se hallan el sangrado vaginal, la alteración en el patrón de la frecuencia cardiaca fetal, el dolor abdominal anómalo o la taquicardia materna.

¹UGC de Obstetricia y Ginecología del Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva (España). La autora declara no haber recibido ningún tipo de financiación para la realización del presente escrito. Correo para correspondencia: marta.ml91@gmail.com

Forma de citar este artículo: Moreno LM. Rotura uterina en pacientes sin cicatriz uterina previa. Identificación de factores de riesgo y optimización del manejo obstétrico. Rev Obstet Ginecol Venez. 2025; 85(4):720-724. DOI: 10.51288/00850426

Ante la sospecha, la actuación por parte del equipo médico debe ser rápida, pues las consecuencias pueden ser fatales tanto para madre como para el feto, ya que las tasas de morbimortalidad maternofetal de esta entidad son altas, con riesgo de histerectomía, transfusión sanguínea, resultados bajos en el test de APGAR e incluso la muerte materna y fetal (2, 5).

El objetivo de este artículo es revisar, a través de la presentación de un caso clínico, los factores de riesgo, la importancia de su identificación y el manejo de la rotura uterina, en especial en aquellos casos en los que ocurre sin cicatriz uterina previa.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 37 años, ingresada en el área de sala de partos por trabajo de parto. Como antecedentes médico-quirúrgicos de interés no constaban reacciones alérgicas medicamentosas, intervenida de adenoidectomía en la infancia y presentaba un índice de masa corporal de 34 Kg/m². Entre sus antecedentes obstétricos destacaba una gestación previa, normoevolutiva, finalizada mediante parto vaginal espontáneo hacia 2 años, con nacimiento de un varón de 3530 g. La gestación actual se trataba de una gestación única, espontánea, vigilada y normoevolutiva: cribado combinado de primer trimestre y de preeclampsia de bajo riesgo, ecografía morfológica normal y analíticas sin hallazgos de interés, salvo anemia de 10,4 g/dl en último control. La paciente llegó a sala de partos a las 40+5 semanas de amenorrea, con 4 cm de dilatación y bolsa íntegra, apreciándose en la monitorización fetal al ingreso, feto reactivo y dinámica irregular. Solicitó analgesia epidural, que se administró siendo efectiva. A las 3 horas de su admisión se produjo la rotura espontánea de membranas, con salida de líquido claro y se constató dilatación cervical de 10 cm. Tras una fase de descenso

pasivo, se iniciaron pujos activos. A las 3 horas avisa la matrona referente para valoración del descenso de la presentación y del registro cardiotocográfico (RCTG). En el registro, se evidenciaron algunas desaceleraciones variables, con buena recuperación de la frecuencia cardíaca basal y exploración en dilatación completa y presentación en primer plano de Hodge. Ante la indicación de finalización de la gestación y las condiciones obstétricas que presentaba la paciente se desestimó intento de parto vaginal y se indicó cesárea urgente por sospecha de desproporción cefalopélvica. Durante la cirugía, a la apertura de peritoneo parietal se evidenció un hemoperitoneo leve, así como partes fetales en cavidad abdominal, por lo que se procedió a la extracción fetal inmediata, naciendo varón de 3710 g, APGAR 7-8-10 y pH arterial de cordón de 7,11. A la inspección uterina se evidenció rotura uterina transversa a nivel del segmento, que ocupaba toda la superficie de la cara anterior del útero, además de un desgarro en ángulo derecho hacia cérvix. Se procedió a la reparación del defecto, que resultó complicada por la friabilidad de los tejidos. El posoperatorio cursó con normalidad salvo anemia sintomática de 8,9 g/dl, tratada con ferroterapia intravenosa. Controles posteriores normales.

DISCUSIÓN

La rotura uterina es una emergencia obstétrica que pone en riesgo la vida de madre y de feto. Dada las graves consecuencias de esta complicación es importante establecer el diagnóstico de forma rápida y optimizar el manejo con el fin de disminuir la morbimortalidad maternofetal (6, 7).

Múltiples estudios han demostrado que el principal factor de riesgo para que se produzca una rotura uterina es la presencia de cicatriz uterina previa. La causa más frecuente de esta cicatriz es la cesárea previa, aunque también puede deberse a cirugías

ginecológicas tales como la miomectomía, ya sea por vía laparoscópica o laparotómica. En las pacientes con cesárea previa, el intento de parto vaginal constituye el mayor riesgo para que se produzca esta complicación (8, 9). Ejemplo de ello es el estudio realizado por Muñoz Solano y cols. (10), con una tasa de rotura uterina del 0,019 %, produciéndose todas ellas en mujeres con antecedente de cesárea previa e intento de parto vaginal. No obstante, las guías clínicas, así como asociaciones como el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) no contraindican el parto tras una cesárea previa con incisión transversa a nivel de segmento uterino y recomiendan ofertar el intento de parto vaginal en estas situaciones (8, 11), puesto que hay que tener en cuenta las complicaciones derivadas de la realización de cesáreas iterativas y además no se ha demostrado una reducción en la morbilidad materna y fetal cuando las tasas de cesárea superan el 10 % (9).

La rotura uterina también se puede producir en úteros sin cicatriz ni intervencionismo ginecológico previo, como es el caso de la paciente que se presenta. Se han realizado estudios que han intentado poner en evidencia otros posibles factores de riesgo asociados a esta entidad en este tipo de pacientes, aunque ninguno de los factores identificados se ha podido establecer como clínicamente confiable para predecir el riesgo individual anteparto de que se produzca una rotura uterina (11, 12).

Entre los factores de riesgo en mujeres sin cicatriz uterina previa destaca la edad materna avanzada. Varios estudios han demostrado que una edad mayor o igual de 30 años aumenta el riesgo de rotura uterina 2 a 3 veces (3), aunque hay otros autores que ponen el límite para considerar un aumento del riesgo en 35 años (6). En el caso de esta paciente, la edad por encima de 30, e incluso de 35, es uno de los factores aislados que pudo predisponer a que se produjera la

rotura uterina. La multiparidad ha sido clásicamente un factor también asociado a esta complicación (1, 4), no obstante, hay estudios que han demostrado que este aumento del riesgo es una asociación de la multiparidad con la edad materna avanzada y no un factor de riesgo independiente (6). El mecanismo por el que se ha intentado explicar el aumento del riesgo de rotura uterina con la edad se apoya en los posibles cambios morfológicos en las células miometriales y en la síntesis de colágeno a dicho nivel (5, 6, 13). Si bien esta etiología no está del todo clara, pues se ha demostrado que los miocitos responden al estado hormonal de la gestación mediante hipertrofia e hiperplasia y podrían compensar el déficit de la contractilidad miometrial por la edad (13).

Otros factores de riesgo que se han asociado a la rotura uterina, independientemente de la presencia de cicatriz previa, son el uso de uterotónicos, la gestación prolongada, la gestación múltiple, el IMC elevado y el parto obstruido, bien por malposiciones fetales o por desproporción cefalopélvica (3, 4, 7). Entre ellos, en esta paciente, se podría asociar que se trataba de una gestación de más de 40 semanas, en paciente con un IMC por encima de 30 y la sospecha de una desproporción cefalopélvica.

El diagnóstico de la rotura uterina puede llegar a ser complicado, pues puede mostrarse como un hallazgo accidental durante la ecografía o la propia cirugía (14). Sin embargo, la sensibilidad de la ecografía puede variar en función del conocimiento previo de los antecedentes de las pacientes, así como del grado de sospecha de patología y puede no dar con el diagnóstico de certeza, como en el caso presentado por Fernández y cols. (15). Por lo que general, otras pruebas de imágenes, como la tomografía axial computarizada (TAC) o la resonancia magnética tampoco han demostrado ser útiles, pues consumen tiempo para establecer el diagnóstico e iniciar el manejo (14). Entre los signos clínicos típicos de esta entidad se encuentra el dolor abdominal

agudo, el sangrado vaginal, la pérdida de presentación fetal en el tacto vaginal o la alteración en el patrón de la frecuencia cardíaca fetal (14, 16). Uno de estos principales signos suele ser este último, generalmente poniéndose de manifiesto una bradicardia fetal mantenida (16), aunque hay casos silentes, en los que no se producen dichas alteraciones (14). En este caso, la rotura uterina se evidenció durante la cesárea, aunque sí comenzaban a haber signos de alteración en el registro cardiotocográfico, que ayudaron a apoyar la decisión de finalizar la gestación, mediante cesárea por sospecha de desproporción cefalopélvica. El dolor abdominal agudo no fue un síntoma que hiciera sospechar la patología, probablemente debido al uso de la anestesia epidural en la paciente.

Una vez establecido el diagnóstico o la sospecha, es esencial realizar un manejo rápido. En casos de repercusión hemodinámica puede ser necesario la instauración de métodos de resucitación, además de ser necesaria la intervención quirúrgica para la extracción fetal inmediata y la valoración del daño y posibilidad de reparación (17). Las opciones de tratamiento son, bien la histerectomía (total o subtotal) o la reparación del defecto. Hay estudios que han demostrado que la histerectomía es más frecuente cuando la rotura uterina se produce en úteros sin cicatriz, ya que el lugar de rotura suele ser fuera del segmento uterino y con frecuencia se extiende hasta el cérvix. Es por tanto la opción preferible en pacientes con grandes defectos y en caso de hemorragia refractaria a otros tratamientos (18). En cuanto a la reparación quirúrgica, es el método de elección por muchos autores, como Sinha y cols. (17), por considerarla un método más seguro, con tasas de éxito de alrededor de 80 %. En estos casos es imperativo el consejo gestacional posterior a la paciente, ante el riesgo de recurrencia en sucesivas gestaciones, así como la indicación de cesárea electiva en caso de nuevo embarazo (17). En esta paciente, dado que se trataba de un defecto a nivel del segmento uterino, la paciente estaba estable hemodinámicamente y el sangrado era controlable, se optó por la reparación quirúrgica, que fue exitosa. Posteriormente, se explicó

detalladamente a paciente y familiares la implicación de lo sucedido para futuras gestaciones.

Por último, cabe destacar las complicaciones derivadas de una rotura uterina, siendo las principales el riesgo de histerectomía, de hemorragia y transfusión en la madre, así como prematuridad, puntuaciones bajas en el test de APGAR e incluso la muerte maternofetal. Por lo tanto, y como ya se ha comentado anteriormente, es esencial un rápido reconocimiento del cuadro y una rápida actuación, pues han evidenciado que pueden disminuir la mortalidad maternofetal, incluso con tasas cercanas a 0 (12, 17). En pacientes con úteros sin cicatriz se ha demostrado que existe una mayor tasa de morbimortalidad fetal por el retraso en la sospecha diagnóstica (12). En el caso de esta paciente, aunque no hubo sospecha de dicha complicación y fue un hallazgo accidental, los resultados tanto maternos como fetal fueron buenos, solo a destacar una anemia moderada materna, que no requirió transfusión sanguínea.

CONCLUSIONES

La rotura uterina es una emergencia obstétrica que pone en riesgo la vida de madre y feto. El principal factor de riesgo para que se produzca es la presencia de cicatriz uterina previa, principalmente por cesárea. Sin embargo, se han descrito casos de esta complicación en mujeres sin cicatriz previa. En estos casos se ha demostrado como factores de riesgo la edad materna avanzada, la gestación prolongada, el IMC elevado y el parto obstruido entre otros, aunque no se ha podido establecer un método para predecir el riesgo individual de padecer una rotura uterina. Aunque el diagnóstico es complicado, es importante la rápida actuación del equipo médico ante su sospecha, pues las complicaciones maternofetales son potencialmente graves. En cuanto al tratamiento de esta complicación, además de una rápida extracción fetal, puede ser mediante histerectomía o reparación de la pared uterina dañada, dependiendo de la gravedad del defecto y de la situación clínica de la paciente.

Sin conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Figueiró-Filho EA, Gomez JM, Farine D. Risk Factors Associated with Uterine Rupture and Dehiscence: A Cross-Sectional Canadian Study. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2021;43(11):820-825. DOI: 10.1055/s-0041-1739461.
2. Marwah S, Singh S, Bharti N, Gupta PK. Risk Factors and Outcome Analysis in Rupture of Gravid Uterus: Lessons for Obstetricians. *Cureus.* 2022;14(2):e21890. DOI: 10.7759/cureus.21890.
3. Halassy SD, Eastwood J, Prezzato J. Uterine rupture in a gravid, unscarred uterus: A case report. *Case Rep Womens Health.* 2019;24:e00154. DOI: 10.1016/j.crwh.2019.e00154.
4. Mizutamari E, Honda T, Ohba T, Katabuchi H. Spontaneous rupture of an unscarred gravid uterus in a primigravid woman at 32 weeks of gestation. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2014;2014:209585. DOI: 10.1155/2014/209585.
5. Mavromatidis G, Karavas G, Margioulas-Siarkou C, Petousis S, Kalogiannidis I, Mamopoulos A, *et al.* Spontaneous postpartum rupture of an intact uterus: a case report. *J Clin Med Res.* 2015;7(1):56-8. DOI: 10.14740/jocmr1922w.
6. Hochler H, Wainstock T, Lipschuetz M, Sheiner E, Ezra Y, Yagel S, *et al.* Grandmultiparity, maternal age, and the risk for uterine rupture-A multicenter cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020;99(2):267-273. DOI: 10.1111/aogs.13725.
7. Wan S, Yang M, Pei J, Zhao X, Zhou C, Wu Y, *et al.* Pregnancy outcomes and associated factors for uterine rupture: an 8 years population-based retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):91. DOI: 10.1186/s12884-022-04415-6.
8. Dimitrova D, Kästner AL, Kästner AN, Paping A, Henrich W, Braun T. Risk factors and outcomes associated with type of uterine rupture. *Arch Gynecol Obstet.* 2022;306(6):1967-1977. DOI: 10.1007/s00404-022-06452-0.
9. Galán C, Mateos S, Martos Á, Salcedo Á, Pérez T. Vía de parto tras una cesárea anterior. *Prog Obstet Ginecol [Internet].* 2017 [consultado 18 de enero de 2025];60(5):438-443. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/322199248_Labor_after_an_anterior_cesarean_section
10. Muñoz A, Merino AI, Odriozola JM, de Miguel Sesmero JR. Rotura uterina completa en el intento de parto vaginal en gestantes con cesárea anterior. *Prog Obstet Ginecol.* 2016;59:235-242. DOI: 10.1016/j.pog.2015.06.007
11. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Rotura uterina (actualizado julio de 2013). *Prog Obstet Ginecol.* 2015;58:296-299. DOI: 10.1016/j.pog.2014.11.006
12. You SH, Chang YL, Yen CF. Rupture of the scarred and unscarred gravid uterus: Outcomes and risk factors analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2018;57(2):248-254. DOI: 10.1016/j.tjog.2018.02.014.
13. Arrowsmith S, Robinson H, Noble K, Wray S. What do we know about what happens to myometrial function as women age? *J Muscle Res Cell Motil.* 2012;33(3-4):209-17. DOI: 10.1007/s10974-012-9300-2.
14. Langhe R, Shah UF, Alfathil A, Gannon M. Silent uterine rupture in scarred uterus. *BMJ Case Rep.* 2017;2017:bcr2016218189. DOI: 10.1136/bcr-2016-218189.
15. Fernández Y, Pérez L, Ventura L, Sánchez MA, Cerrillos LÁ. Rotura uterina espontánea secundaria a acrictismo placentario en gestante tras suturas hemostáticas (B-Lynch) en embarazo anterior. *Prog Obstet Ginecol [Internet].* 2018 [consultado 18 de enero de 2025];61(1):74-77. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6716703>
16. Savukyne E, Bykovaite-Stankeviciene R, Machtejeviene E, Nadisauskiene R, Maciuleviciene R. Symptomatic Uterine Rupture: A Fifteen Year Review. *Medicina (Kaunas).* 2020;56(11):574. DOI: 10.3390/medicina56110574.
17. Sinha M, Gupta R, Gupta P, Rani R, Kaur R, Singh R. Uterine Rupture: A Seven Year Review at a Tertiary Care Hospital in New Delhi, India. *Indian J Community Med.* 2016;41(1):45-9. DOI: 10.4103/0970-0218.170966.
18. Al-Zirqi I, Daltvit AK, Vangen S. Maternal outcome after complete uterine rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019;98(8):1024-1031. DOI: 10.1111/aogs.13579.

Recibido 16 de mayo de 2025
Aprobado para publicación 3 de agosto de 2025