

CASO CLÍNICO

CASE REPORT

1. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Maternidad "Dr. Nerio Beloso", Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela
 - a Especialista en Ginecología y Obstetricia
 - b Doctor en Ciencias Médicas
 - c Médica cirujana, Residente del Postgrado de Ginecología y Obstetricia

Declaración de aspectos éticos

Reconocimiento de autoría: Todos los autores declaramos que han realizado aportes a la idea, diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito que estamos enviando.

Responsabilidades éticas: Protección de personas. Los autores declaramos que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaramos que han seguido los protocolos del Hospital Central "Dr. Urquinaona" sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores hemos obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento: Los autores certificamos que no han recibido apoyos financieros, equipos, en personal de trabajo o en especie de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio.

Conflicto de intereses: Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses

Recibido: 9 octubre 2017

Aceptado: 16 noviembre 2017

Correspondencia:

Dr. Eduardo Reyna-Villasmil

📍 Hospital Central "Dr. Urquinaona" Final Av. El Milagro, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

☎ 584162605233

✉ sippenbauch@gmail.com

Citar como: Vargas-García A, Reyna-Villasmil E, Rondón-Tapia M. Prolapso intraperitoneal de saco amniótico. Reporte de caso. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(2):259-262. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2087>

Prolapso intraperitoneal de saco amniótico. Reporte de caso

Intraperitoneal prolapse of the amniotic sac. A case report

Avelin Vargas-García^{1,a}, Eduardo Reyna-Villasmil^{1,a,b}, Marta Rondón-Tapia^{1,c}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2087>

RESUMEN

La rotura uterina es una emergencia obstétrica y puede tener resultados catastróficos. El prolapso intraperitoneal del saco amniótico, también conocido como amniocele, es una manifestación inicial única de rotura uterina silenciosa o completa durante el embarazo. Puede producirse como resultado de una lesión preexistente, anomalías uterinas o alteraciones en la cicatrización uterina. La ecografía tiene papel importante en el diagnóstico de esta afección, ya que es esencial para el manejo de estos pacientes y optimiza la resultante materna y perinatal. Se presenta un caso de paciente de 22 años con dolor abdominal agudo a las 34 semanas de gestación. La ecografía mostró feto viable dentro de la cavidad amniótica junto con oligohidramnios y lesión quística ecogénica de 8 x 6 centímetros, confirmada por ecografía Doppler y tridimensional; se diagnosticó prolapso intraperitoneal del saco amniótico a través de rotura uterina. Durante la cesárea, se identificó el defecto uterino de 1 centímetro en la cara lateral del útero, confirmando el diagnóstico. No se encontraron complicaciones postoperatorias y la paciente se recuperó totalmente. **Palabras clave.** Prolapso intraperitoneal del saco amniótico; Amniocele; Rotura uterina; Ecografía; Embarazo.

ABSTRACT

Uterine rupture is an obstetric emergency that can have catastrophic results. Intraperitoneal prolapse of the amniotic sac, also known as amniocele, is a unique initial manifestation of silent or complete uterine rupture during pregnancy. It can occur as a result of preexisting injury, uterine abnormalities or alterations in uterine scarring. Ultrasound plays an important role in the diagnosis of this condition: it is essential for the management of these patients and optimizes maternal and perinatal outcome. We present the case of a 22-year-old patient with acute abdominal pain at 34 weeks' gestation. Ultrasound showed a viable fetus inside the amniotic cavity along with oligohydramnios and an echogenic cystic lesion of 8 x 6 centimeters. Doppler and tridimensional ultrasound confirmed the diagnosis as intraperitoneal prolapse of the amniotic sac through a uterine rupture. During cesarean section, a 1-centimeter uterine defect was identified on the lateral side of the uterus, which confirmed the diagnosis. There were no postoperative complications and the patient recovered completely.

Keywords: Intraperitoneal prolapse of the amniotic sac; Amniocele; Uterine rupture; Ultrasound; Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La rotura uterina es una complicación cuya frecuencia se estima en 1 por cada 8 000 a 15 000 embarazos y es potencialmente fatal (mortalidad general superior al 15%). La dificultad diagnóstica y terapéutica ocurre en casos de rotura uterina silenciosa, ya que es relativamente asintomática, pero tiene el riesgo potencial de conllevar a rotura completa^(1,2). El prolapso intraperitoneal del saco amniótico, conocido también como amniocoele, es una manifestación inicial de la rotura uterina silenciosa, lo que puede provocar complicaciones maternas y perinatales agudas⁽³⁾. Se describe un caso de prolapso intraperitoneal del saco amniótico diagnosticado a las 34 semanas de embarazo.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente de 22 años, IV gestas, II cesáreas, I aborto, con embarazo simple de 34 semanas quien consultó por presentar dolor en fosa iliaca izquierda de moderada-fuerte intensidad de 2 días de evolución. La paciente tenía antecedentes de legrado uterino por aborto incompleto dos años antes de la aparición del cuadro clínico. Negaba traumatismos, enfermedades ginecológicas u otros antecedentes personales o familiares de importancia. También negaba el consumo de alcohol, tabaco o drogas durante el embarazo. El control prenatal transcurrió sin complicaciones durante el primer y segundo trimestre.

Al examen físico se encontró dolor en hipocondrio y fosa ilíaca izquierda de fuerte intensidad, doloroso a la compresión. No se encontraron signos de irritación peritoneal ni evidencia de actividad uterina. La presión arterial fue 120/80 mmHg, frecuencia cardiaca 95 latidos x minuto y temperatura corporal 37,4° C. El examen ginecológico no mostró sangrado genital ni modificaciones en el cuello uterino y el examen rectal estaba dentro de límites normales. Los informes de laboratorio fueron hemoglobina 11,3 g/dL, conteo de leucocitos 13 000 x mL y neutrófilos 75%. Los exámenes de orina, coagulación, funcionalismo renal y hepático fueron normales.

La ecografía obstétrica mostró feto viable dentro de la cavidad amniótica con peso aproximado de 2 000 gramos, acorde a su edad gestacional, en presentación podálica; placenta fúndica y dismi-

nución del volumen de líquido amniótico (índice de líquido amniótico 4 centímetros). Se observó lesión quística ecogénica con membrana fina, de aproximadamente 8 x 6 centímetros (figura 1), estableciendo la posibilidad diagnóstica de prolapso intraperitoneal del saco amniótico a través de rotura uterina, que después fue confirmado por ecografía Doppler color y tridimensional. En estos se observó flujo desde el útero hasta el saco amniótico herniado a través de una pérdida de solución de continuidad de la pared uterina de aproximadamente 2 centímetros sin ninguna estructura fetal o cordón umbilical en su interior. Los bordes de la placenta se encontraban lejos del defecto uterino. Durante la evaluación ecográfica la paciente refirió aumento de la intensidad del dolor, por lo que se decidió realizar cesárea de emergencia.

Durante la intervención, se observó lesión quística compatible con el saco amniótico que salía a través de un defecto miometrial de aproximadamente 1 centímetro en la cara lateral izquierda, 3 centímetros por debajo de la inserción de la trompa de Falopio, posiblemente relacionada a una complicación no reportada por la paciente de antecedente quirúrgico (legrado uterino por aborto). No se observaron adherencias placentarias ni hemoperitoneo. Se realizó histerotomía en el segmento inferior y se obtuvo un recién nacido vivo masculino de 2 200 gramos con Ápgar 7 y 9 puntos al minuto y a los 5 minutos, respectivamente. El líquido amniótico y la placenta

FIGURA 1. ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA BIDIMENSIONAL EN LA CUAL SE OBSERVA EL PROLAPSO INTRAPERITONEAL DEL SACO AMNIÓTICO A TRAVÉS DE ROTURA UTERINA SILENTE.





estaban normales. Se realizó descompresión de la lesión y se procedió al alumbramiento. Se reparó el defecto con técnica de sutura de doble capa con crómico 1 y se completó la cesárea con la técnica estándar. La paciente se recuperó en forma satisfactoria y fue dada de alta al quinto día del postoperatorio.

DISCUSIÓN

La rotura uterina es una emergencia obstétrica y puede tener resultados catastróficos. Este evento raro implica un defecto en la musculatura uterina, con salida de partes fetales y/o contenido intraamniótico a la cavidad peritoneal y se asocia a menudo con síntomas agudos y/o pérdida de sangre⁽²⁾. La incidencia de rotura uterina no está clara, con pocos datos publicados y pocos informes de casos^(2,3).

El diagnóstico de rotura uterina 'silenciosa' se realiza cuando la paciente está asintomática y la pérdida de solución de continuidad del útero se descubre de forma accidental por ecografía o durante la cirugía. Estas pueden mantenerse sin manifestar ningún tipo de sintomatología por días o semanas. Los factores de riesgo para esta condición son los antecedentes de cirugías uterinas previas, perforación instrumental, anomalías maternas o fetales, uso de cocaína, enfermedades del tejido conectivo, uso de prostaglandinas y altas dosis de oxitocina en multíparas durante la inducción del parto o el parto, respectivamente⁽⁴⁾. Pero también pueden ocurrir en pacientes nulíparas sin estos factores de riesgo⁽¹⁾.

El prolapso intraperitoneal del saco amniótico es la manifestación ecográfica de rotura uterina silenciosa, que también se ha descrito como dehiscencia uterina. La diferencia entre la rotura silenciosa y completa no siempre es posible realizarla en forma exclusiva por ecografía⁽³⁾. Las pacientes tienen un alto riesgo de rotura uterina espontánea a principios del tercer trimestre, independientemente de las causas subyacentes. No obstante, esta no siempre ocurre inmediatamente después del diagnóstico inicial⁽³⁻⁶⁾.

Una de las teorías propuestas para la aparición de rotura uterina posterior a procedimientos diagnósticos o terapéuticos es la recuperación deficiente del miometrio como resultado de alteración de la vascularización en el sitio del pro-

cedimiento o incidente, permitiendo que en esta área debilitada se produzca la rotura. El uso de la electrocirugía durante la histeroscopia también puede producir daño vascular térmico, produciendo debilidad y necrosis del tejido, convirtiendo a estas áreas en zonas con mayor posibilidad de rotura uterina⁽⁷⁾. Esto podría explicar la ausencia de hemoperitoneo en el presente caso y en otros informes previos⁽⁸⁾. La posible causa del prolapso intraperitoneal del saco amniótico se atribuye a la disminución de la elasticidad en los sitios focales del útero o presión intrauterina excesiva⁽²⁾.

En los embarazos complicados con prolapso intraperitoneal del saco amniótico es importante establecer cuáles casos se pueden manejar en forma expectante y cuales embarazadas necesitan cirugía. En la actualidad no existe forma de predecir el desarrollo de la rotura uterina. Uno de los síntomas típicos de la rotura uterina inminente es el dolor o malestar abdominal, pero la presencia exclusiva de este síntoma no excluye la posibilidad de seleccionar el manejo expectante en estas pacientes⁽³⁾.

Las dificultades técnicas para la evaluación del espesor del miometrio del fondo uterino (debido a la presencia de asas intestinales, problemas para la alineación del haz de ultrasonido junto a la pared uterina y ausencia de valores de corte del espesor del endometrio) no permiten predecir la rotura espontánea. Por lo tanto, la evaluación ecográfica de la pared uterina que rodea el prolapso intraperitoneal del saco amniótico tiene un valor limitado⁽⁹⁾. La ecografía tridimensional es más útil para establecer un diagnóstico definitivo, en especial cuando el defecto se localiza en la cara posterior de útero⁽⁴⁾. Las imágenes por resonancia magnética proporcionan información más precisa sobre el espesor del miometrio cercano al defecto. La evaluación seriada del grosor del endometrio puede ser un factor clave para el manejo expectante, a pesar de que tampoco se han establecidos valores de corte para predecir la posibilidad de rotura uterina⁽⁹⁾. La cardiotocografía es una herramienta poco útil en el diagnóstico de esta condición⁽¹⁰⁾.

El manejo óptimo de estos casos de prolapso intraperitoneal del saco amniótico todavía no ha sido bien definida, especialmente en el primer trimestre y principios del segundo trimestre. El manejo de la rotura uterina silenciosa depende



de la edad gestacional, severidad del dolor abdominal y bienestar fetal. Las complicaciones diagnósticas aparecen cuando la rotura uterina se mantiene asintomática o la paciente presenta síntomas inespecíficos, como dolor abdominal de leve intensidad y no localizado o malestar durante varios días o semanas⁽³⁾. Se debe interrumpir el embarazo si el feto está maduro para sobrevivir a la vida extrauterina. Hasta el momento, se desconoce sus efectos sobre el embarazo cuando esta es asintomática o está acompañada de dolor abdominal temporal en ausencia de sufrimiento fetal. Si la paciente desea continuar con el embarazo se debe informar sobre los potenciales riesgos del manejo expectante, incluyendo la rotura uterina posterior, acretismo placentario, parto pretérmino e histerectomía obstétrica⁽⁶⁾.

Los embarazos complicados con prolapso intraperitoneal del saco amniótico deben ser manejados en forma cuidadosa dependiendo de la edad gestacional y el sitio donde se produce. La evaluación precisa de la pared uterina que rodea la lesión, con ecografía y resonancia magnética, es esencial para el manejo de estos casos para optimizar la resultante perinatal y mejorar la resultante perinatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Li Z, Yao Q, Min W, Xing A. Silent rupture of an unscarred uterus at third-trimester abortion correlated with an unrecognized perforation. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2012;39(3):394-5.
2. Mishina M, Hasegawa J, Ichizuka K, Oba T, Sekizawa A, Okai T. Defect in the uterine wall with prolapse of amniotic sac into it at 32 weeks' gestation in a primigravida woman without any previous uterine surgery. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014;40(3):840-2. doi: 10.1111/jog.12214.
3. Iemura A, Kondoh E, Kawasaki K, Fujita K, Ueda A, Mogami H, et al. Expectant management of a herniated amniotic sac presenting as silent uterine rupture: a case report and literature review. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015;28(1):106-12. doi: 10.3109/14767058.2014.900533.
4. Greenwald SR, Gonzalez JM, Goldstein RG, Rosentein MG. Asymptomatic uterine dehiscence in a second-trimester twin pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(4):590.e1-2. doi: 10.1016/j.ajog.2015.06.017.
5. Deka D, Bahadur A, Dadhwal V, Gurunath S, Vaid A. Successful outcome in pregnancy complicated by prior uterine rupture: a report of two cases. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;283 Suppl 1:45-8. doi: 10.1007/s00404-010-1798-1.
6. Conturso R, Redaelli L, Pasini A, Tenore A. Spontaneous uterine rupture with amniotic sac protrusion at 28 weeks subsequent to previous hysteroscopic metroplasty. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;107(1):98-100.
7. Uccella S, Cromi A, Bogani G, Zaffaroni E, Ghezzi F. Spontaneous prelabor uterine rupture in a primigravida: a case report and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(5):e6-8. doi: 10.1016/j.ajog.2011.08.013.
8. Berhe Y, Wall LL. Uterine rupture in resource-poor countries. *Obstet Gynecol Surv*. 2014;69(11):695-707. doi: 10.1097/OGX.0000000000000123.
9. Uharček P, Brešťanský A, Ravinger J, Mářnová A, Zajacová M. Sonographic assessment of lower uterine segment thickness at term in women with previous cesarean delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;292(3):609-12. doi: 10.1007/s00404-015-3687-0.
10. Klein M, Rosen A, Beck A. Diagnostic potential of cardiotocography (CTG) for silent uterine rupture. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1989;68(7):653-6.