

Rupturas Uterinas en el Curso del Parto

Revisión de Literatura

Contribución al Trabajo Oficial presentado en el VIII Congreso Médico Nacional y VII Asamblea de la Unión Médica Hondureña

Dr. Gustavo Adolfo Zúniga Dr. Jesús A. Vásquez Cueva***

La ruptura uterina es una de las complicaciones más graves del embarazo que ocasionan una elevada mortalidad materna y fetal y gran número de secuelas mutilantes.

Mucho se ha progresado en su diagnóstico y tratamiento, pero, no se ha logrado disminuir su frecuencia y su mortalidad, al grado que constituye el 5% a 6% de las muertes maternas.

La proporción de ruptura uterina en U. S. varía de 1:1000 a 1:3000 partos. Lavery da una frecuencia: 1.137 y Burskons 1:4.466.

El hecho de haber encontrado en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Vicente D'Antoni, en el curso de los últimos meses, 6 casos de ruptura uterina, nos ha movido a revisar la literatura y a ofrecer el presente trabajo.

La proporción de la ruptura uterina en el curso del trabajo del parto, varía según diferentes autores desde 1:950 a 1:600 partos (1) (2).

Esta desproporción tan notoria, se hace más patente si se observa el Cuadro I.

C U A D R O I

AUTOR	Proporción	%	No de casos
Sheldon	1:1829	0.055	26
Me Neil	1: 578	0.173	30
Dugger	1:3029	0.033	105
Davis	1:860	0.116	106
Ervin	1:950	0.110	49
Brierton	1:1961	0.051	57
Maternidad N* 1, México.....	1:1384	0.072	72
Hospital San Juan de Dios (San José, C.R)	1:1655	0.060	24
Maternidad Bucarest.....	1:300	0.306	77

Gin. y Obst. de México, Vol. XI, 357:374, 1956.

* **Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología — Hospital Vicente D' Antoni.**

** **Del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Vicente D'Antoni.**

AUTOR	Proporción	%	No de casos
Moscow Maternity Clinic	1:956	0.104	124
Hospital Maternidad San Salvador	1: 560	0.178	56
Maternidad C. R. Paraguay	1: 515	0.194	27
Boston Lying-In	1:1204'	0.083	84
<i>Nuestro estudio: en 2.701 partos (1927-1961, Sept.)</i>			
	1: 450	0.222	6
Carranza R	1: 679	0.143	10

Confrontando diversos autores, el índice y la causa de la ruptura uterina es igualmente variable. Ingram y Alter (3) reconocen como causas principales, Cuadro II: 1) el uso indiscriminado de occitócicos; 2) la versión interna; 3) la extracción de nalgas; 4) el trabajo prolongado; 5) la cesárea previa; 6) la desproporción céfalo-pélvica.

C U A D R O II

Causas de Ruptura Uterina (Ingram y Alter)

- 1) Uso indiscriminado de occitócicos
- 2) La versión interna
- 3) Extracción de nalgas
- 4) Trabajo prolongado
- 5) Cesárea previa
- 6) Desproporción céfalo-pélvica

Occult Rupture of the Uterus. Am. Jur. of Obs. and Gyn. 527:534, 1952

Palacios y Chavanne señalan como causas más frecuentes, la versión uterina, interna. Otros autores como Back y Hayden (4), sostienen que la versión causan el 45% de las rupturas. En cambio Erwing, encuentra que el 54% se debe a la cesárea previa. Parker resalta el predominio de causas mecánicas, como: 1) cesárea anterior; 2) desproporción céfalo-pélvica; 3) versión interna, y 4) aplicación de fórceps. Cuadro 3.

C U A D R O III

Otras Causas de Ruptura Uterina (Parker Joseph)

- 1) Cesárea anterior
- 2) Desproporción céfalo-pélvica
- 3) Versión interna y extracción
- 4) Aplicación de fórceps

Rupture of Gravid Uterus, Am. Jur. Obs. and Gyn. 330 - 338, 1953

En 38 casos, presentados por Joseph P. Donnelly en el Am. Jur. of Surg. en el año 1960, el autor reporta 390 casos, 14 rupturas espontáneas, 12 traumáticas y 13 que siguieron a la cesárea. Cuadro IV. Como etiología de las espontáneas menciona: 1) El anillo de Bandl, 2) fetos muy grandes, 3) desprendimiento prematuro de la placenta, 4) El uso indiscriminado del pitocín, 5) las anomalías uterinas y 6) infecciones por Welchii.

Como causas traumáticas de preferencia a la versión o extracción (1:47 versiones, extracción por fórceps, y a la cesárea previa (más frecuente en la clásica).

C U A D R O IV

CAUSAS DE RUPTURA UTERINA (DONNELLY, J. P.)

	14	Espontáneas	
	12	Traumáticas	39 casos
	13	Siguieron a Cesárea	
Espontáneas:		<i>Causas:</i>	
	1	Anillo de Bandl	
	2	Fetos muy grandes	
	3	Desprendimiento prematuro placenta	
	4	Uso indiscriminado de Pitocín	
	5	Anomalías uterinas	
	t>	Infección por Welchii	
Traumáticas:		<i>Causas:</i>	
	1	Versión o extracción (1:47 versiones)	
	2	Extracción por fórceps	
	3	Cesárea previa (más frecuente en la clásica)	

Rupture of teh Uterus, Am. Jur. Surg. 82, 352, 1951

Esta notoria variedad de causas de ruptura uterina, ofrecida por diversos autores en diferentes países, es comprensible, si se toma en cuenta la diversidad de métodos usados en la conducción e inducción del parto, así como también a la incidencia variable de casos de cesárea previa asistidos en diferentes lugares.

Se estima generalmente, que el 50% de las rupturas uterinas, son consecutivas a cesárea anterior, con gran predominio en la cesárea clásica.

En cuanto a la mortalidad materno-fetal, la mayoría de los autores señalan una mortalidad fetal entre un 33.3% y 73%, en las cuatro rupturas tratadas por nosotros, casos abandonados, incluyendo uno (exp. 28109), que hizo su ruptura en la sala de partos, todos los niños murieron.

Las madres mueren, en una proporción que se ha señalado muy variable: 8.4%, en los casos observados por nosotros, todas fueron rescatadas: 3 Histerectomizadas y una a la cual se le practicó Histerorrafia (Cuadro V).

C U A D R O V

6 casos de ruptura uterina, observados en el Hospital Vicente D'Antoni en 2.496 partos durante 1957 a septiembre de 1961

Exp. N°	Nombre	Edad	GRAVI	PARÍ	Op. Anc.	Hrs. Lab.	Op.
28109	A.G.	34	II	I	Cesárea el.	10	Porro
29277	S.G.	23	III	II	0	48	Histerect.
29510	R.H.	40	XIX	X	0	72	Histerect.
29884	F.P.	35	IV	V	0	15	Histerorráf.
30683	E.T.C.	20	III	II	0	24	Histerorráf.
30703	M.S.	35	III	I	3 fórceps	20	Histerorráf.

Número de partos atendidos en el Departamento de Obstetricia del Hospital Vicente D'Antoni, 1957 a 1961 (Sept.)

C U A D R O VI

AÑO	Normales	Pre-maturos	Gemelares	De nalgas	De pies	Cesáreas
1957.....	588	10	10	6	1	40
1958.....	579	11	8	2	23	
1959.....	494	6	9			5
			1 de trillizos			
1960.....	513	15	21			21
1961.....	Sp. 414	10	3		1	8
TOTAL.....	2.588	52	51	8	2	106

CASOS DE RUPTURA UTERINA DURANTE EL TRABAJO DEL PARTO OBSERVADOS EN EL HOSPITAL VICENTE D'ANTONI DEL AÑO 1957 A SEPTIEMBRE DE 1961, EN 2.496 PARTOS (CUADRO VI)

CASO N° 1.—EXPEDIENTE N° 28109

A G., 34 años, residente en La Ceiba, raza negra. Gravi. II, Pari. I. Una cesárea anterior, tipo segmentaria. Fibromatosis uterina. Ingresó al Hospital en trabajo de parto, iniciado hace 10 horas, quejándose de hemorragia por genitales, intenso dolor en la región supra púlica, sensación de desmayo.

EXPLORACIÓN FÍSICA: T. A., 80/40. P. A., 100. Temp. 102 Fh. Facies pálida. Abdomen globuloso, ocupado por útero grávido, 29 semanas; en región suprapública se toca tumoración, superficial, dura, dolor intenso abdominal, no hay contracciones uterinas. Genital: sangre en vulva y vagina. Cérvix, ligeramente permeable, 1 dedo, no se palpa borde placentárico. Presentación de vértice, estado shock.

DIAGNOSTICO: Ruptura uterina, dehiscencia de cicatriz cesárea anterior.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: Ruptura cara anterior el útero, fibrana uterino.

OPERACIÓN: Operación de Porro. POST-OPERATORIO: Satisfactorio.

CASO N° 2.—EXPEDIENTE N° 29277

S. G., 23 años, residente en La Esperanza, Depto. de Yoro; Mestiza, Gravi. III, París, II.

Ingres a al Hospital con antecedentes de iniciarse trabajo de parto hace 48 horas y desde hace 9 horas, salida por genitales externos de mano derecha y cordón umbilical; sangrado moderado, dolor intenso generalizado a todo el abdomen.

EXPLORACIÓN FÍSICA: T.A. 80/20, P. 110. Temperatura 101 Fh. Abdomen ocupado por útero grávido. Producto muerto, en situación transversa. Dolor intenso en todo el abdomen, hay formación de anillo de. canilactura patológica (Bandl). Genitales: por vulva, mano derecha y cordón prolapsado, sangre en vagina. Cérvix: formado, contrac turado sobre presentación, shock.

DIAGNOSTICO: Producto único, muerto en situación transversa, procedencia de mano derecha y cordón, anillo de Bandl, eminente ruptura uterina.

OPERACIÓN: Extracción de producto. Histerorráfia.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: Situación transversa producto muerto, anillo de Bandl. Ruptura total, 5 cms. segmento corporal.

Post. - Op. 7 días febril. CASO N° 3.—

EXPEDIENTE N° 3 29510

R. H. 40 años, residente en Roatán, razanegra. G. XII. Pavi XII.

Ingres a al Hospital con antecedentes de iniciarse trabajo de parto hace dos días en embarazo a término. Aplicación de medicamentos para ayudarle al parto, (posiblemente ocitocina, N° 3 ampollas), con dolores intermitentes que aparecieron súbitamente después de dolor, generalizado en todo el abdomen, sensación de, desmayo, y salida por genitales de mano y cordón umbilical.

EXPLORACIÓN FÍSICA: T. A. 60/0 P. 120, Temperatura: 103 Fh. Fácies pálida y sudorosa. Abdomen globuloso ocupado por útero grávido a término; no hay contracciones, sensación de crepitación y tumoración suprapública, dolor intenso. Vaginal: vulva procidencia de mano izquierda y cordón, no pulsátil. Dilatación completa, fetidez y grandes coágulos.

DIAGNOSTICO: Ruptura uterina, producto muerto, procidencia de mano y cordón umbilical.

OPERACIÓN: Extracción vaginal del feto (muerto) peso: 11 libras, laparotomía histerectomía.

DIAGNOSTICO' POST-OPERATORIO: Situación transversa y procidencia de mano y cordón, ruptura total de segmento anterior y posterior.

POST-OPERATORIO: Febril, formación de absceso ligamento ancho. Drenaje vía inguinal izquierda. Alta a los 24 días después, curada,

CASO N« 4.—EXPEDIENTE N» 29883

F. P. 34 años, residente en Planes, Departamento- de Yoro. Raza mestiza. Gravi VI Pan V.

Ingres a al Hospital con antecedentes de trabajo de parto hace 15 horas, procedencia de mano y cordón. Intento de versión interna fallida.

EXPLORACIÓN: Temp. 100 Fh. A. 50/0 P. 130, pálila y sudorosa. Dolor agudo- continuo & n abdomen, ocupado por útero grávido y tumoración dura en el flanco izquierdo. Salido por genitales de mano derecha y cordón no pulsátil.

DIAGNOSTICO: Múltipara, producto único, muerto en situación transversa, procedencia de mano y cordón umbilical Ruptura uterina. Shock.

OPERACIÓN: Extracción vaginal del producto. Laparotomía, Histerorrafía.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: Ruptura uterina (desde cuerno izquierdo del útero hasta cúpula vaginal y forniz lateral izquierdo).

POST-OPERATORIO: Febril, 15 días alta. Curada.

CASO No 5.—EXPEDIENTE N* 30683.

E. T. C, 20 años, residente en Trejas, Departamento de Yoro. Raza mestiza, G.I. O.P. Ingres a al Hospital con antecedente de trabajo- de parto iniciado hace 24 horas (Intento versión interina) Hemorragia por genitales. Procedencia miembro superior derecho en estado shock.

EXPLORACIÓN FÍSICA: T. A. 6% pulso 110 temperatura 102 Fh. Facies pálida, sudorosa, inconsciente, no responde interrogatorio. Abdomen globuloso-doloroso-, se aprecia tumoración suprapúbica y flanco¹ derecho crepitante (se practicó punción transabdominal extrayéndose sangre líquida abundante). Vaginal: Vulva: procedencia: miembro superior derecho, Hemorragia, Cervix dilatado fetidez.

DIAGNOSTICO: I 6 0. P. Situación transversa procedencia mano derecha. Ruptura Uterina. Feto muerto. Laparotomía.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: Situación transversa procedencia mano derecha. Ruptura Uterina Segmento Corporal.

POST-OPERATORIO: Febril (Malaria) Alta a los 17 días curada.

CASO N» 6.—EXPEDIENTE N» 30703

M. V. 35 años. Raza mestiza, residente en El Cayo, Distrito Coyoles, Yoro. Múltipara. Ingresó al Hospital 24 horas después de iniciado trabajo de parto antecedentes aplicación medicamento 1 amps. 10 a.m. 1 p.m. (Indeterminado) dolor continuo en abdomen que cedió súbitamente a la segunda inyección. III P. anteriores can antecedente 2 aplicaciones Fórceps.

EXPLORACIÓN FÍSICA: T. A. 80% Tem. 98 Fh. facies pálida. Sudorosa, shock, abdomen globuloso, sensible, deformación globo uterino, polo cefálico, suprapúbico, superficial. Vaginal sangre abundante, grandes coágulos se toca solución continuidad nivel segmento-.

DIAGNOSTICO: IV 6. III P. (2 Fórceps) Ruptura uterina. Producto muerto. Polo cefálico en cavidad abdominal.

OPERACIÓN: Extracción vaginal del feto (muerto) Laparotomía. Histerorrafia.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: Ruptura transversal en segmento uterino. Hematoma Retro-peritoneal.

POST-OPERATORIO: Fiebre (Pelvi peritonitis) Fiebre Tifoidea. Sale curada 33 días después.

C O M E N T A R I O :

Ha sido motivo de alarma para nosotros el gran número de Rupturas Uterinas que se han presentado durante el presente año en el Hospital D' Antoni.

Hemos colaborado en el servicio toco-ginecológico por espacio de 5 años y jamás habíamos tenido tan alarmante complicación obstétrica.

De los 4 casos reportador solamente el N^o 1 verificó en Sala de Maternidad, con antecedente de cesárea y Fibroma Uterino; los demás casos procedían de zonas rurales apartados del Centro hospitalario.

Caso N^o 2.—Ingresó con trabajo de parto abandonado y con signos de ruptura inminente (Bandl Forméls) se practicó Laparotomía inmediata, el producto murió después de la extracción, en los casos N^o 3 y 4. Antecedente de O Citócicos e intento de versión.

Siendo la hemorragia la complicación más frecuente y como consecuencia el choque acompañante, nuestra conducta fue restituir sangre total en cantidad necesaria para levantar el máximo de seguridad la T.A. antes de intervenir. (Esta cantidad osciló entre 1000 a 2500 ce. sangre) más soluciones de amins preseras y Plasma.

Los antibióticos fueron usados convenientemente en relación al grado de abandono e infección.

La conducta quirúrgica en el caso N^o 1 y 3 fue radical (Histerectomía) por encontrarse el útero en condiciones irreparables; en el caso 2 y 4 se practicó Histerorrafia. No tuvimos muertes maternas, pero lo fetal fue 100%. La única complicación tenida fue en el caso N^o 3 (Absceso retroperitoneal drenado por vía. inguinal).

No queremos dejar desapercibido este momento para solicitar a ustedes la elevación de una petición formal a la Facultad de Farmacia para la prohibición de la venta sin orden facultativo de ocitócicos ya que en la actualidad se expenden libremente.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.—ERVIN, HENRY W., Rupture of the uterus. Am. J. of Obst. and Gyn. 74, 251, 255, 1957.
- 2.—DAVIS CARL. H. CÁRTER. B. Gyn and Obst. Vol. I, Cap. 19, 1953.
- 3.—INGRAM J. ALTER R. CÁRTER B., Occulture recapture of the terus, Am. Jur. of Obst. and Gyn. 64, 527: 534. 1952.
- 4.—BAK THADDEUS F. HAYDEN GLEN E., Rupture of the Pregnant. 70, 961; 971, 1953.
- 5.—PARKER J. JONES G. R., Am. Jur. of Obst. and Gyn. 62; 330, 33, 1951.
- 6.—PEDOWITZ P. SCHWORTZ R., The true incidence of silent rupture of cesareaa section, Am. J. Obst, 74: 1071, 1957.