

# RUPTURA UTERINA ESPONTANEA POR PLACENTA PERCRETA

**Drs. Paola Bustos, Jorge Delgado, Daniella Greibe**

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Félix Bulnes Cerda

---

## RESUMEN

La rotura uterina en un útero sin cicatriz previa, y temprano en el tercer trimestre, es un evento raro. Se expone el caso clínico de una paciente que se presenta con abdomen agudo, cursando embarazo de aproximadamente 25 semanas, se realiza laparotomía exploradora encontrando hemoperitoneo, feto y placenta libres en la cavidad peritoneal y útero roto en el fondo invadido por la placenta, que compromete epiplón mayor. Se realiza histerectomía y se confirma el diagnóstico con biopsia.

**PALABRAS CLAVES:** *Placenta percreta, ruptura uterina*

---

## SUMMARY

Uterine rupture without previous scar in the early third trimester is an uncommon event. The case presented is: A twenty five week pregnant patient who presents with an acute abdomen. Exploratory laparotomy is carried out finding: hemoperitoneum, with the fetus and placenta floating freely in to the peritoneal cavity, and uterus torn in the fundus and invaded by the placenta which compromises the omentum also. Hysterectomy was done. Placenta percreta and uterine rupture diagnosis is confirmed by histopathology.

**KEY WORDS:** *Placenta percreta, uterine rupture*

---

## INTRODUCCION

La placenta acreta 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.

Los factores de riesgo para tener acretismo placentario son placenta previa, cesárea anterior, edad materna avanzada, entre otros.

La incidencia es variable y va desde 1/540 a 1/70.000 nacimientos (2). Esta incidencia va en aumento debido al aumento de los partos por cesáreas y con ello también de las placentas previas. Es conocido que el 75% de las placentas percretas se asocian a placenta previa.

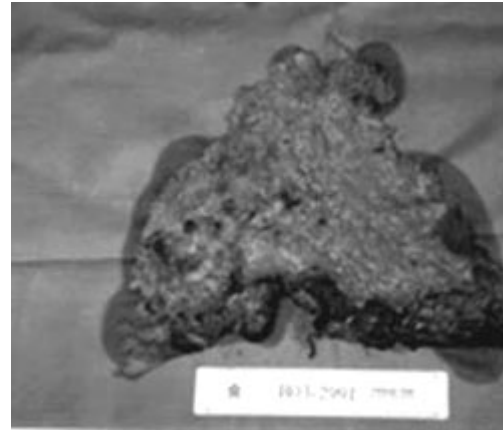
La asociación de placenta previa y cicatriz de cesárea anterior, es el mayor riesgo para tener placenta acreta. El 25% de las mujeres con placenta previa y una cesárea anterior tienen placenta acreta, aumenta al 50% con dos cicatrices, llegando hasta 67% con 4 cicatrices previas (6).

Lo más frecuente es la placenta acreta (llega al miometrio), luego la increta (invade el miometrio) y menos frecuentemente la percreta (atraviesa el miometrio).

La etiología de la ruptura uterina se ha subdividido en 3 categorías: ruptura de cicatriz, ruptura traumática y ruptura espontánea. La ruptura por cicatriz se engloba en: cesáreas previas, miomectomías, resección cornual o antecedente de perforación. Las rupturas traumáticas, se deben a trauma obstétrico o accidentes automovilísticos. Las rupturas espontáneas se ven en anomalías uterinas, parto precipitado, parto obstruido o placenta percreta.



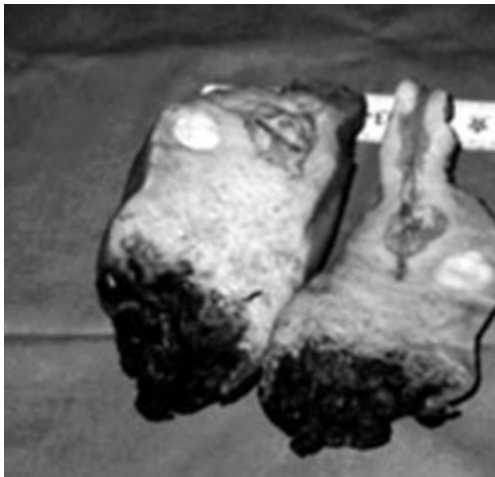
*Figura 1.*



*Figura 2.*

En los últimos 100 años, se han publicado menos de 50 casos de ruptura uterina debido a placenta percreta.

La importancia del diagnóstico precoz y oportuno de la alteración en la inserción placentaria es debido al aumento significativo de la morbimortalidad materna debido a hemorragia y transfusiones masivas, mayor riesgo de daño urológico e intestinal en la cesárea, mayor probabilidad de histerectomía de urgencia, etc. Una vez realizado el diagnóstico, se deben tomar las medidas adecuadas, evaluar el momento de la interrupción del embarazo, el equipo quirúrgico, la infraestructura necesaria e informar a la paciente de sus eventuales riesgos.



*Figura 3.*



*Figura 4.*

El diagnóstico se realiza con ecografía modo B y flujo doppler con una buena sensibilidad y especificidad, 93% y 79% respectivamente (6). Los criterios sonográficos son: ausencia o adelgazamiento de la zona miometrial hipocogénica normal; la presencia de espacios lacunares vasculares dentro del parénquima placentario; adelgazamiento, irregularidad o disrupción focal de la interfase hiperecogénica entre las paredes uterinas y vesicales; la extensión del tejido placentario más allá de la serosa uterina (1).

Toda paciente con factores de riesgo debe tener una evaluación ecográfica de la inserción placentaria.

#### **CASO CLINICO**

G.L.L. Ficha:647713. Paciente de 30 años, acude al policlínico de urgencia maternal por dolor abdominal agudo e intenso, asociado a astenia y adinamia. Al interrogatorio refiere cursar un embarazo de 25 semanas (sólo un control prenatal, sin ecografía ni exámenes de laboratorio). Describe inicio de dolor abdominal difuso desde hace 9 días, que hace algunas horas se hace intenso e invalidante, por lo que consulta.



*Figura 5.*



*Figura 6.*

Sin antecedentes mórbidos, G2P1A0, PTVÉ de 3355 gr, con un período intergenésico de 15 años, sin método anticonceptivo el último año, entrega una FUR dudosa, por lo que correspondería un embarazo de 28+3 semanas.

Al examen físico destaca obesidad mórbida (113 kg), conciente, lúcida, quejumbrosa. PA: 140/80, taquicárdica, algo pálida, abdomen con resistencia muscular, se palpa masa hipogástrica irregular hasta región umbilical, sensible a la palpación superficial. No se auscultan LCF.

Se realiza tacto vaginal: Cérvix anterior, sin genitorragia y en fondo de saco posterior se palpa una masa indurada irregular de aproximadamente 10 cm.

Durante el examen, la paciente se torna pálida, sudorosa, sufre lipotimia y convulsión tonicoclónica, que se recupera espontáneamente. La P.A. es de 70/40, por lo que se decide laparotomía exploradora con los siguientes diagnósticos:

- Abdomen Agudo
- Shock hipovolémico
- Obs: Rotura uterina.
- Obs: Tumor abdominal complicado.

Dentro de los hallazgos operatorios destaca: hemoperitoneo de 2Lts, feto (de aproximadamente 24 semanas) y placenta libres en la cavidad abdominal, útero ampliamente abierto en región fúndica, epiplón mayor con invasión placentaria, y el ovario izquierdo con tumor de 15 x 15 cm de aspecto heterogéneo.

Se realiza extracción de feto y placenta, histerectomía total, ooforectomía izquierda y omentectomía parcial.

Evoluciona favorablemente requiriendo 4 U de glóbulos rojos. Siendo dada de alta al 7° día postoperatorio.

El Informe biópsico mostró: feto de 21 semanas de EG por biometría, sexo femenino, sin malformaciones externas. Placenta percreta con rotura uterina en región fúndica, endometritis crónica, epiplitis aguda necrohemorrágica con decidualización focal y cistoadenoma seroso papilar de ovario izquierdo.

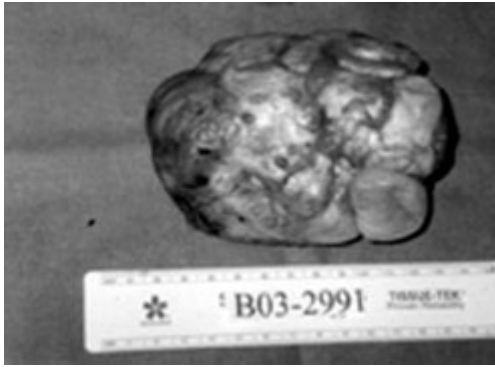


Figura 7.



Figura 8.

## DISCUSION

El riesgo de rotura uterina en pacientes con antecedente de cesárea en el III trimestre y específicamente durante el trabajo de parto, ha sido ampliamente demostrado.

Por otro lado, en pacientes sin factores de riesgo, la rotura uterina es difícil de sospechar, más aún si ocurre en etapas tempranas del embarazo.

En el caso expuesto, se trata de una paciente joven, sin cicatriz uterina, y sin antecedente de trauma abdominal. Es importante destacar su mal control prenatal como factor de riesgo en general, específicamente la ausencia de ecografía obstétrica, que no permitió un diagnóstico precoz de la alteración de la inserción placentaria, y tomar las medidas necesarias.

En pacientes embarazadas, sin factores de riesgo y que consultan durante la emergencia, se debe realizar un diagnóstico rápido y cirugía expedita para tener un manejo exitoso de esta condición.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnosis and Management of Placenta Percreta: A Review. *Obstet Gynecol* 1998; 59: 509-17. [[Links](#)]
2. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 210-4. [[Links](#)]
3. Placenta Percreta with spontaneous rupture of an unscarred uterus in the second trimester. *Obst Gynecol* 2001; 98: 927-9. [[Links](#)]
4. Spontaneous rupture of a primigravid uterus secondary to placenta percreta. *Reprod Med* 1998; 43: 233-6. [[Links](#)]
5. Spontaneous second trimester uterine rupture after classical cesarean. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 806-8. [[Links](#)]
6. Placenta Accreta: Evaluation with color doppler US, Power doppler US and MR Imaging. *Radiology* 1997; 205: 773-776. [[Links](#)]
7. Ultrasonographic evaluation of uteroplacental blood flow patterns of abnormally located and adherent placentas. *Am J Obst Gynecol* 1990; 163: 723-7. [[Links](#)]
8. Transvaginal color doppler sonography in the prenatal diagnosis of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 508-10. [[Links](#)]

\*Trabajo recibido en noviembre de 2003 y aceptado para publicación por el Comité Editor en diciembre de 2003.

© 2010 *Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*

Román Díaz 205 - Depto. 205 Providencia

Santiago - Chile

Teléfono: 56-2-2350133 - Fax: 56-2-2351294