

# Histerectomía de urgencia por ruptura de útero didelfo grávido: Reporte de caso

Drs. Freddy Pereira, Álvaro Montilla, Ernesto Pereira, Br. Oscar Suárez

Hospital Central "Dr. Miguel Pérez Carreño". Servicio de Cirugía IV. Instituto Venezolano de Los Seguros Sociales. Caracas.

## RESUMEN

Reportamos el caso de una paciente, quien posterior a intentos fallidos de evacuación farmacológica del útero por óbito fetal, presentó ruptura del hemicuerpo uterino grávido, ameritando histerectomía de urgencia. Su evolución fue satisfactoria y no hubo morbi-mortalidad asociada al procedimiento quirúrgico.

**Palabras clave:** Embarazo. Útero didelfo. Anomalía Mülleriana. Ruptura uterina. Histerectomía de urgencia.

## SUMMARY

We report a clinical case of female patient, who show, after a failure for pharmacological uterine evacuation, due to a fetal obitus, rupture of the gravidic hemiuteri. She need an emergency hysterectomy. Her evolution was satisfactory and was discharge in good conditions. There was not associated morbi-mortality.

**Key words:** Pregnancy. Didelphic uteri. Mullerian malformation. Uterine rupture. Emergency hysterectomy.

## INTRODUCCIÓN

La fusión lateral incompleta de los conductos de Müller conducen a la duplicación parcial o completa de la vagina, el cuello uterino, el útero o cualquiera de sus combinaciones (1). El útero didelfo forma parte de estas anomalías y se encuentra agrupado en la Clase III, dentro de los cinco trastornos de la fusión lateral simétrica de los conductos de Müller, según la clasificación de la American Fertility Society (AFS, 1988) (1). La incidencia de las anomalías Müllerianas varía del 0,14% (1) al 6% (2-4), desconociéndose la incidencia exacta del útero didelfo.

Por otra parte, la ruptura del útero se presenta con mayor frecuencia en pacientes quienes poseen el antecedente de cirugía sobre dicho órgano (especialmente cesáreas) (5-7) y el riesgo de sufrirla se incrementa, entre otros factores, por la inducción del parto con oxitocina (6). La opción terapéutica planteada para este tipo de complicaciones es la quirúrgica: histerectomía de urgencia (8).

En este artículo, documentamos el caso de una paciente embarazada, portadora de malformación uterina (útero didelfo), quien sufrió ruptura completa del hemicuerpo uterino derecho grávido, posterior a intento de

evacuación uterina farmacológica, ameritando histerectomía total de urgencia.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 30 años de edad, con embarazo de 24 semanas, por fecha de última menstruación, a quien le fue diagnosticada "muerte fetal in útero" según ultrasonido de control prenatal, razón por la cual fue referida a nuestra institución (hospital de IV nivel de atención médica). La paciente no refirió antecedentes médicos ni quirúrgicos (excepto cesárea en segunda gestación).

Dentro de sus antecedentes gineco-obstétricos encontramos: menarquia a los 12 años, ciclos menstruales regulares, de 3/21 días, amenorrea de 24 semanas. III Gestas: 1ra. gesta (5 años atrás), parto natural, desarrolló pre-eclampsia, oligoamnios y envejecimiento placentario precoz, 2da. gesta (3 años previos), le fue practicada cesárea a las 19 semanas de gestación, por feto muerto retenido. Durante este acto quirúrgico se le diagnosticó "útero doble" (hemicuerpo uterino derecho grávido). Posterior a esto, no se efectuó un estudio exhaustivo de la malformación uterina y sus posibles consecuencias.

El examen físico de ingreso reveló: FC: 100 lpm, FR:

Recibido: 01-11-2005

Aceptado para publicación: 01-02-2006

24 rpm, TA: 100/50 mmHg. Hidratada, afebril y sin alteraciones cardio-pulmonares. El abdomen lucía globuloso a expensas del útero grávido, altura uterina de 23 cm, feto único, en situación longitudinal (podálico) y con ausencia de foco cardíaco fetal. Se apreció dolor moderado a la palpación profunda del abdomen, sin datos concluyentes de irritación peritoneal. Los genitales externos de aspecto y configuración normal, vagina permeable, normotónica, con datos de sangrado a través del orificio cervical externo.

Ingresó al servicio de Gineco-obstetricia con los diagnósticos: 1) Embarazo de 24 semanas, 2) Óbito fetal, 3) Malformación Mülleriana (útero doble).

Los exámenes de laboratorio de ingreso revelaron: hemoglobina de 8 g, hematocrito 27% y leucocitosis de 24 000 x mm<sup>3</sup>, a expensas de neutrófilos (92%). Química sérica y tiempos de coagulación se encontraron dentro de parámetros normales.

Dos ultrasonidos transvaginales concluyeron: 1) Óbito fetal intrauterino, 2) Útero doble (derecho grávido e izquierdo con reacción decidual).

Se inició antibióticoterapia endovenosa, se optimizaron las cifras de hemoglobina mediante la transfusión de concentrados globulares y posteriormente, se intentó evacuación uterina farmacológica con el uso de oxitócicos y dilataciones cervicales con tallos de laminaria, obteniéndose escasos restos ovulares a través de la vagina.

Treinta y seis horas posterior a su ingreso, en vista del fracaso de los intentos de evacuación uterina, se decidió la evacuación quirúrgica, mediante cesárea segmentaria.

Se practicó laparotomía tipo Pfannenstiel, con los siguientes hallazgos quirúrgicos:

- a) 500 cm de líquido libre en cavidad.
- b) Adherencias entre las asas intestinales, el útero y el colon sigmoides.
- c) Útero doble: hemicuerpo derecho de 20 cm x 10 cm con solución de continuidad total en su cara posterior (orificio de 7 cm diámetro), sin sangrado activo. Hemicuerpo uterino izquierdo de 7 cm x 5 cm, sin alteraciones macroscópicas evidentes (Figuras 1, 2 y 3), cada hemicuerpo uterino con su respectiva trompa y ovario.
- d) Saco amniótico indemne, libre en cavidad abdominal, conteniendo líquido amniótico vinoso y óbito fetal masculino, con datos de maculación (Figura 4).
- e) Placenta de 30 cm de diámetro con adherencias a las asas intestinales y al colon sigmoides. En vista de los hallazgos quirúrgicos, se solicitó evaluación peroperatoria del caso por el servicio de cirugía general.

Se amplió el campo quirúrgico y se realizó revisión exhaustiva de la cavidad abdominal, liberación de adherencias, histerectomía total (según técnica modificada de Richardson) (9), salpingectomía bilateral con conservación

Figura 1

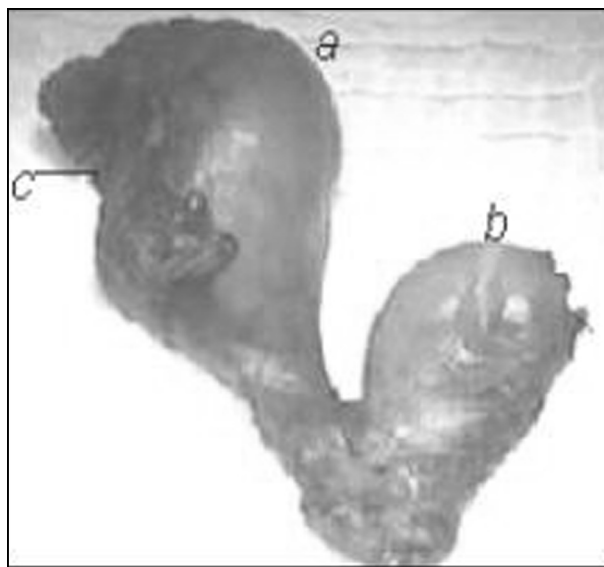


Figura 1: Vista anterior del útero didelfo: hemicuerpo derecho (a), hemicuerpo izquierdo (b). Leve rotación externa del hemicuerpo derecho para demostrar la ruptura total de la pared (c).

Figura 2

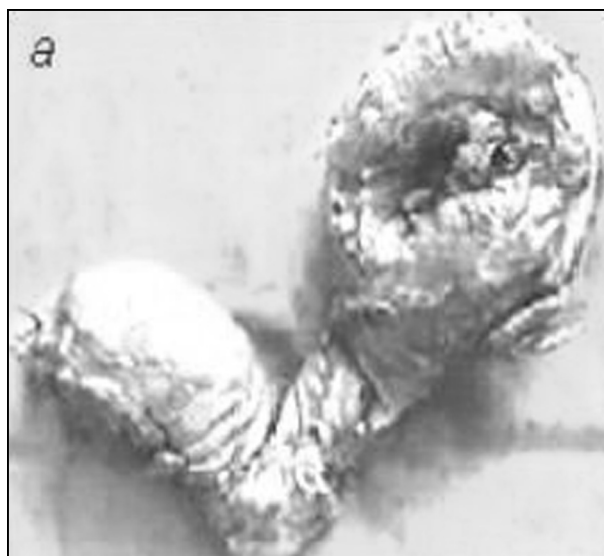


Figura 2: Vista posterior del útero didelfo.

de ovarios y se dejó un drenaje intraabdominal (tipo Penrose). No hubo morbilidad transoperatoria.

La paciente evolucionó satisfactoriamente y egresó al cuarto día del acto quirúrgico con restitución de la vía oral y del tránsito gastrointestinal. Fue referida a la consulta externa para su seguimiento posoperatorio y el descarte de posibles alteraciones genitourinarias asociadas. La pieza quirúrgica fue enviada para estudio anatómo-patológico, el cual no reportó malignidad (Figura 5).

Figura 3

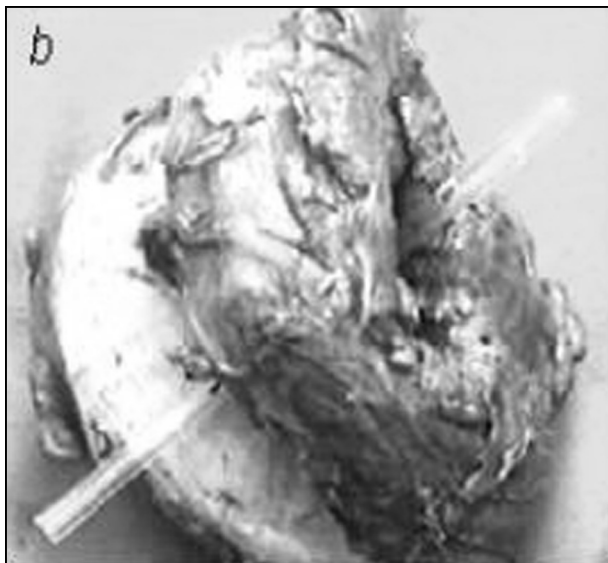


Figura 3: Detalle de la ruptura del hemicuerpo uterino derecho.

Figura 4



Figura 4: Óbito fetal extraído de la cavidad abdominal, con datos de maculación.

## DISCUSIÓN

Las histerectomías periparto se describen de 0,5 a 1,5 x 1000 y dentro de sus principales causas encontramos la placenta accreta, la atonía y la ruptura del útero, entre otras (8). La ruptura uterina ha sido descrita como causa de histerectomía de emergencia hasta en un 15% (10).

Las pacientes con malformaciones Mülllerianas y antecedentes de cesárea, en quienes se intenta un parto vaginal, tienen alto riesgo de sufrir ruptura uterina entre otras complicaciones (2).

Ravasía y col reportaron 2 casos de ruptura del útero en 25 pacientes con anomalías Mülllerianas y cesárea previa (úteros unicornes y bicorne) (2). Otros autores han descrito que en aquellas pacientes con antecedente de 1 ó 2 cesáreas y sin malformaciones uterinas, la incidencia de la ruptura del útero durante el trabajo de parto es de 0,6% y 1,8% respectivamente (11).

En el caso objeto de discusión, si bien, la solución de continuidad de la pared del órgano pudo haberse producido a consecuencia de los intentos de evacuación fetal farmacológica, sobre un útero con antecedente de cesárea (3 años previos), resulta interesante observar que no se produjera dehiscencia en relación a la cicatriz de la cesárea, ni lesión del segmento inferior (como ocurre en la mayoría de los casos) (12), sino, ruptura del espesor total de la pared en la cara posterior del hemicuerpo uterino derecho.

Las complicaciones presentadas durante los embarazos anteriores de la paciente aquí comentada, y que implicaron la pérdida de su último producto, probablemente tengan explicación en la falta de crecimiento uterino, acorde con

Figura 5



Figura 5: Corte sagital de la pieza quirúrgica y detalle anatómico intrauterino

el desarrollo fetal, como ya ha sido planteado (12), a pesar de que, de todas las malformaciones uterinas (a excepción del útero arqueado), es el útero didelfo el que mayormente se asocia a posibilidades de embarazo exitoso (1).

El embarazo determina un riesgo relativo de histerectomía obstétrica de 0,857 (13) y la morbi-mortalidad materna es mayor en histerectomías de urgencia que en aquellas realizadas en forma electiva (8).

No existen variaciones significativas, en lo que a la

morbi-mortalidad se refiere, si la histerectomía se practica en forma total o subtotal (9). La presencia de malformaciones uterinas, entre otros factores, puede llegar a determinar mayor dificultad técnica durante el acto quirúrgico e influenciar negativamente sobre el resultado final de la cirugía. En el caso objeto de discusión fue posible realizar la histerectomía total, sin que esto determinara morbilidad alguna para la paciente.

Ante la posible eventualidad de hallar durante la exploración quirúrgica de urgencia, malformaciones uterinas, el equipo quirúrgico está en la obligación de afinar los detalles técnicos a fin de optimizar sus resultados.

## REFERENCIAS

1. Rock JA. Cirugía para el tratamiento de las anomalías de los conductos de Müller. En: Rock JA, Thompson JD editores. Te Linde Ginecología Quirúrgica. 8va edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1998. p. 707 - 747.
2. Ravasia DJ. Incidence of uterine rupture among women with mullerian duct anomalies who attempt vaginal birth after cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 1999; 181 (4): 877 - 881.
3. Maneschi F, Zupi E, Marconi D, Valli E, Romanini C, Mancuso S. Hysteroscopically detected asymptomatic mullerian anomalies: prevalence and reproductive implication. J Reprod Med. 1995; 40: 684 - 688.
4. Sørensen SS. Estimated prevalence of mullerian anomalies. Acta Obstet Gynecol Scand. 1988; 67: 441 - 445.
5. Caughey AB, Shipp TD, Repke JT, Zelop CM, Cohen A, Lieberman E. Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. Am J Obstet Gynecol. 1999; 181 (4): 872 - 876.
6. Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: risk factors and pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol. 2003; 189 (4): 1042 -1046.
7. Zelop CM, Harlow BL, Frigoletto FD, Safon LE, Saltzman DH. Emergency peripartum hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1993; 168 (5): 1443 - 1448.
8. Gilstrap LC, Gant NF. Cirugía ginecológica en obstetricia. Problemas obstétricos. En: Rock JA, Thompson JD editores. Te Linde Ginecología Quirúrgica. 8va edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 1998. p. 879 - 896.
9. Thompson JD, Warshaw JS. Histerectomía. En: Rock JA, Thompson JD. editores. Te Linde Ginecología Quirúrgica. 8va edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 1998. p. 793 - 878.
10. Agüero O. Histerectomías obstétricas en un hospital privado. Rev Obstet Ginecol Venez. 2000; 60 (4): 239 - 243.
11. Miller DA, Díaz FG, Boucher M, Eglinton GS, Beall M, Pelan JP. Vaginal birth after cesarean: a 10-year experience. Obstet Gynecol. 1994; 84: 255 - 258.
12. Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: differences between a scarred and an unscarred uterus. Am J Obstet Gynecol. 2004; 191 (2): 425 - 429.
13. Nava Flores J, Paez Angulo JA, Veloz Martinez G, Sanchez Valle V, Hernandez-Valencia M. Indications and risk factors for emergency obstetric hysterectomy. Ginecol Obstet Mex. 2002; 70: 289 - 294.

**Correspondencia:** Dr. Freddy Pereira Graterol: Hospital Central "Dr. Miguel Pérez Carreño". Servicio de Cirugía IV. IVSS. Caracas.  
Cel: (0416) 613.87.97 • email: pffreddy@telcel.net.ve

## Nueva puntuación del riesgo predice cesárea luego de inducción

Fuente: *Obstetrics & Gynecology* 2006; 107: 227-233

### *Un simple sistema de puntuación podría ayudar en la toma de decisiones cuando se considera inducción del trabajo de parto*

*El riesgo de parto por cesárea luego de la inducción del trabajo de parto puede predecirse con precisión en términos razonables utilizando cuatro mediciones sencillas, informan obstetras británicos. Elisabeth Peregrine y equipo de las University College London Hospitals buscaron desarrollar un modelo clínico para predecir el resultado de la inducción del trabajo de parto. Los investigadores evaluaron los parámetros maternos y ecográficos de 267 mujeres a las 36 semanas o más de gestación antes de la inducción del trabajo de parto. El signo más frecuente para la inducción fue posmadurez, y el 30% de la cohorte requirió subsiguiente parto por cesárea. En el análisis de regresión logística, surgieron cuatro factores de importante predicción de parto por cesárea: paridad (coeficiente de probabilidad [OR] = 20,56), índice de masa corporal (OR = 6,17), altura (OR = 0,94), y longitud del cuello uterino por ecografía transvaginal (OR = 1,07). El equipo de Peregrine los utilizó para desarrollar un sencillo sistema de calificación de riesgo, por el cual una puntuación de  $\hat{65}$  a  $\hat{55}$  indica una posibilidad mayor al 80% de parto por cesárea, y una puntuación de  $\hat{165}$  a  $\hat{146}$  indica una posibilidad menor al 1%. El modelo tiene "una capacidad discriminatoria razonablemente buena", dicen los investigadores, quienes concluyen que podría permitir un asesoramiento más preciso y un consentimiento mejor informado en el proceso de toma de decisiones cuando se considera la inducción del trabajo de parto.*

**Publicado: 01 Marzo 2006**