








## ROTURA UTERINA EN ESPECTRO DE LA PLACENTA ACRETA: REPORTE DE CASO

### UTERINE RUPTURE IN THE SPECTRUM OF THE PLACENTA ACCRETA: CASE REPORT

 Enrique Guevara-Ríos<sup>1,2,3,a,d</sup>,  Julio César Fernández-Haquehua<sup>1,3,a</sup>,  Liz Zelmira Gallegos-Dávila<sup>1,a</sup>,  Patricia Rosemary Guarnizo-Chalco<sup>1,a</sup>,  Luis Alberto Quiñones-Vásquez<sup>1,a</sup>,  Félix Dasio Ayala-Peralta<sup>1,2,a,c</sup>,  Juan Carlos Tasayco-Saravia<sup>1,b</sup>

#### RESUMEN

**Introducción.** La ruptura uterina en el contexto del espectro de placenta accreta representa un desafío clínico con implicaciones críticas para la salud materna y fetal. El diagnóstico precoz y la intervención oportuna en pacientes con factores de riesgo, como antecedentes de cesáreas y placenta previa, son esenciales para prevenir complicaciones graves. **Presentación de caso.** Se describe el caso de una mujer de 36 años con antecedentes de dos cesáreas, que a las 30 semanas de gestación acudió por dolor abdominal agudo. La evaluación reveló placenta previa con invasión placentaria y hemoperitoneo. Durante la laparotomía se confirmó la ruptura uterina, realizándose una cesárea corporal e histerectomía, lo que permitió un desenlace materno favorable y la supervivencia neonatal. **Conclusión.** Este caso resalta la importancia de protocolos estandarizados en centros especializados y estrategias preventivas para reducir la morbimortalidad asociada y minimizar las complicaciones relacionadas con cesáreas previas.

**Palabras clave:** Placenta Accreta, Ruptura Uterina, Complicaciones del Trabajo de Parto (Fuente: DeCS-Bireme).

#### ABSTRACT

**Introduction.** Uterine rupture in the context of placenta accreta spectrum poses a significant clinical challenge with critical implications for maternal and fetal health. Early diagnosis and timely intervention in patients with risk factors, such as a history of cesarean deliveries and placenta previa, are essential to prevent severe complications. **Case presentation.** This report describes the case of a 36-year-old woman with a history of two cesarean sections, who presented at 30 weeks of gestation with acute abdominal pain. Evaluation revealed placenta previa with placental invasion and hemoperitoneum. During exploratory laparotomy, uterine rupture was confirmed, leading to a cesarean delivery and subsequent hysterectomy, resulting in a favorable maternal outcome and neonatal survival. **Conclusion.** This case underscores the importance of standardized protocols in specialized centers and preventive strategies to reduce morbidity and mortality and minimize complications associated with prior cesarean deliveries.

**Keywords:** Placenta Accreta, Uterine Rupture, Obstetric Labor Complications (Source: MeSH-NLM).

#### INTRODUCCIÓN

El espectro de la placenta accreta (PAS, por sus siglas en inglés) ocurre en aproximadamente 3 de cada 1000 embarazos, con una prevalencia creciente atribuida principalmente al aumento de cesáreas<sup>(1)</sup>. Entre los principales factores de riesgo se encuentran las cicatrices uterinas previas, placenta previa y edad materna avanzada<sup>(2)</sup>.

El PAS es responsable de hemorragias masivas que incrementan la morbimortalidad materna y fetal<sup>(3,4)</sup>. Aunque la rotura uterina espontánea en este contexto es rara, ocurre principalmente en casos de placenta increta o percreta, situaciones que representan un alto riesgo tanto para la madre como para el feto<sup>(4,5)</sup>. En estos casos, el diagnóstico temprano mediante ecografía y la intervención quirúrgica en centros

<sup>1</sup> Departamento de Obstetricia y Perinatología, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

<sup>3</sup> Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico Ginecólogo Obstetra.

<sup>b</sup> Anatómo-Patólogo.

<sup>c</sup> Magister.

<sup>d</sup> Profesor ordinario.

**Citar como:** Guevara Ríos E, Fernández Haquehua JC, Gallegos Dávila LZ, Guarnizo Chalco PR, Quiñones Vásquez LA, Ayala Peralta FD, Tasayco Saravia JC. Rotura uterina en espectro de la placenta accreta: Reporte de Caso. Uterine rupture in the spectrum of the placenta accreta: Case Report. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2024; 13(3): 47-51. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2024422>

especializados son factores cruciales para reducir la morbimortalidad, tal como lo describen Soni-Trinidad et al. y Rojas-Pillaca et al<sup>(6,7)</sup>.

Este caso presenta una complicación infrecuente, subrayando la importancia de un diagnóstico preciso y manejo oportuno.

### REPORTE DE CASO

Se presenta el caso de una mujer de 36 años, con antecedentes obstétricos de dos cesáreas previas, dos hijos vivos y una gestación en curso de 30 semanas, quien acude al Servicio de Emergencias del Instituto Nacional Materno Perinatal por dolor abdominal intenso de inicio súbito, tipo cólico, difuso, acompañado de dos deposiciones líquidas. La paciente refiere percibir movimientos fetales y niega contracciones uterinas.

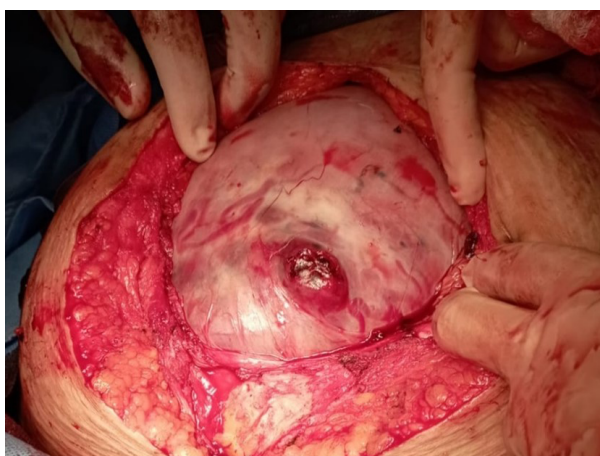
Al ingreso, se documentaron frecuencia cardíaca de 115 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 28 respiraciones por minuto, presión arterial de 110/65

milímetros de mercurio y temperatura de 37 grados centígrados. Durante la exploración física, presentó palidez en piel y mucosas, y dolor abdominal a la palpación, de predominio en el hipocondrio derecho, signo de rebote positivo. La altura uterina correspondía a 30 centímetros, y los latidos cardíacos fetales se registraron en 145 por minuto. La evaluación ginecológica mediante especuloscopia descartó sangrado activo, y el tacto vaginal evidenció un cuello uterino sin cambios.

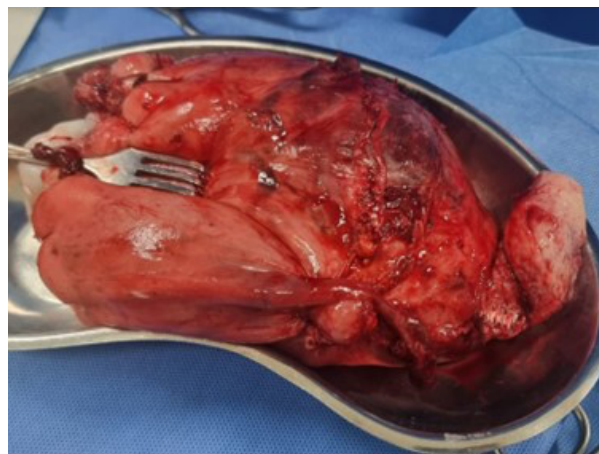
Posteriormente, se realizó una ecografía obstétrica que mostró un feto único en presentación longitudinal cefálica derecha, con frecuencia cardíaca de 135 por minuto, peso estimado de 1,735 gramos y un índice de líquido amniótico de 9 centímetros. La placenta se observó anterior, de inserción baja, con signos sugestivos de invasión placentaria, como lagos venosos prominentes. Asimismo, la ecografía abdominal identificó líquido libre intraperitoneal, destacándose 493 mililitros en el espacio de Morrison y 150 mililitros en el receso periesplénico.



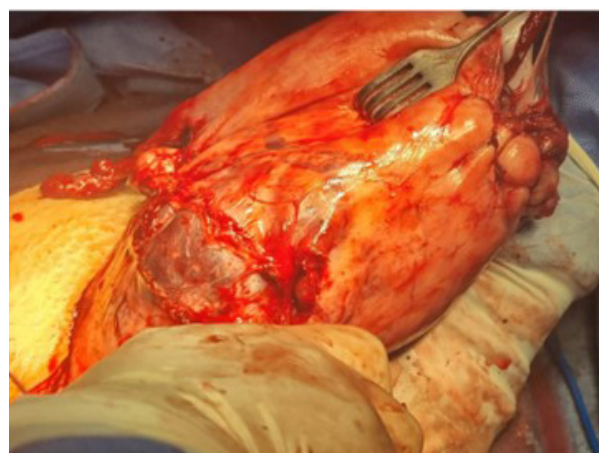
**Figura 1.** Extracción de coágulos plastronados en la cavidad abdominal cubriendo superficie uterina.



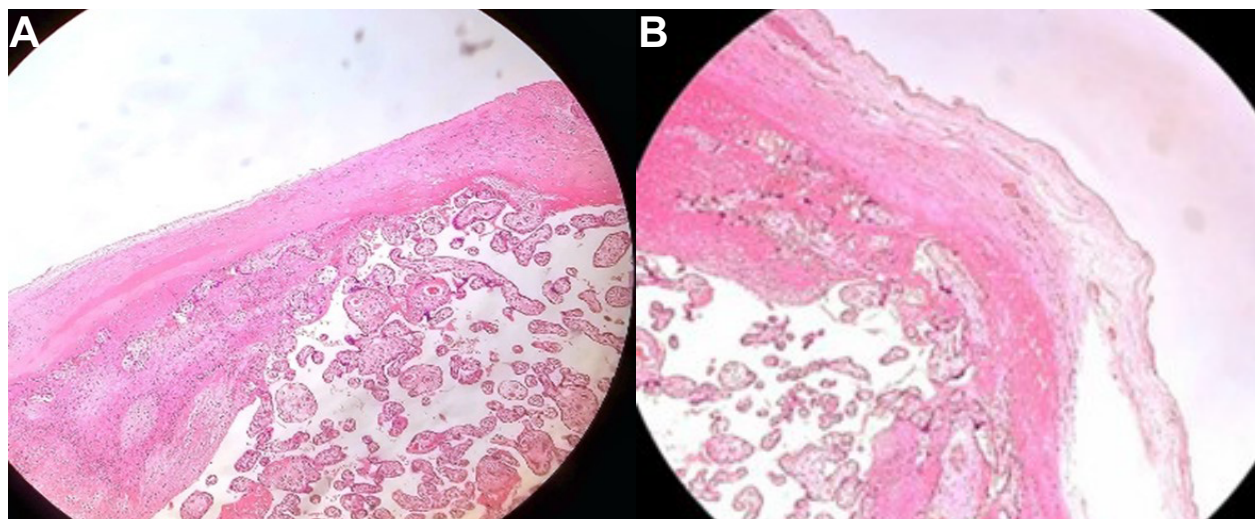
**Figura 2.** Defecto en el segmento uterino anterior de 1 cm con irregularidad superficial, indicativo de rotura uterina.



**Figura 4.** Útero extraído con evidencia macroscópica de solución de continuidad en el segmento uterino y signos de invasión placentaria.



**Figura 3.** Vista intraoperatoria del útero con solución de continuidad en el segmento uterino anterior y cambios morfológicos asociados a invasión placentaria.



**Figura 5. A.** Corte histológico mostrando vellosidades coriales penetrando el miometrio, características de placenta increta (tinción con Hematoxilina-Eosina, 10x). **B.** Detalle histológico evidenciando la falta de separación entre vellosidades coriales y miometrio, confirmando la invasión placentaria (tinción con Hematoxilina-Eosina, 40x).

En los exámenes de laboratorio iniciales se encontró hemoglobina de 6.7 g/dL, leucocitosis de 23,000/mm<sup>3</sup> con 9% de formas inmaduras, plaquetas de 281,000/mm<sup>3</sup>, y proteína C reactiva de 0,2 mg/dL. Los niveles de creatinina y urea fueron de 0,7 y 26 mg/dL, respectivamente, fibrinógeno de 315 mg/dL y tiempos de coagulación dentro de los valores normales.

Con estos hallazgos, se estableció el diagnóstico de gestación de 30 semanas, placenta previa con invasión placentaria, anemia severa, abdomen agudo no quirúrgico y deshidratación grave. En consecuencia, se inició tratamiento con hidratación endovenosa, antibióticos de amplio espectro (clindamicina, metronidazol y ceftriaxona), protección gástrica con omeprazol, antieméticos y administración de betametasona en dosis de 12 miligramos endovenoso cada 24 horas. Además, se transfundieron dos unidades de concentrado globular, aunque no se logró una corrección completa de la anemia ni de la leucocitosis. Ante la persistencia del dolor abdominal y la sospecha de hemoperitoneo, se decidió realizar una laparotomía exploratoria 30 horas después del ingreso.

Durante el procedimiento quirúrgico, se observó un hemoperitoneo de aproximadamente 500 mililitros y 500 mililitros de coágulos plastronados que cubrían el útero (Figura 1). Se identificó una solución de continuidad de 1 centímetro en la porción superior izquierda del segmento uterino anterior (Figura 2), el cual presentaba una superficie irregular y violácea con múltiples neovasos de aspecto característico, conocido como "cabeza de Medusa", compatibles con invasión placentaria (EPA 2 / PAS 3) (Figura 3 y 4). El sangrado intraoperatorio fue estimado en 3 000 mililitros, manejándose mediante cesárea

corporal e histerectomía total, reposición masiva de hemoderivados y un enfoque multidisciplinario. Histológicamente, se confirmó una placenta increta asociada a rotura uterina espontánea (Figura 5). Gracias a esta intervención, la paciente y su recién nacida de sexo femenino, pesó 1,665 gramos, con una talla de 41,5 cm. y puntuaciones de Apgar de 5 al minuto y 6 a los cinco minutos. El líquido amniótico fue claro y sin mal olor.

En el postoperatorio inmediato, la paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos Maternos, donde recibió soporte hemodinámico y manejo del dolor. Posteriormente, fue derivada al servicio de obstetricia al segundo día postoperatorio, con mejoría clínica evidente. Sin embargo, al quinto día postquirúrgico, presentó dehiscencia de la herida operatoria, que fue tratada mediante afrontamiento secundario. Finalmente, fue dada de alta al día 19 postoperatorio, con la herida cerrada y en buenas condiciones generales.

## DISCUSIÓN

La PAS es una anomalía de placentación y una de las complicaciones más graves en obstetricia ya que significan un riesgo elevado de hemorragias masivas, morbilidad, mortalidad materna y fetal<sup>(8,9)</sup>. Este espectro es cada vez más prevalente debido al incremento global de las tasas de cesáreas, principal factor de riesgo para el desarrollo de la PAS<sup>(6,9)</sup>. La incidencia de PAS ha incrementado de 1 en 4,017 embarazos en la década de 1980 a 1 en 533 en 2002<sup>(4)</sup>.

En el presente caso, se realizó el diagnóstico mediante la ecografía obstétrica, la cual figura como la principal herramienta en la identificación del PAS debido a su alta sensibilidad y especificidad<sup>(9)</sup>. Los reportes



presentados por Jauniaux et al. y Rojas-Pillaca et al. coinciden con dicho método diagnóstico para la identificación precoz del PAS<sup>(7-9)</sup>. Por otro lado, en casos atípicos, como el descrito por Martadiansyah et al., donde la ecografía inicial no identificó PAS, subrayan la importancia de combinar métodos diagnósticos para garantizar una evaluación precisa<sup>(10)</sup>. Es así que, la resonancia magnética (RM), al ofrecer una resolución superior a la ecografía, es útil en casos complejos permitiendo identificar mejor la placenta percreta y evaluar con mayor precisión la extensión de la invasión placentaria, facilitando la planificación quirúrgica<sup>(11)</sup>. Aunque no se utilizó RM en este caso, su integración podría haber optimizado la planificación quirúrgica.

Además, en este caso se destaca el manejo quirúrgico oportuno, con cesárea corporal, histerectomía y reposición de hemoderivados, asegurando la supervivencia materno-neonatal. La histerectomía es de elección cuando se presenta una hemorragia difícil de controlar, esto coincide con lo reportado por Soni-Trinidad et al. y Santoso et al., quienes documentaron histerectomías en hemorragias masivas<sup>(6,12)</sup>. Estas intervenciones están alineadas con las recomendaciones internacionales para el manejo de PAS, que priorizan un enfoque quirúrgico temprano y la disponibilidad de recursos en centros de alta complejidad<sup>(4,9)</sup>. En contraste, casos menos invasivos, como los de Rojas-Pillaca et al. y Martadiansyah et al., optaron por conservar el útero, una estrategia respaldada por las recomendaciones de ACOG, que apoyan esta opción en función de la extensión de la invasión placentaria<sup>(7,8,10)</sup>. Esto resalta la importancia de personalizar el tratamiento según la extensión de la invasión y los deseos reproductivos de la paciente.

El retraso en el diagnóstico de la rotura uterina debido a su presentación clínica inespecífica (dolor abdominal sin hemorragia vaginal) es una limitación relevante. Este retraso es común en casos de PAS, donde más de la mitad de los casos no se diagnostican hasta el momento quirúrgico<sup>(6,13)</sup>. El diagnóstico diferencial inicial podría haber incluido otras causas de abdomen agudo, como perforación intestinal o apendicitis, para mejorar la precisión diagnóstica y la planificación del tratamiento.

Este caso enfatiza la necesidad de identificar tempranamente a pacientes con riesgo de PAS y de planificar su manejo quirúrgico en entornos especializados para minimizar la morbimortalidad asociada. Además, subraya la importancia de la ecografía obstétrica como herramienta esencial para la detección temprana de PAS y complicaciones asociadas, como la rotura uterina<sup>(1,7,9)</sup>. El manejo multidisciplinario coordinado es crítico para el éxito del tratamiento en casos complejos de PAS<sup>(4,8)</sup>.

Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para la publicación de este reporte de caso.

## CONCLUSIONES

La rotura uterina es una complicación grave que debe sospecharse en pacientes gestantes con diagnóstico de PAS, placenta previa y antecedentes de cesáreas previas. La detección precoz y la planificación quirúrgica en centros especializados son esenciales para reducir la morbimortalidad materna y neonatal. El manejo oportuno, que incluye cesárea corporal e histerectomía junto con reposición de hemoderivados y cuidados intensivos, resulta determinante para un desenlace favorable. Este caso subraya la importancia de protocolos estandarizados y estrategias preventivas, como la reducción de cesáreas innecesarias, para minimizar el impacto del PAS en la práctica clínica.

## FINANCIAMIENTO

Los autores certificamos que no hemos recibido apoyo financiero específico, ni de equipos o materiales de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del presente estudio.

## CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses con cualquier declaración, institución o persona.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Komatsu EJ, Matsuzaki S, Mazza GR, Brueggmann D, Mandelbaum RS, Ouzounian JG, et al. Assessment of uterine rupture in placenta accreta spectrum: pre-labor vs in-labor. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;e14–6.
2. Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth [Internet]. [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>
3. Bertucci S. MANEJO ANESTESICO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA POSTPARTO. *Anest Analg Reanim*. 2014;27(1):5–5.
4. Nieto-Calvache AJ, Palacios-Jaraquemada JM, Vergara-Galliadi LM, Matera L, Sanín-Blair JE, Rivera EP, et al. All maternal deaths related to placenta accreta spectrum are preventable: a difficult-to-tell reality. *AJOG Glob Rep*. 2021;1(3):100012. doi:10.1016/j.xagr.2021.100012
5. Rotura uterina - Salud femenina [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado el 15 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-parto/rotura-uterina>
6. Soni-Trinidad C, Rivera-López MF, Soni-Trinidad B, Hernández-Cartagena JF, Velasco-Cárdenas

- DF, Soni-Trinidad M, et al. Ruptura uterina por placenta percreta en el tercer trimestre del embarazo: reporte de un caso. *Ginecol Obstet México*. 2022;90(3):294–9. doi:10.24245/gom.v90i3.5674
7. Rojas-Pillaca R, Salinas-Alvarado PA, Saccsa-Cangalaya MR, Cruz GT-D la. Espectro de placenta acreta. Reporte de caso. *Rev Peru Investig Materno Perinat*. 2023;12(2):22–6. doi:10.33421/inmp.2023337
  8. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus No. 7: Placenta Accreta Spectrum. *Obstet Gynecol*. 2018;132(6):e259–75. doi:10.1097/AOG.0000000000002983
  9. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA, Collins S, FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2019;146(1):20–4. doi:10.1002/ijgo.12761
  10. Martadiansyah A, Bernolian N, Mirani P, Lestari PM, Dewi C, Pangemanan WT, et al. Placenta accreta spectrum disorder in a primigravida with angular pregnancy: a case report. *Med J Indones*. 2022;31(2):126–31. doi:10.13181/mji.cr.226011
  11. Fiocchi F, Monelli F, Besutti G, Casari F, Petrella E, Pecchi A, et al. MRI of placenta accreta: diagnostic accuracy and impact of interventional radiology on foetal–maternal delivery outcomes in high-risk women. *Br J Radiol*. 2020;93(1114):20200267. doi:10.1259/bjr.20200267
  12. Santoso DPJ, Nugrahani AD, Rachmawati A, Pribadi A, Anwar AD, Effendi JS. Placenta Percreta in Second Trimester Pregnancy Causing Early Spontaneous Uterine Rupture: A Case Report and Literature Review. *Open Access Maced J Med Sci*. 2022;10(C):302–5. doi:10.3889/oamjms.2022.10815
  13. Aguilar-Hernández ÓF, Coronado CR-R y, Sánchez-García JF, Bolio-Bolio MÁ. Rotura uterina por acretismo placentario. *Ginecol Obstet México*. 2010;78(04):250–3.

---

### Correspondencia

Enrique Guevara Ríos.

Dirección: Calle Los Naranjos N°294 Dpto: 303 San Isidro

Correo electrónico: eguevara@unsm.edu.pe