



Rotura Uterina intraparto tras conización

L. Ibañez, S. González, E. De Diego, C. Bravo, S. Pérez, S. Alonso
Sº Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Fuenlabrada

Objetivos:

Las pacientes sometidas a conización presentan mayor riesgo de resultados obstétricos adversos. No hemos encontrados en la literatura casos de rotura uterina intraparto en pacientes con antecedentes de conización.

Presentamos el caso de una paciente con rotura uterina intraparto y antecedente de conización complicada.

Resultados:

Paciente de 33 años que durante su primer embarazo en 2015 es diagnosticada de CIN 3. Tras parto eutócico, se le realiza conización con asa de vela en 2016. Durante la conización, se estima sangrado de 500cc y precisa puntos paracervicales así como de Sturmdorf en labio anterior y posterior. A los 8 días de la conización consulta por sangrado moderado y precisa reintervención con nuevos Sturmdorf, y transfusión de 2 concentrados de hemáties por nueva pérdida sanguínea de 500cc.

El informe de AP describe pieza de 30x23cm con profundidad de 20mm. Presenta una lesión CIN 3 con bordes libres.

Tras finalizar la lactancia, la paciente presenta dismenorrea moderada con múltiples visitas a urgencias precisando incluso drenaje de hematometra. Se le ofrece dilatación cervical bajo anestesia.

Se embaraza nuevamente en 2017. La gestación discurre sin incidencias hasta la semana 38, cuando rompe la bolsa e ingresa para inducción. Durante la misma, llama la atención un cérvix fibrótico pero la dilatación progresa sin incidencias. Tras 1h en dilatación completa se produce una bradicardia fetal mantenida y se finaliza el parto con ventosa por RPBF. Nace RN de 4000 gramos con un ph arterial de 6,98. El alumbramiento dirigido se continúa con un sangrado activo moderado de cavidad sin poder identificar claramente el cérvix. Se realiza revisión manual de cavidad y se sospecha solución de continuidad a nivel de segmento uterino por lo que se indica una laparotomía exploradora urgente. Se objetiva hemoperitoneo de 250cc y se evidencia rotura uterina longitudinal de 8cm en istmo uterino anterior que se prolonga hacia cara anterior de vagina. Ante la imposibilidad de reconstrucción anatómica, y sangrado activo, se realiza histerectomía puerperal, siendo difícil la identificación de los límites anatómicos entre vagina y cérvix. El postoperatorio transcurre sin incidencias salvo anemia moderada.

Conclusiones:

El acortamiento cervical secundario al tamaño del cono junto con los repetidos puntos de hemostasia han podido suponer un cambio estructural del cérvix afectando a la elasticidad del mismo que han derivado en la rotura uterina durante el parto. Un cono más conservador podría haber evitado las complicaciones descritas.

