

MANEJO DE GESTANTE CON SEGMENTO UTERINO ADELGAZADO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Beltrán Sánchez, A; Sánchez-Tembleque Sánchez, P; Gil Sánchez, L; Pérez Yepes N; Díaz Garcia, A; Lopez Soto A.; Manzano Roldan, A; Ortega Quiñero, P

INTRODUCCIÓN

El segmento uterino adelgazado (LUS) es un defecto de la pared miometrial secundaria a una cicatriz, normalmente de una cesárea. Este LUS suele ir asociado a una formación sacular en la cicatriz llamada istmocele o nicho de la cicatriz. Sobre este defecto existe el riesgo de desarrollar una gestación ectópica sobre él o una implantación placentaria anómala. Además en el momento de trabajo de parto esa zona puede adelgazarse siendo más propensa a la rotura uterina. Por ello, es importante conocer de su existencia, como medirlo y el conocer el grosor que se asocia con mayor riesgo de rotura uterina.

CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años gestante de 20+2 semanas que acude a consulta para realiza ecografía morfológica de 2º trimestre. Como antecedentes obstétricos destacar que ha tenido 2 gestaciones con 1 cesárea en 2015 por presentación de nalgas y parto eutócico en 2018. En la ecografía actual abdominal se observa un rastreo morfológico correcto y un leve adelgazamiento del segmento uterino bajo (LUS). Se decide realizar ecografía vaginal para medir mejor el grosor de la pared miometrial en el punto más delgado siendo este de 3,2mm (imagen 1).

Se comenta los hallazgos ecográficos y los riesgos de rotura de uterina en su caso. Se decide junto a la gestante vía de parto vaginal.

En semana 38+5 finaliza la gestación vía vaginal sin sintomatología de rotura uterina. Nace un niño de 3200g con test de APGAR de 9/10.

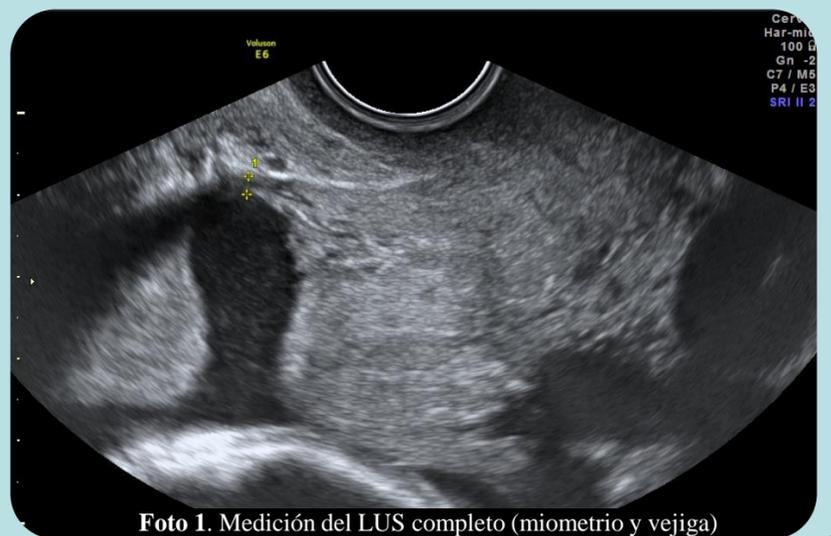


Foto 1. Medición del LUS completo (miometrio y vejiga)

DISCUSIÓN

El estudio del LUS se ha realizado por distintos autores que han intentado establecer patrones de medición y medidas de normalidad. Todos los autores recomiendan realizar 3 mediciones vía abdominal y vaginal, con la vejiga llena. Kok en su estudio midió por separado miometrio (capa hipocóica de pared uterina) y LUS completo con miometrio y vejiga (desde endometrio hasta mucosa vesical) estableciendo los valores de normalidad de la tabla 1. Jastrow en su meta-análisis observo que no había diferencias en el manejo midiendo únicamente miometrio o LUS completo por tanto estableció los percentiles 10, 20 y 50 con la medida más fácil de recrear (LUS completo). Por último Rao observo el adelgazamiento del miometrio en toda la gestación y observo que el adelgazamiento era mas pronunciado en los primeros trimestres y se estancaba al final de la gestación. Estableció la normalidad en la semana 38 en 2,57 mm.

Todos estos autores junto a Swift han intentado encontrar el valor con un alto valor predictivo de rotura uterina.

	MIOMETRIO	MIOMETRIO + VEJIGA
Kok 2013	2.1–4.0 mm	3.1–5.1 mm
Jastrow 2015		P10 = 2,0mm
		P 20 = 2,3mm
		P 50 = 3,2mm
Rao 2021	Week 32 2.83 ± 0.65 mm	
	Week 38 2.57 ± 0.51 mm	

Tabla 1. Medidas de normalidad de miometrio y LUS completo según los distintos autores consultados.

Jastrow y Swift han establecido que un LUS completo menor de 2mm tiene un alto riesgo de rotura uterina tanto en cesárea electiva como en gestante con trabajo de parto. Por otro lado, Rao establece que un miometrio inferior a 1,5 mm (2 DS de la mediana) como alto riesgo de rotura uterina.

Swift en su metaanálisis establece un bajo riesgo de rotura uterina en aquellas gestantes con un LUS completo mayor de 3,5mm con una sensibilidad de 88% y especificidad de 77% en el área bajo la curva ROC. En los valores intermedios entre 2 y 3,5mm se debe individualizar otros factores para intentar el parto vaginal o indicar cesárea electiva. En nuestro caso clínico, al tener un parto tras la cesárea se consensuó informo a la paciente y se consensuó un intento de parto vaginal, siendo este exitoso.

Para finalizar, en todos los estudios queda patente que el adelgazamiento del LUS es inversamente proporcional al riesgo de rotura uterina.

CONCLUSIONES

- Existe asociación inversa entre la tasa de rotura uterina o dehiscencia de herida y el tamaño de LUS.
- Existe un alto valor predictivo de rotura uterina o dehiscencia de la herida con un LUS de 2mm o un miometrio de 1,5mm.
- Es seguro intentar un parto vaginal en pacientes con un LUS mayor de 3,5mm.
- Se debe utilizar la medida del LUS para consensuar con la paciente la vía de parto

BIBLIOGRAFÍA

- Jastrow N, Demers S, Chaillet N, et al. Lower uterine segment thickness to prevent uterine rupture and adverse perinatal outcomes: a multicenter prospective study. Am J Obstet Gynecol. 2016;215(5):604.e1-604.e6. doi:10.1016/j.ajog.2016.06.018
- Jastrow N, Vikhareva O, Gauthier RJ, Irion O, Boulvain M, Bujold E. Can third-trimester assessment of uterine scar in women with prior Cesarean section predict uterine rupture?. Ultrasound Obstet Gynecol. 2016;47(4):410-414. doi:10.1002/uog.15786
- Rao J, Fan D, Chen T, et al. Changes in lower uterine segment thickness during different gestational weeks in pregnant women qualified for trial of labor after cesarean section [published online ahead of print, 2021 Aug 27]. Int J Gynaecol Obstet. 2021;10.1002/ijgo.13902. doi:10.1002/ijgo.13902
- Swift BE, Shah PS, Farine D. Sonographic lower uterine segment thickness after prior cesarean section to predict uterine rupture: A systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019;98(7):830-841. doi:10.1111/aogs.13585