

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

"RUPTURAS DEL UTERO", EN EL TRABAJO DEL PARTO

Revisión de 16 casos.
En el Hospital Roosevelt

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias
Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por

ENIO ANTEO LIMA ESTRADA

Interno por Oposición en el Hospital General de los Ser-
vicios Segunda Cirugía de Mujeres, Cuarta Medicina de Hom-
bres. Ex-practicante por Oposición del Servicio de Dermatolo-
gía "consulta externa". Cirujano de Ambulancias por Oposi-
ción. Ex-interno por Oposición del Servicio de Maternidad en
el Hospital Roosevelt. Ex-interno del Centro Médico. Exayuda-
nte del Prosector de Anatomía por Oposición en la Facul-
tad de Ciencias Médicas.

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, Julio de 1957.

PLAN DE TESIS.

- 1—Anatomía del útero normal, medios de fijación, relaciones.
- 2—Modificaciones del útero durante el embarazo.
- 3—Formación del Segmento Uterino Inferior.
- 4—Fisiología del Parto.
- 5—Definición de Rupturas Uterinas.
- 6—Historia.
- 7—Etiopatogenia.
- 8—Anatomía Patológica.
- 9—Frecuencia.
- 10—Sintomatología.
- 11—Evolución.
- 12—Pronóstico.
- 13—Diagnóstico Diferencial.
- 14—Tratamiento.
- 15—Presentación de Casos Clínicos y Comentarios.
- 16—Estudio Estadístico de las Rupturas Uterinas en el Hospital Roosevelt.
- 17—Conclusiones.
- 18—Bibliografía.

ANATOMIA DEL UTERO NORMAL, MEDIOS DE FIJACION, RELACIONES.

El útero es un órgano muscular, hueco, impar, aplanado, curvado adelante hacia atrás, que pesa de 50 a 60 grms, con una longitud de 7.5 cms, 5 cms de anchura y grosor de 3 cms, con una cavidad interior revestida de mucosa, con una profundidad de 6 cms. y capacidad de 3 a 8 cms.; el espesor de sus paredes es de 12 a 15 mms, situado en anteversión en la parte media de la excavación pélvica, por delante del recto y detrás de la vejiga y su extremo inferior se insinúa en el conducto vaginal.

Consta de dos partes: cuerpo y cuello, cuya unión se efectúa en la región llamada Istmo, canal de 8 mms de longitud.

El cuerpo presenta dos caras, anterior y posterior y dos bordes, derecho e izquierdo; tiene forma de tronco de cono con base menor inferior, colindante con el istmo; se encuentra curvado en su parte superior por la porción llamada fondo, en sus ángulos supero-laterales se encuentran las trompas de Falopio, las cuales abocan a su cavidad después de atravesar las regiones llamadas Cuernos uterinos; los bordes laterales tienen inserción a los ligamentos anchos. En su cara anterior, por debajo de las inserciones tubarias se encuentran los ligamentos redondos y en su cara posterior, junto al istmo los ligamentos utero-sacros.

El cuello es de forma cónica, con un conducto en la parte media llamado Endocervical, que termina en su parte inferior en un orificio llamado externo, que comunica con la vagina, de apariencia circular en la primípara, transversal o irregular en la multipara, constituido por dos labios llamados anterior y posterior. En su parte superior, dicho conducto comunica con la cavidad uterina por medio del orificio interno. El cuello del útero emerge en la vagina, insertándose sus con-

tornos a cierta distancia de su límite superior, por lo que queda dividido en dos porciones: una superior o supravaginal y otra inferior o intravaginal, llamada Hocico de Tenca.

Su cara anterior está parcialmente, en su parte superior, cubierta por peritoneo y en la inferior en relación con la vejiga, dicho peritoneo visceral a nivel del istmo, se refleja sobre la cara superior de la vejiga formando la excavación vésico-uterina.

La cara posterior está totalmente cubierta por peritoneo visceral, el cual al reflejarse sobre la cara anterior del recto, forma el fondo de saco posterior de Douglas o excavación recto-uterina.

ESTRUCTURA DEL CUERPO UTERINO.

Está constituida por tres capas: Serosa o perimetrio, muscular o miometrio y mucosa o endometrio.

El recubrimiento peritoneal es íntimo y adherente en el fondo, en la totalidad de la cara posterior y en la cara anterior hasta su límite con el istmo; a este nivel se refleja sobre el tejido celular que tapiza la cara anterior del istmo, saltando luego a la cara anterior y cúpula de la vejiga; lateralmente la cubierta serosa no es desplegable de la subyacente muscular, en la parte alta, pero en la inferior deja un espacio ocupado por una lámina fibrocelulosa, por donde pasan los vasos y nervios del cuerpo uterino.

El miometrio corporal está formado por capas musculares superpuestas: las más internas en su mayoría son circulares, las externas longitudinales y las medias se entrecruzan en sentido oblicuo, conociéndose dicha capa como plexiforme.

LIGAMENTOS DEL UTERO.

Comprenden tres grupos: Ligamentos anchos, redondos y uterosacros.

LIGAMENTOS ANCHOS.

En número de dos, tienen la forma de alas extendidas, de los bordes laterales del útero hasta las paredes laterales pélvicas y dividen a la cavidad pélvica en dos compartimientos: uno anterior y otro posterior, con cuatro bordes, superior, inferior, interno y externo. El borde superior es enteramente libre, la parte del ligamento ancho que se extiende desde este borde hasta el ovario y sus ligamentos, recibe el nombre de Mesosalpinx y la trompa de falopio se encuentra contenida en este borde superior; el borde inferior o base del ligamento, llamado también parametrio es relativamente muy gruesa y entre las dos hojas peritoneales que la limitan se interpone gran cantidad de tejido celuloadiposo; los bordes inferiores e internos son celulares, casi en la confluencia de los mismos y a nivel del istmo se encuentran los ligamentos Cardinales o ligamentos transversales del cuello de Mackenrodt. En el borde interno del ligamento pasan los vasos y nervios uterinos.

LIGAMENTOS REDONDOS.

En número de dos, nacen de la parte anterior y superoexterna del cuerpo uterino, por delante de la inserción de las trompas; levantan el borde superior del ligamento ancho, se dirigen hacia arriba y afuera en dirección del conducto inguinal, y terminan en la parte alta del labio mayor en la región labiobianca.

LIGAMENTOS UTEROSACROS.

En número de dos, se extienden de la parte alta y posterior del cuello uterino hasta la aponeurosis presacra, formando los límites laterales del fondo del saco de Douglas.

CIRCULACION SANGUINEA DEL UTERO.

Está a cargo de las arterias pares: utero-ováricas, uterinas y del ligamento redondo.

La utero-ovárica, rama de la aorta abdominal recorre el ligamento infundibulopélvico o suspensorio del ovario; da una

rama salpingiana que recorre el borde inferior de la trompa, dirigiéndose a la porción superior del borde uterino, anastomosándose con la uterina y la otra rama u ovàrica irriga el ovario.

Las arterias uterinas son las vías sanguíneas más importantes del útero, ramas de la Hipogàstrica, descienden a lo largo de la pared pelviana hasta la altura de la espina ciática mayor, se dirigen hacia adentro, penetrando en la base del ligamento ancho, dirigiéndose horizontalmente hasta el cuello; a partir de este momento ascienden paralelamente al borde lateral del útero, suministrando colaterales anteriores y posteriores hasta alcanzar el fondo del útero, donde se anastomosa con la utero-ovàrica; durante su trayecto yuxtauterino es helicoidal.

En su recorrido presenta relaciones importantes con el ureter; desciende éste en la base del ligamento ancho hacia la vejiga y en las proximidades del fondo del saco lateral, queda a unos 15 mms. del cuello uterino; la arteria uterina tiene una trayectoria paralela a la del ureter, pasando por fuera de éste hasta que lo cruza por delante, para dirigirse al borde del útero, mientras que éste se dirige a la base de la vejiga.

INERVACION DEL UTERO.

Està asegurada por tres sistemas: Cerebroespinal, Simpàtico y Parasimpàtico; los que concurren a la formación del plexo de Lee-Frankenhauser, que situado a ambos lados del cuello uterino, en la base de los ligamentos anchos emite ramas mixtas (raquideas y simpàticas), que encierran fibras motoras, secretoras, sensitivas y vasomotoras.

El sistema cerebroespinal està representado por el segundo, tercero y cuarto nervios sacros. El Simpàtico por el plexo uterino Magno, constituido por fibras del plexo aórtico y el parasimpàtico por el nervio Pelviano.

MODIFICACIONES DEL UTERO DURANTE EL EMBARAZO

Al término del embarazo el espesor de las paredes uterinas es de 35 a 40 milímetros, peso de 1000 a 1500 grms. y longitud

en estado vacuo es de 35 cms. Su cavidad permite la contención del feto, anexos y liquido amniótico; el órgano se hace abdominal, su fondo alcanza la región epigàstrica, sobresaliendo de las inserciones tubàricas y ligamentos redondos; la forma general es ovoidea, frecuentemente dirigido el fondo hacia la derecha o izquierda, con cierto grado de torsión que acerca el borde lateral izquierdo a la línea media anterior y el derecho a la posterior; hay hipertrofia del peritoneo visceral y las fibras musculares multiplican hasta 10 veces sus primitivas dimensiones, aumentando el tejido conectivo y elástico.

FORMACION DEL SEGMENTO UTERINO INFERIOR.

El embarazo produce la distensión de la zona uterina situada entre el cuerpo y el cuello denominada segmento inferior. La época en que empieza a formarse es discutida; la idea más generalizada es que principia a formarse en las últimas semanas del embarazo, sobre todo en las primigrávidas; tiene forma de tronco de cono, de base superior y dos orificios: superior e inferior. El superior està representado por un engrosamiento de la musculatura uterina; apreciable a nivel de la cara interior del útero, denominado anillo de Bandl o de Contracción de Schroeder. La vena Coronaria (aún discutida), circunvala el límite superior de dicho segmento y a este nivel el peritoneo visceral deja de estar intimamente adherente al miometrio, para guardar relaciones laxas con él.

El límite inferior està representado por el orificio interno del cuello. Su altura oscila entre 7 y 10 cms. mayor en la cara anterior, los elementos musculares son menos numerosos que en el cuerpo, pero más que en el cuello, predominando las fibras longitudinales, siendo poco vascularizado. En el útero no nacido corresponde al istmo.

FISIOLOGIA DEL PARTO.

El músculo uterino es liso en el transcurso de la vida y posee las siguientes propiedades características:

- 1.—Deformable.
- 2.—Elástico.

3.—En reposo se encuentra en estado de Tono, es decir puede modificar su longitud sin alterar su tensión interior; al modificar ésta sin alterar su forma; el intercambio energético mínimo, no llega a la fatiga.

4.—Contractilidad: Normalmente el útero presenta contracciones durante todo el embarazo, al principio imperceptibles e intermitentes y a medida que éste progresa el miometrio hace cada vez más irritable, las contracciones más frecuentes ocasionalmente perceptibles y dolorosas, pero sin repercusión sobre el cuello uterino.

Cuando se instala el trabajo de parto, son dolorosas, el dolor nace después de iniciada la contracción y desaparece antes de que ella termine; con el progreso de éste, se hacen cada vez más frecuentes, de mayor duración e intensidad, hasta alcanzar el borramiento y dilatación del cuello uterino para la expulsión del feto y sus anexos.

El músculo circular actúa en forma coordinada con el longitudinal y si en algún momento y en circunstancias fisiológicas su contracción es simultánea, la ejecuta de tal modo que sus acciones no se anulan ni neutralizan, sino que se refuerzan.

Cuando el cuerpo se contrae el cuello permanece inactivo haciendo de éste juego el efecto útil (borramiento, dilatación, expulsión fetal), se dice, que existe Sinergia Funcional.

Funcionalmente el cuerpo uterino es activo, contrae mientras el segmento inferior o "Zona Cérvicosegmentaria" es pasivo, siendo el órgano destinado al paso del feto o móvil y conocido como Canal de Braun.

En el trabajo de parto normal, la fragilidad del segmento inferior no está sometida a prueba que no pueda soportar con éxito; con la retracción del músculo del cuerpo uterino la tensión segmentaria se hace cada vez mayor, permitiendo que nuevos segmentos fetales sean alojados en ella, en su progreso hacia el exterior; el anillo de Bandl asciende progresivamente marcando el límite entre la zona activa y la pasiva.

Los medios de fijación del útero ofrecen siempre una resistencia superior a la energía de retracción y del juego equi-

libro de ambas fuerzas, retracción y distinción, es que el feto progresa hacia el exterior.

Los ligamentos redondos intervienen en la limitación del descenso del anillo de Bandl, que en el trabajo de parto normal se encuentra a poca distancia del borde superior del pubis.

DEFINICION DE LA RUPTURA UTERINA.

Es solución de continuidad, generalmente extensa, espontánea o provocada, que puede presentarse durante el embarazo o en el transcurso del parto; me referiré a las rupturas que se presentan desde la época de viabilidad del feto en adelante.

HISTORIA.

La primera descripción fue hecha por el Médico GUIE-MEAU (1550-1613), cien años después GRANTZ, en su tesis publicó el primer trabajo completo; posteriormente LEVRET, RUDELOCQUE, trataron el tema y últimamente BANDL, KOMMEL, y TARNIER publicaron las descripciones más completas y que en la actualidad se consideran como clásicas.

ETIOLOGIA DE LAS RUPTURAS ESPONTANEAS.

Todo obstáculo a la progresión fetal, produce la reacción del músculo uterino en el sentido de hipersistolia, hipertonia y hiper-sistolia, con lo cual se logra vencer dicho obstáculo.

Al no ser vencida la resistencia, el órgano se retraerá cada vez más provocando el paso de nuevos segmentos fetales al canal cérvicosegmentario, el cual se encuentra cada vez más distendido y con sus paredes más adelgazadas, hasta que por fin se rompe en el punto de menor resistencia.

Otras veces el mecanismo es diferente: El segmento uterino inferior estalla, por limitación de su extensibilidad consecutiva a la fijación del cuello, entre la presentación y las partes blandas de la pelvis; es el desgaste Perforante de Breus. Este desgaste por compresión desempeña papel importante en el

mecanismo de las rupturas complicadas que interesan vejiga, recto, etc.

ETIOPATOGENIA DE LAS RUPTURAS TRAUMATICAS.

Se presentan al distenderse la cavidad uterina, en especial el segmento inferior por maniobras internas, cuando se practican operaciones en las cuales se usen instrumentos (forceps, basiotribos, tijeras, etc.); con los que accidentalmente se lesionan las paredes del útero; o bien son prolongaciones al segmento uterino inferior, de rasgaduras de la vagina o del cuello uterino; el uso inadecuado de ocitócicos que aumentan la fuerza de contracción o como resultado de la agresión por agentes externos. Pueden actuar con o sin la presencia de las causas que contribuyen a la ruptura espontánea.

ETIOPATOGENIA DE LAS DEHISCENCIAS EN EL PUERPERIO DE SUTURA POR RASGADURA UTERINA PREVIA

Al efectuarse la sutura de rasgadura uterina con catgut cromisado (que es lo corriente) puede quedar incluida en uno de los puntos, una o más ramas colaterales de la arteria uterina, con lo cual se establece la hemostasis; aproximadamente a los 14 días o después se inicia la reabsorción espontánea del material de sutura, si la cicatrización de los bordes se estableció perfectamente, no pasará nada, más cuando los tejidos han quedado desvitalizados, los vasos que previamente habían quedado ocluidos se abren nuevamente empezando a sangrar hacia el peritoneo o a la cavidad uterina, en el segundo caso ésta se acumula inicialmente en dicha cavidad, pero al contraerse el útero por el cuerpo extraño que representa la sangre acumulada, esta es expulsada hacia la vulva en forma indolora, brusca y sin causa aparente desencadenante, cediendo espontáneamente, lo cual es debido a que la contracción uterina hace hemostasis fisiológica al comprimir los vasos sangrantes, esta no es perfecta y la hemorragia continúa, aumentando progresivamente en la cavidad uterina, por lo cual se presenta nueva contracción y en esta forma se repite el cuadro.

FACTORES ETIOLOGICOS EN LAS RUPTURAS ESPONTANEAS.

Son las que resultan de fuerzas naturales supranormales del parto o de alteraciones morbosas del miometrio.

- 1.—Estrechez pélvica
- 2.—Presentaciones anormales, en especial la transversa, frente, cara, occipito-posteriores, etc.
- 3.—Exceso de volumen de la presentación: feto gigante, embarazo múltiple, etc.
- 4.—Procidencia de miembros.
- 5.—Monstruosidades: hidrocefalia, fetos unidos por el dorso, etc.
- 6.—Tumores previos: Quiste del ovario enclavado, fibromas uterinos, placenta previa, carcinoma del cuello o del cuerpo uterino.
- 7.—Alteraciones del eje longitudinal del útero: retroversión o anteversión del útero grávido.
- 8.—Adherencias uterinas con las vísceras vecinas o con la pared abdominal (ventro-fijación).
- 9.—Cicatrices uterinas: que por carecer de elementos elásticos, no permiten una distensión muy grande y crean por lo tanto gran predisposición a la dehiscencia, en especial cuando la placenta se inserta en ellas; cicatriz consecutiva a ruptura anterior. (Ruptura uterina recidivante). *Scipiadès* reporta 8 casos en 11 suturas, miomectomias, legrados, etc.
- 10.—Degeneración adiposa, hialina, fibrosis o lesiones atromatosis del miometrio, etc.
- 11.—Adelgazamiento de la pared debido a placenta adherentes o acretas, que necesitaron alumbramiento artificial, etc.
- 12.—Adelgazamientos y lesiones consecutivas a procesos sépticos puerperales.
- 13.—Edema del segmento inferior,
- 14.—Necrosis por compresión en trabajos prolongados.
- 15.—Atresia vaginal, etc.
- 16.—Pacientes con albuminuria en las cuales la friabilidad del útero se encuentra aumentada.
- 17.—Combinación de varios factores: generalmente la causa no se encuentra aislada y la reunión de dos o tres de ellos constituyen casi siempre la regla.

FACTORES ETIOLOGICOS DE LAS RUPTURAS TRAUMATICAS.

- 1.—Versión por maniobras internas es la causa más frecuente; *Tarnier* decía: "Desconfiad de las versiones demasiado fáciles".

- 2.—Gran extracción pelviana.
- 3.—Alumbramiento artificial.
- 4.—Fetotomías.
- 5.—Aplicación de forceps difícil.
- 6.—Taponamientos uterinos.
- 7.—Parto con dilatación cervical incompleta.
- 8.—Dilatación manual artificial rápida que ya ha caído en descrédito según algunos autores.
- 9.—Incisiones de Dürsen que se propaguen al segmento inferior.
- 10.—Uso inadecuado de ocitócicos.
- 11.—Traumatismos uterinos directos: herida, golpe, caída, etc.

Los factores etiológicos que concurrieron a la producción de la ruptura uterina, en un análisis de 160 casos estudiados por *Merz*, fueron en orden de frecuencia los siguientes:

Pelvis estrecha	70%
Presentación transversa abandonada	26%
Intervenciones operatorias	21%
Hidrocefalia	18%
Presentaciones anómalas y exceso de volumen fetal	10%
Traumatismos	5%
Tumores Previos	3%
Ascitis	1%

ANATOMIA PATOLOGICA.

Localización: Las soluciones de continuidad se presentan en el cuerpo, segmento uterino inferior o son mixtas, es decir segmentocorpóreas.

Durante el trabajo de parto el 90% se presentan en el segmento inferior, y el 10% son mixtas o se localizan en el cuerpo.

Profundidad: Pueden ser completas o incompletas, en el primer caso interesan las tres capas de útero (mucosa, muscular y serosa), poniendo en comunicación la cavidad uterina con la abdominal; en el segundo caso pueden ser subperitoneales,

es decir que interesan sólo la mucosa y muscular, respetando la serosa; o extramucosas, quedando íntegra la capa interna del útero o mucosa.

Pueden ser a la vez simples, es decir que interesan únicamente el útero o complicadas y en éste caso se extienden a los órganos vecinos (recto, vejiga, vagina, etc).

Las rupturas del cuerpo asientan en el fondo, caras o bordes uterinos, mientras que las del segmento inferior son más frecuentes en la cara posterior y borde izquierdo del útero, aunque pueden encontrarse en cualquier parte.

En las rupturas completas, que son las más frecuentes (60 a 80%), el contenido uterino puede pasar en parte o en su totalidad a la cavidad peritoneal, estando esto en relación con la extensión de la ruptura; se encuentran en dicha cavidad: sangre, líquido amniótico, orina, vermix caseosa, feto, cordón y placenta, o bien el epiplón e intestino delgado puede penetrar a través de la solución de continuidad en la cavidad uterina; en las incompletas dicho contenido uterino permanece en su lugar.

Dirección: pueden ser longitudinales, oblicuas, transversales o mixtas (en L. V. T. etc) extendiéndose o no a los ligamentos anchos o vísceras vecinas.

Cuando alcanzan los ligamentos anchos la hemorragia es menos rápida que cuando se hace en plena cavidad peritoneal y tiene tendencia a coleccionarse formando hematoma subperitoneal o intraligamentario más o menos voluminoso.

Número: Pueden ser únicas o múltiples, siendo más frecuentes las primeras. Los bordes de la herida son irregulares, edematosos o equimóticos; y excepcionalmente pueden ser netos.

Las rupturas incompletas corrientemente se acompañan de hematoma subperitoneal, que posteriormente puede romperse.

Extensión: Es muy variable, pueden ser desde uno o más centímetros, hasta rupturas que se extienden del cuello al fondo

del útero y por consiguiente pueden presentarse todos los grados desde una simple dilaceración hasta la ruptura franca.

FRECUENCIA.

Según Merz el 94% de rupturas sobrevienen en multiparas, dando una relación de 8 a 12 multiparas por cada una observada en primípara. Freund señala 1 caso en primípara por cada 100 multiparas.

La incidencia en el momento del parto es variable y diferente en cada estadística, dependiendo de múltiples factores, siendo los más importantes:

- 1.—La higiene defectuosa durante el embarazo.
- 2.—Falta de control prenatal.
- 3.—Mala asistencia durante el parto, etc.

A continuación expongo las siguientes estadísticas encontradas por los diferentes autores:

Bandl, de la clínica de Viena	1:1183 partos
Churchill	1:1318 partos
Universidad de Berlín	1: 462 partos
Lobenstine	1.2:1000 partos
Jolly	0.30:1000 partos

Hospital	Año	No. de partos	Rupturas	Frecuencia
Brierton	Bellevue Hospital 1932-1946	111,753	57	1:1961
Ingram, Carter Duke Hospital	1950	16,654	13	1:1281
Hammerschlag Harlem hospital	1937-1954	55,192	20	1:2759
Total		183,599	90	1:2040

Respecto a la frecuencia de dehiscencias por cesàrea previa, prevalece hoy la opinión de que la cesàrea baja o segmentaria ha disminuido notablemente la frecuencia de este accidente, lo cual se debe probablemente a:

1º—Las adherencias son más frecuentes en las corpóreas; Brault en un estudio al respecto encontró:

11% en segmentarias.
36% en corpóreas.

2º—La cicatriz no queda en la porción contráctil del útero. El porcentaje de dehiscencias en 121 casos de cesàreas estudiados por Pérez y Echevarría de Buenos Aires, es el siguiente:

Segmentarias: 4.82%
Corpóreas: 5.26%

3º—En la cicatriz de la cesàrea corpórea predomina el tejido laxo conectivo, mientras que en la segmentaria el tejido el fibroso.

4º—Las infecciones locales son más frecuentes en las cesàreas corpóreas, debido a la aspiración de loquios de la cavidad uterina a la cavidad peritoneal.

Sin embargo, hay autores que aseguran que la incidencia es más o menos igual.

SINTOMATOLOGIA.

Las rupturas del útero en el trabajo de parto, generalmente se acompañan de un periodo prodrómico, durante el cual debemos hacer el diagnóstico, tan importante de conocer como el de la ruptura efectuada sobre todo desde el punto de vista profiláctico, ya que su conocimiento evita un riesgo mortal, tanto para la madre como para el feto.

Los síntomas de Inminencia de Ruptura se presentan especialmente en las rupturas espontáneas, aunque desgraciadamente no siempre existen.

Por lo común se trata de una multipara, después de varias horas de trabajo, con contracciones uterinas subintrantes, dolor abdominal o lumbosacro que persiste en los cortos intervalos de reposo; la paciente se encuentra intranquila y malhumorada, ya que el parto no progresa y el dolor es continuo, hace esfuerzos expulsivos aún encontrándose la presentación alta, solicita reiteradamente que se le alivie, hay leve hiperpirexia, signos de deshidratación, la respiración es irregular, el pulso acelerado, etc.

Al examen obstétrico:

El útero se encuentra duro, de consistencia leñosa en el fondo, sensible a la palpación, el segmento inferior distendido, da la impresión de vejiga llena y es la parte más sensible del útero.

No se pueden percibir con claridad los distintos segmentos fetales, el foco fetal se encuentra acelerado, irregular o no existe, con la distensión progresiva del segmento inferior el anillo de Bandl asciende cada vez más acercándose al ombligo y alejándose del pubis; *Frommel* ha indicado que cuando el anillo de Bandl llega al ombligo la ruptura es inminente. Según sea la naturaleza del obstáculo, este anillo se convierte en oblicuo, debido a que la distensión segmentaria predomina en un lado o bien es transversal, cuando las resistencias y fuerzas activas se mueven por igual a cada lado de la línea media.

El anillo de contracción aparece como un cinturón estrecho, formando un surco que da al útero la forma de Reloj de Arena, éste se presenta visiblemente dividido en dos partes: La superior que corresponde al cuerpo de consistencia dura aplicada estrechamente al feto y la inferior que corresponde al segmento inferior amoldada sobre el feto, pero de consistencia blanda y al inflarse como balón se proyecta en el hipogastrio claramente durante las contracciones.

Los ligamentos redondos se palpan tensos y dolorosos, dirigidos de las regiones inguinales a los bordes laterales del útero, dando la impresión de Cuerdas de Violón, conociéndose al anillo de contracción y ligamentos redondos palpables como signo de "Bandl-Frommel".

Es frecuente que se palpe más fácilmente un ligamento redondo debido a cierto grado de rotación del útero sobre su eje.

La dirección que el útero adopta es oblicua de arriba a abajo y de derecha a izquierda, oblicuidad que es poco marcada en la mayoría de los partos normales; como consecuencia lógica, la distensión del segmento inferior es mayor del lado izquierdo.

Los ligamentos redondos están por lo tanto a diferente altura, lo cual se conoce como signo de Sweifel, el más alto co-

rresponde al lado de mayor estiramiento y sobredistensión; y es en dicho lado en el cual la ruptura es más frecuente.

Pinard ha señalado como signo poco frecuente edema de la pared abdominal. El examen vaginal es variable pudiendo encontrarse: bolsa serosanguínea en las presentaciones de vértice, cuello uterino edematoso, a veces violáceo, dilatación incompleta, bolsa de las aguas rota o piriforme, presentaciones viciosas, tumores previos, etc.

Ocasionalmente por sufusiones vesicales orina sanguinolenta.

RUPTURA PROPIAMENTE DICHA:

Al establecerse la solución de continuidad la paciente experimenta dolor abdominal agudo, de carácter sincopal, cuya localización corresponde al sitio de la ruptura y en ocasiones hay sensación de desgarramiento interno o de que algo se ha derramado dentro de la cavidad peritoneal.

El estado general con frecuencia se altera rápidamente y aparecen síntomas reflejos: vómitos, náuseas, meteorismo, etc.

En otras circunstancias, sobre todo cuando se trata de dehiscencias de cicatrices por cesáreas previas, la paciente siente o no ligero malestar, el pulso y la presión arterial pueden ser normales, no hay dolores de parto, el útero se palpa relativamente blando, no siendo raro que nos demos cuenta del accidente 24,36 horas aún más tarde, en un acto operatorio realizado con un diagnóstico diferente, como obstrucción intestinal. Otras veces sobre todo en las dehiscencias de cicatriz por cesárea segmentaria, el diagnóstico se efectúa al practicar una nueva cesárea y encontramos que la incisión anterior se ha separado y después de disecar el colgajo vesical se encuentran las membranas enteras, parcialmente herniadas; generalmente la ruptura mide de 2 a 5 cms. de longitud, se encuentra poca sangre en la cavidad peritoneal, lo que es debido a la relativa falta de vascularización de la cicatriz.

Costa, insiste en que los síntomas no son siempre alarmantes.

Corrientemente hay supresión de las contracciones uterinas, sobre todo en las rupturas totales, pudiendo desaparecer

el dolor quedándose la paciente en estado de alivio, lo cual es índice de mal pronóstico; es la llamada "*Calma Traidora*", este dato es digno de tenerlo en cuenta, aunque no tiene valor absoluto, ya que puede presentarse contracciones después de la ruptura; el útero reposa completamente hasta que el feto pasa a la cavidad peritoneal.

Es frecuente el cambio de la presentación fetal, sobre todo en las rupturas extensas y totales, con salida del feto de la cavidad uterina; cuando esto sucede, las diferentes partes fetales se palpan muy fácilmente bajo las paredes abdominales, encontrándose móvil la presentación, lo cual contrasta con la fijeza en el periodo de inminencia.

Al lado del útero que se encuentra contraído, desviado hacia la derecha o izquierda, se palpa la presentación; la palpación del útero despierta dolor sobre todo a nivel del desgarro; sin embargo, no siempre es posible palparlo por haber quedado en situación posterior.

La presencia de sangre, orina, o líquido amniótico en la cavidad peritoneal, puede descubrirse por la matidez desplazable en las partes laterales del abdomen, pero este signo no es constante.

Igualmente es de común observancia, la ausencia de ruidos intestinales por parálisis refleja como consecuencia de la Ley de Stokes.

Ausencia de movimientos y ruidos fetales.

Hemorragia vaginal corrientemente no copiosa, la sangre es negruzca y de consistencia viscosa, aunque puede faltar completamente.

Colapso con los signos de anemia y choque.

Por irritación diafragmática a consecuencia de la sangre derramada en la cavidad peritoneal o a la presencia de gas libre, puede la paciente referir dolor en los hombros.

Otras veces presentan dolor irradiado al muslo, lo cual es debido a distensión de los ligamentos anchos, por la sangre acumulada dentro de sus hojas.

A la exploración vaginal, la presentación puede encontrarse encajada, ser fácilmente rechazable, haberse alejado del estrecho superior y aún encontrarse fuera de la cavidad uterina. El cuello puede encontrarse flácido, íntegro o rasgado; en este último caso puede propagarse la solución de continuidad al segmento uterino inferior y generalmente se trata de rasgaduras extraperitoneales.

La revisión de la cavidad uterina, después de la extracción fetal puede revelarnos una solución de continuidad que pone o no en comunicación la cavidad uterina con la abdominal, o bien, demostrar la presencia de asas intestinales o epiplón dentro de la cavidad uterina.

Ocasionalmente puede observarse crepitación, sobre todo suprasinfisiaria, lo cual es más frecuente en las rupturas incompletas, debido a enfisema, que probablemente sea consecuencia de la invasión del tejido subperitoneal por microorganismos anaerobios.

Puede encontrarse tumefacción renitente que simule vejiga llena y sea la consecuencia de un hematoma voluminoso.

No siempre se presenta el cuadro clínico con todo su cortejo sintomático, especialmente en las rupturas traumáticas, ya que la paciente por lo común se encuentra anestesiada, por lo cual después de cualquier extracción operatoria, debe sistemáticamente revisarse la cavidad uterina, aunque la paciente no acuse ningún síntoma o signo de los referidos anteriormente, ya que es más grave error pasar por alto una ruptura que causarla.

Se han observado casos en que el parto ha terminado de una manera espontánea, lo cual es excepcional y se observa en rupturas incompletas.

En los casos de rupturas uterinas atípicas, hay autores como *Lazarevic* que recomiendan para establecer el diagnóstico, administrar preparados ocitócicos, con lo cual, aún con la administración de éstos, las contracciones uterinas permanecen ausentes. "Signo de Roehne". Actualmente no se está de acuerdo con esta manera de proceder.

En las rupturas incompletas los signos y síntomas son a veces muy vagos, en las rupturas extramucosas, las cuales son

excepcionales pueden manifestarse por cuadro de hemorragia interna, los otros signos faltan, ya que la cavidad uterina está intacta. La punción del fondo de saco de Douglas puede ser útil en estos casos.

Las rupturas subperitoneales son más frecuentes; su cuadro clínico es más definido; los síntomas son menos acentuados que en las rupturas completas, ya que el feto no pasa a la cavidad peritoneal; el útero por lo común no pierde su forma, la crepitación gaseosa es más frecuente, pudiendo observarse hematoma suprapúbico; la revisión de la cavidad uterina demostrará la solución de continuidad, la cual no permite el libre paso del dedo hacia la cavidad abdominal, ya que éste queda detenido por una membrana elástica que es la serosa. Por lo general, el cuadro clínico pasa inadvertido durante el parto, y no es sino más tarde, cuando se hace aparente.

Cuando las pacientes son examinadas en el puerperio inmediato, mediato o tardío, pueden encontrarse en las condiciones siguientes:

- 1°—Asintomáticas.
- 2°—Con hemorragia vaginal.
- 3°—En franco choque por hemorragia interna, externa o mixta.
- 4°—Con peritonitis franca.

Los antecedentes y la exploración uterina darán el diagnóstico.

EVOLUCION:

Es muy variable pero corrientemente breve, si el diagnóstico no se efectúa precozmente la paciente fallece por hemorragia interna, choque o bien por peritonitis.

Como se comprende depende de múltiples factores:

- 1°—Extensión de la ruptura.
- 2°—Número.
- 3°—Integridad de los vasos uterinos.
- 4°—Salida o permanencia del feto de la cavidad uterina.

ya que cuando sale al peritoneo, el desenlace fatal es menos rápido que cuando queda retenido en el útero (en igualdad de extensión de la ruptura), debido a que los bordes de la herida pueden momentáneamente unirse, como consecuencia de la retracción del útero.

5°—Si es completa, subserosa o extramucosa.

6°—Si es del cuerpo en su porción intraperitoneal o del segmento inferior en su porción extraperitoneal, ya que en el primer caso, si la paciente no muere de choque o hemorragia, la peritonitis generalizada es más frecuente, sin embargo se han reportado casos excepcionales en que la paciente tuvo una curación espontánea.

Existe la posibilidad de que la paciente con tratamiento quirúrgico salga adelante en la primera oportunidad y más tarde fallezca por hemorragia interna o mixta, por dehiscencia de la sutura uterina o deslizamiento de una ligadura de los vasos uterinos.

De 23 casos reportados por *Scipiadès*, comprobados por autopsia la causa de la muerte fue la siguiente:

Infección	52 %
Choque y hemorragia	48 %

Generalmente la muerte por hemorragia acontece durante las primeras horas, aunque ocasionalmente puede presentarse dentro de las 48 horas y aún más tarde; la terminación fatal por infección puede acontecer unos días después.

PRONOSTICO.

Por lo que a la madre respecta es grave, pues aún tratadas correctamente, la mortalidad es elevada, sucumbiendo un 33 %, actualmente con los progresos de la ciencia y la atención en centros especializados, la mortalidad materna se ha reducido al mínimo. *Maisel*, en un estudio durante 10 años reporta el 7.2 %, *Eastman*, el 42 a 53 %, no especifican si han tomado en cuenta las dehiscencias incompletas de cicatrices de cesáreas anteriores.

En el pronóstico hay que tener en cuenta los mismos factores expuestos en la evolución y se ha demostrado que las rupturas completas son más graves que las extramucosas y éstas, más que las subperitoneales; las laterales más graves que las de las caras uterinas, siendo aún más serias las complicadas con lesiones viscerales.

Pese a que la paciente sobreviva, el pronóstico siempre es sombrío, pues en el próximo parto queda en peligro su vida, si en la primera ocasión no se practicó la histerectomía o la esterilización.

Respecto al pronóstico fetal, es aún más sombrío y desfavorable, pues a menos que se extraiga inmediatamente, perecerá ineludiblemente por asfixia consecutiva a la separación de la placenta o a la disminución marcada de la circulación placentaria, por retracción del útero. En un estudio del *Johns Hopkins Hospital* sobre mortalidad fetal, en pesos que ascienden arriba de 1,000 grms. en 26,776 nacimientos; atribuyen a la ruptura uterina el 3.2%, distribuyéndose de la siguiente manera: 1.1% antes del trabajo de parto y 2.1% durante el trabajo.

En los casos de ruptura incompleta o completa de pequeña extensión, sin que se afecte la situación intrauterina del feto, éste puede sobrevivir, sobre todo cuando se emplea terapéutica oportuna y precoz, la mortalidad fetal es alrededor de un 80%. El pronóstico ha mejorado gracias al establecimiento de centros especializados, bancos de sangre, departamentos de anestesia, etc.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN EL PERIODO DE INMINENCIA:

Con el TETANOS UTERINOS: no hay ascenso al anillo de Bandl, hay ausencia de distensión y sensibilidad del segmento uterino inferior.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA RUPTURA CONFIRMADA:

Las dos condiciones Obstétricas con las que se debe diferenciar el cuadro clínico son:

PLACENTA PREVIA:

Antecedentes de hemorragia del tercer trimestre, indolora, generalmente nocturna, a repetición, de intensidad variable, aumenta con las contracciones uterinas; el útero no es sensible a la palpación, el estado general está en relación con la cantidad de sangre perdida por vía vaginal, no hay alteración de los movimientos fetales o del foco, signo de Bandl Frommel, ausente.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA NORMALMENTE INSERTADA:

El diagnóstico se establece por la ausencia de traumatismo, emoción, coito o toxemia: edema, hipertensión arterial y albuminuria; el útero es de consistencia leñosa y crece progresivamente a consecuencia del hematoma retroplacentario, no hay signo de Bandl Frommel.

TRATAMIENTO:

Debemos considerar:

- 1º—Tratamiento profiláctico.
- 2º—En el periodo de inminencia.
- 3º—En la ruptura confirmada.

TRATAMIENTO PROFILACTICO:

- 1º—Propaganda intensiva para las madres, invitándolas a que concurran a centros especializados de Maternidad, desde la iniciación de su embarazo; haciéndoles ver el peligro que entraña la asistencia por empíricos, sobre todo en pacientes con cicatriz uterina previa: cesarizadas, suturadas de rasgadura.
- 2º—Limitación del uso de Ocitócicos por personas ajenas al gremio médico.
- 3º—Abstención de intervenciones intrauterinas, instrumentales, etc., en casos de hipertonia uterina.
- 4º—Insistir en que se substituya la operación cesàrea clásica corpórea, por la cesàrea segmentaria.
- 5º—Realización de intervenciones obstétricas con sedación profunda (éter).

6°—evitar trabajos prolongados, precipitados, así como presentaciones anormales.

7°—Vigilancia constante durante el trabajo de parto.

8°—Llenar todos los requisitos necesarios antes de practicar intervenciones.

TRATAMIENTO EN EL PERIODO DE INMINENCIA:

Sedación inmediata de la paciente e intervención por vía alta con anestesia profunda (éter).

Representa una excepción el caso con feto muerto, en el cual puede encontrar indicación las operaciones mutiladoras: fetotomías; es necesario siempre que el caso sea solucionado por un operador hábil, de lo contrario las consecuencias pueden llegar a ser funestas, ya que son operaciones muy peligrosas de realizar. Las principales indicaciones de fetotomía, son aquellos casos con gran septicidad uterina; sin embargo, en estos casos se puede practicar Cesàrea seguida de histerectomía.

TRATAMIENTO DE LA RUPTURA CONFIRMADA:

Preparar inmediatamente sangre en grandes cantidades, canalizar una vena y preparar sala de operaciones, contando con anestesista competente; tratar el choque, durante el acto quirùrgico, la paciente debe estar recibiendo sangre (en muchos casos se utilizan varios litros).

Efectuada la laparotomía tenemos dos recursos para lograr la hemostasis:

1.—Sutura.

2.—Histerectomía.

Se procede a suturar en casos muy seleccionados, cuando los bordes se prestan a ello, la irregularidad de éstos no es obstáculo, ya que previamente pueden regularizarse con tijeras; en esta conducta a seguir tiene mucha importancia la localización de la solución de continuidad; son aptas para este tratamiento conservador: las del cuerpo y parte alta del segmento inferior, las situadas en la parte baja, sobre todo las

complicadas, las extendidas a los parametrios, cuya hemostasis es muy difícil o imposible de efectuar. Por lo común falla este procedimiento.

La sépsis uterina es una contraindicación de la sutura; hay autores que están en completo desacuerdo con esta manera de proceder, objetando que la conservación de un útero con cicatriz, lo común es que ceda en un embarazo posterior; sin embargo, existe con este procedimiento la posibilidad de nuevos embarazos, sobre todo cuando se trata de una mujer que no ha tenido hijos.

El otro procedimiento es la Histerectomía, que es la conducta más aceptada, sobre todo cuando se practica histerectomía total.

La histerectomía tiene a su favor:

1°—Hemostasis más segura.

2°—Supresión de un foco séptico.

3°—Ausencia de repetición del accidente.

Generalmente es suficiente la subtotal, pero cuando están afectados los fondos de saco, la más indicada es la total; los autores opinan que se debe hacer total siempre que sea posible.

Tiene en su contra;

1°—Mayor habilidad por parte del cirujano.

2°—Mayor duración del acto quirùrgico.

3°—Posibilidad de lesionar el ureter, provocando fistulas, etc.

En las rupturas del útero deben usarse antibióticos en una forma amplia. La extracción fetal por la vía natural con diagnóstico previo de ruptura uterina debe desecharse, ya que hay quienes aconsejan esta conducta, interviniendo después por la vía alta.

De Lee y Greenhill, recomiendan cuando el tratamiento es sutura, practicar la esterilización tipo Pomeroy, en vista del peligro de que se repita la rasgadura en gestaciones subsecuentes.

PRESENTACION DE CASOS CLINICOS Y COMENTARIOS:

CASO NUMERO 1 Récord No. 3547/57.

J.F.O.C. de 34 años. G:6 P:5 A: O:

MOTIVO DE INGRESO: Contracciones uterinas fuertes, cada 30 minutos, embarazo en curso de la 36 semana, feto regular, dilatación completa, presentación Podálica (S.I.-I.A.), con Procidencia de Córdón.

OPERACION:

Gran extracción Pelviana, anestesia trilene, éter.

Complicación: Deflexión de miembros superiores, éxito con maniobra de Rojas, cabeza última con Moriceau, niño vivo, masculino, de 4.14 libras.

Alumbramiento: Hemorragia uterina de 500 cc., atonía uterina que no cede con ocitócicos o presión abdominal.

REVISION DE CUELLO UTERINO:

Integro, La presión arterial inicial: 120/70. después 70/40.

TRATAMIENTO:

Taponamiento vaginal y uterino.

EVOLUCION:

12 horas después se retira parcialmente el taponamiento, el útero permanece atónico; hemorragia uterina cantidad: 300 cc. por lo que se procede a revisar Cavidad Uterina: palpándose en el segmento inferior pequeña brecha de 3 cms. de longitud, en la parte anterior e izquierda.

CONDUCTA: Laparotomía, previa transfusión de 1,000 cc. de sangre; presión arterial 50/30 mm3 Hg.

OPERACION: HISTERECTOMIA ABDOMINAL SUB TOTAL:

Se observa hematoma subperitoneal pequeño en la cara anteroizquierda del segmento inferior, que corresponde a ruptura de 5 cms. de longitud, en el borde derecho se observa rasgadura mayor.

Alta de la paciente en buenas condiciones al 10º día.

COMENTARIO:

Caso de ruptura provocada probablemente al deflexionarse los brazos, hubo error al no proceder inmediatamente después del acto operatorio a efectuar revisión de cavidad uterina. Existe la posibilidad de que la paciente haya ingresado con el útero roto, en vista de las contracciones tan espacia- das y la dilatación completa.

CASO NUMERO 2 Récord No. 6516/56.

R.A.F.S. de 32 años, G:8 P:5 A:2.

MOTIVO DE INGRESO:

Contracciones uterinas, evolución 48 horas. 24 horas antes dolores fuertes y frecuentes, refiere mucosidad teñida de meconio y expulsión por la vulva de una sustancia como hígado, durante el examen ausencia de dolores, presentación transversa (A.I.I.D.A.) embarazo simple, en curso de la 40 semana, feto vivo, sufrimiento fetal, dilatación 6 cms.

OPERACION:

Dilatación manual de cuello uterino, versión por maniobras internas, Gran extracción pelviana, anestesia: trilene, éter.

Complicación:

Deflexión de brazos, éxito con maniobra de rojas, que fue difícil. Cabeza última, falla la maniobra de Moriceau, se extrae con forceps de Piper, previo intento de dos veces y de in-

cisión cervical posterior a las 6 horas. PA120/70 cae a 80/40. niño femenino, peso: 6.3 libras, apnéico, muere.

Alumbramiento: artificial, sutura de cuello (Traquele-
rrafia)

REVISION DE CAVIDAD UTERINA:

Se palpa rasgadura en la cara posterior, del segmento inferior que interesa el fondo de saco de Douglas.

Conducta: LAPAROTOMIA.

Presencia de hemorragia abundante en la cavidad peritoneal, sutura de rasgadura vertical, irregular, total, de 10 cms. de longitud, en la cara posterior del segmento inferior, se comprueba rasgadura subserosa de 3 cms. de longitud en la parte posterior e izquierda del segmento inferior, se disecciona y sutura. Alta de la paciente en buenas condiciones al 10º día.

COMENTARIO:

Paciente que llega en última instancia a solicitar atención médica después de trabajo de parto prolongado, con presentación transversa. Varios factores influyeron en la ruptura: dilatación manual del cuello, deflexión de miembros superiores, tentativas al aplicar forceps de piper pero probablemente la ruptura fue consecutiva a la propagación de la incisión del cuello uterino hacia el segmento inferior.

CASO NUMERO 3 Récord No. 638/57.

D.P.P. de 25 años, G:2 P:0 A:0.

MOTIVO DE INGRESO: Contracciones uterinas dolorosas.

Antecedentes: Cesàrea corpórea hace 18 meses por presentación transversa. Refiere dolores fuertes cada 5 minutos, duración 35 segundos, al exàmen: embarazo simple, a término, feto vivo, foco 180 regular, altitud, más 1, bolsa rota, dilatación completa, presentación occipitosacra.

OPERACION:

Aplicación de forceps medio bajo, anestesia trilete, éter.
Extracción manual de placenta, desprendimiento en occipitosacra, niño vivo, masculino, peso 7.4 libras.

REVISION DE CAVIDAD UTERINA:

Se palpa ruptura subperitoneal, de 3 cms. de longitud, en la cara anterior e izquierda del cuerpo uterino, Methergin iv, el útero se contrae.

CONDUCTA: LAPAROTOMIA:

Se encuentra el epiplón adherido al peritoneo visceral y a la cicatriz de la cesàrea anterior, la cual ocupa el fondo uterino. Cerca de la inserción de la trompa izquierda se comprueba la ruptura de 3 cms. de longitud, se sutura en tres planos.

Alta de la paciente en buenas condiciones al 8º día puerperio febril.

COMENTARIO:

De haber la paciente solicitado atención médica oportuna, la ruptura se hubiera evitado al practicar una cesàrea segmentaria. En las condiciones que la paciente llegó, la mejor conducta a seguir fue la efectuada.

CASO NUMERO 4 Récord No. 1064/57.

M. P. M. de 17 años, G:2 P:1 A:0.

MOTIVO DE INGRESO: Dolor abdominal, no como de parto sino difuso, terebrante irradiado del apéndice xifoides al pubis, se exagera a la respiración y palpación, por momentos se presenta por paroxismos, embarazo a término, no hay movimientos fetales, foco presente, regular, tacto rectal doloroso. no se puede precisar dilatación, altitud más 1, temperatura 37.7º, deshidratación moderada, Antecedentes: Tratada previamente por comadrona empirica, quien efectuó maniobras intravaginales, presión abdominal y una inyección (ocitócicos?...) con lo que aumentaron los dolores por espacio de dos horas, después de lo cual se suspendieron quedando con el dolor referido.

Pulso 128 por minuto, ruptura espontánea de membranas 18 horas antes, abdomen tenso, útero hipertónico, doloroso a la palpación lo que impide diferenciar partes fetales, a nivel del fondo y ángulo derecho del útero el dolor es más intenso sintiéndose una ligera crepitación como bola de nieve, *Antecedentes*: primer niño muerto, trabajo de parto 72 horas.

Presión arterial 110/60.

DIAGNOSTICO: Embarazo simple curso de la 40 semana, Ruptura uterina subserosa.

OPERACION: LAPAROTOMIA.

Cesàrea segmentaria transperitoneal.

Se extrae feto vivo, en pésimo estado, con meconio y pus fétido, extracción manual de placenta, se administran ocitócicos, dando masaje uterino por más de 10 minutos permaneciendo flácido el útero, se observa una brecha vertical total, extensa, en la cara posterior segmentocorpórea que llega hasta el cuello, sutura en dos planos, recién nacido fallecido. Alta de la paciente en buenas condiciones al 13 día.

COMENTARIO:

Caso de ruptura provocada antes de ingresar al hospital a consecuencia de administración de ocitócicos. De haber solicitado la paciente atención médica oportuna pudo haberse evitado la ruptura. A consecuencia de esto y en vista del enorme número de distosias registradas por el uso indebido de ocitócicos, el equipo médico de este centro logró que la Dirección General de Sanidad Pública, interviniera en la venta de los mencionados medicamentos, exclusivamente bajo prescripción Facultativa.

CASO NUMERO 5 Récord No. 7560/56

V. G. de 30 años, G:10 P:7 O:2.

MOTIVO DE INGRESO:

Contracciones uterinas dolorosas, evolución 35 horas, mal estado general, cooperación mala, con embarazo normal a término, hace 24 horas salida por la vulva del cordón umbilical

y una mano. Atendida previamente por comadrona empírica, al examen: enferma pàlida, quejándose constantemente, vomitando mucosidad blanquesina, pulso 128 por minuto, respiraciones 28, presión arterial 110/70, temperatura axilar 36°, lengua saburral deshidratación.

Abdomen prominente doloroso, con contracciones uterinas débiles continuas, difícilmente se palpan miembros fetales por arriba del ombligo, en la región infraumbilical el útero se encuentra tenso y doloroso, no hay foco, presencia de mano derecha en la vulva y cordón cianótico en vías de descomposición, presentación transversa, (A.I.D.D.A.) se administra suero antigangrenoso, transfusión, 4 horas más tarde útero contracturado.

OPERACION: HISTERECTOMIA SUBTOTAL,
SALPINGOOFORRECTOMIA DERECHA.

Al incidir el peritoneo parietal, sale gas fétido, con líquido sanguinolento, placenta ocupando la cavidad abdominal, se observa ruptura cervicosegmentaria en T de bordes muy irregulares, cuyo extremo derecho llega hasta el parametrio el cual está infiltrado de sangre. Feto muerto.

Alta de la paciente en buenas condiciones al 13 día.

COMENTARIO:

Caso de presentación transversa abandonada, indiscutiblemente las maniobras realizadas por comadrona empírica jugaron un papel importante en la realización de la ruptura, la cual puro haberse evitado de haber recurrido la paciente a la iniciación del trabajo de parto a solicitar atención médica.

CASO NUMERO 6 Récord No. 6253/56.

M.P. de 22 años, G:3 P:2 A:0.

MOTIVO DE INGRESO:

Ruptura de membranas con procidencia de miembro superior derecho evolución 15 horas, embarazo en curso de la 37 semanas, pulso filiforme, central 144 por minuto, presión ar-

terial cero, paciente en franco choque, con vómitos de color negro útero blando, ligeramente crepitante, se siente una superficie deprimida en sentido transversal que parece una brecha abierta en la cara anterior del útero, presentación transversa, no hay foco fetal.

Se indica mejorar el estado general con transfusión, presión arterial sube a 130/90, pulso 130, en vista de lo cual se decide practicar LAPAROTOMIA: realizándose Histerectomía subtotal.

Se encuentra ruptura uterina de 5 cms. de longitud, total, en la cara anterior del segmento uterino inferior al abrir el peritoneo se ve parte de la superficie fetal en contacto directo con la cavidad abdominal, se prolonga la insición transversal a 10 cms, extrayéndose feto macerado, hidrocefalo. Previamente se seccionó a nivel del hombro el miembro procedente por vía vaginal.

Alta de la paciente en buenas condiciones al 10º día.

COMENTARIO:

Caso de ruptura espontánea consecutiva a presentación transversa, la preparación previa al acto operatorio fue de lo más acertada ya que de haberse intervenido en las condiciones en que llegó la paciente probablemente ésta hubiese fallecido por choque y anemia aguda.

CASO NUMERO 7 Récord No. 4590/56.

B.O.A. de 36 años, G:8 P:3 A:4.

MOTIVO DE INGRESO:

Contracciones uterinas dolorosas, Prolapso genital?... Cesàrea corporea hace 2 años, embarazo en curso de la 37 semanas, dolores de parto evolución 20 horas inconstantes y suaves, dolor tipo cólico en hipocondrio derecho irradiado a la región lumbar y hombro del mismo lado, abdomen globuloso, presentación cefàlica, móvil, no hay foco, prolapso genital?...

EVOLUCION:

Al segundo día distensión abdominal, tratamiento: succión Gástrica, sonda rectal, reducción del prolapso.

Al cuarto día: presentación transversa izquierda, no hay foco, vómitos líquidos, acuosos, distensión abdominal, evacuaciones intestinales grandes y fétidas, color negro, peristaltismo intestinal marcado, temperatura 37.6º, presión arterial 110/80, respiraciones 32 por minuto, pulso 88. Placa vacía de abdomen: dilatación del intestino delgado y colon con niveles líquidos, globo uterino ocupando la parte media e inferior de la cavidad pélvica, no pueden distinguirse partes fetales. Impresión Ilio Paralítico.

Al quinto día: temperatura 36.8º, pulso 100, abdomen distendido pese a succión gástrica, presentación transversa, cabeza en fosa iliaca derecha, partes fetales muy superficiales a nivel del tercio medio de la cicatriz operatoria anterior, timpanismo generalizado, gorgoteo en abdomen superior y fosas iliacas, no hay foco, prolapso del cuello uterino.

DIAGNOSTICO:

Embarazo de 37 semanas, feto muerto, presentación transversa, ilio paralítico, probable dehiscencia parcial de cicatriz operatoria de cesàrea corporea anterior, prolapso genital?...

OPERACION:

Histerectomía abdominal sub total.

Al incidir el peritoneo parietal sale por la herida operatoria un saco membranoso que se identifica como bolsa de las aguas, entera, rodeada de gran cantidad de coágulos negros, y liquido sanguinolento. Se visualiza en la cara anterior del útero una brecha de 15 cms. de longitud, sobre la herida de la cesàrea corporea anterior. En las maniobras de movilización de la bolsa ésta se rompe saliendo el feto muerto y gran cantidad de liquido amniótico que se aspira identificando la placenta con adherencias en las asas intestinales que fácilmente se desprenden, puerperio post operatorio febril.

Alta de la paciente en buenas condiciones al 17 día del post operatorio.

COMENTARIO:

Caso de dehiscencia de cicatriz de Cesarea corpórea previa, con cuadro clínico atípico, de diagnóstico difícil; con los antecedentes de cesàrea corpórea previa, màs los síntomas vagos se debió desde el primer momento haber pensado en dehiscencia e intervenir con la urgencia que el caso ameritaba.

CASO NUMERO 8 Récord No. 1080/56.

M.E.H.O. de 18 años, G:1 P:0 A:0

MOTIVO DE INGRESO:

Contracciones Uterinas dolorosas. Embarazo post maduro en curso de la 43 semanas, contracciones fuertes, foco 180 por minuto, presentación Podàlica, (S.I.D.A.) dilatación completa, membranas enteras, altitud cero.

OPERACION:

Gran extracción pelviana, alumbramiento artificial.

Extracción de hombros con maniobra de Rojas, cabeza última con Moriceau, PA 120/70, cae a 80/50 en el acto operatorio, niño muerto, masculino, peso 6 1/2 libras.

Evolución: dos horas màs tarde paciente choqueada, presión arterial cero, sin pulso.

REVISION DE CAVIDAD UTERINA:

Rasgadura del borde izquierdo, de 6 cms. de longitud, total, localizada en el segmento inferior, paciente fallece en dicho momento y no dio tiempo a intervención.

AUTOPSIA NUMERO 5635.

Útero de 22 cms. de altura, con paredes musculares adelgazadas, en el segmento inferior se encuentran dos rupturas sub serosas en forma de V, localizadas en el lado izquierdo; una de ellas extiendese màs de 10 cms. mientras que la otra tiene un

brazo horizontal de 5 cms. de longitud, en su porción vertical, se encuentra directamente aplicada contra el ureter, hay algunos coàgulos localizados entre la serosa y la muscular.

COMENTARIO:

La Paciente muere por hemorragia interna y choque a consecuencia de ruptura provocada, de haberse revisado cavidad uterina después del acto operatorio, la paciente probablemente se hubiese salvado al establecerse el diagnóstico.

CASO NUMERO 9 Récord No. 887/56.

B.S.C. de 30 años G:3 P:1 A:0.

MOTIVO DE INGRESO:

Contracciones uterinas dolorosas, hemorragia vaginal, Antecedentes de Cesàrea en el segundo embarazo, hace dos años.

Dolores de parto evolución dos horas, atención previa por comadrona que le administró sueros e inyecciones, realizando maniobras intravaginales, y ha hecho esfuerzos expulsivos, refiere hemorragia vaginal; paciente muy agotada, mucosas y piel pálida, pulso 140 por minuto, presión arterial 110/90, temperatura 37.7°, abdomen doloroso a la palpación, presentación cefàlica, útero contracturado, foco ausente, partes fetales en el lado izquierdo del abdomen, no hay matidez desplazable, dilatación 8 cms, altitud màs 1.

OPERACION:

Histerectomía sub total.

Presencia de coàgulos y abundante sangre oscura en el peritoneo, se observa desgarró uterino cervicosegmentario que se extiende hasta el cuerpo, oblicuo, de 10 cms de longitud, feto masculino muerto, que ocupa la cavidad peritoneal, con excepción de la cabeza que se encuentra en la cavidad uterina, placenta en cavidad abdominal. El útero permanece contracturado, encontrándose isquemiado y temiéndose por la necrosis, se practica histerectomía subtotal.

Alta de la paciente en buenas condiciones al 7º día.

COMENTARIO:

Indiscutiblemente la administración de ocitócicos en un útero con cesàrea previa fue la causa responsable de la ruptura y ésta se hubiera evitado de haber solicitado la paciente atención médica desde la iniciación del trabajo de parto, mediante la realización de una Cesàrea segmentaria.

CASO NUMERO 10 Récord No. 547/56.

L.R.H. de 30 años G:6 P:5 A:0.

MOTIVO DE INGRESO:

Contracciones uterinas dolorosas, Procidencia de mano, feto muerto.

Trabajo de parto con evolución de 30 horas, 5 horas antes de su ingreso, ruptura de membranas, saliendo miembro superior. Refiere realización de maniobras intravaginales por comadrona empírica, ha vomitado varias veces, paciente intranquila, temperatura 38º, pulso 120, presión arterial 110/90, respiraciones 30, abdomen globuloso tenso, útero contracturado, de consistencia leñosa no presenta contracciones, ausencia de foco, Procidencia de miembro superior derecho el cual se encuentra edematizado de color violáceo, con principio de maceración, olor pútrido, Pésimo estado general, defensa muscular en abdomen superior, presentación transversa (A.I.D.D. P.) dilatación completa, zona de necrosis uretral, probablemente fistula.

OPERACION

Amputación de miembro procidente, versión por maniobras internas y Gran extracción pelviana, la cual se efectúa fácilmente.

REVISION DE CAVIDAD UTERINA:

Se comprueba ruptura total en todo el segmento inferior en su cara anterior.

LAPAROTOMIA:

Se encuentran seccionadas las dos arterias uterinas, procediéndose a la Histerectomía abdominal sub total, feto muerto.

Alta de la paciente al 28 día de su operación, con presencia de fistula vésicovaginal.

COMENTARIO:

Caso de presentación transversa abandonada, no debió haberse realizado versión en estas condiciones, ya que lo indicado era realizar una Embriotomía.

CASO NUMERO 11 Récord No. 528/57.

M.O. de 30 años, G:5 P:4 A:0.

MOTIVO DE INGRESO:

Contracciones uterinas dolorosas, con embarazo simple en curso de la 40 semana, feto vivo, presentación cefálica, feto regular 150 por minuto, dilatación 2cms. membranas enteras, trabajo de parto evolución 9 horas.

EVOLUCION:

Presencia de hemorragia vaginal en cada contracción, cuello uterino por tacto vaginal, dilatación 5 cms, grueso, membranas prominentes, altitud cero. Tratamiento: Ruptura artificial de membranas, el cuello dilata a 7 cms. en dicho momento no se oye foco.

IMPRESION CLINICA: Desprendimiento Prematuro de la placenta?... Ruptura Uterina?... Ovito fetal.

Las contracciones se hacen espaciadas por lo que se pone 1 unidad de Pitocin, con lo que no aumentan, por el contrario, estas desaparecen; dos horas más tarde paciente en aparente mal estado general, sigue sangrando por la vagina moderadamente, Presión arterial 90/60, pulso 140 por minuto, abdomen rígido, doloroso, presentación cefálica, ausencia de foco, útero doloroso, contracturado, se siente una depresión a nivel

del ombligo, dilatación del cuello uterino 8 cms, altitud a cero, huesos craneales con traslape, al querer palpar oreja se siente anillo de contracción interno, cuatro horas después de su ingreso pulso filiforme, presión arterial 40/0; está pasando sangre por la vena, el informe de Rx revela Estrechez Pélvica, la presión arterial con tratamiento sube a 90/60; el abdomen se encuentra muy timpanizado, la mitad derecha del útero se palpa dura, contracturada y muy sensible, al examen vaginal presentación móvil, cuello uterino, dilatación 8 cms., edematizado, se coloca sonda rectal y gástrica, más 5 unidades de Pitocin para ver si hay respuesta uterina en 1000 cc. de solución glucosada al 5%, y en vista de no presentarse, se suprime.

Doce horas después del ingreso: temperatura 38° abdomen más blando, siempre timpánico, no se logra palpar útero, más que en la mitad izquierda, siendo ésta de consistencia dura.

OPERACION: HISTERECTOMIA ABDOMINAL SUBTOTAL.

Peritoneo abdominal obscuro con hematoma, abundante hemorragia en cavidad abdominal aproximadamente 2000 cc., útero retraído hacia la derecha, presencia de feto y placenta en cavidad peritoneal, se encuentra ruptura uterina de 15 cms. de longitud, segmentocorpórea en el borde izquierdo uterino paralela a la arteria uterina, la cual no interesó. Feto muerto masculino peso 6.5 libras.

Alta de la paciente en buenas condiciones al 11° día.

COMENTARIO:

La simple sospecha de Ruptura uterina justificaba desde el primer momento una Laparotomía Exploradora, ya que en estos casos, desde ningún punto de vista, deben administrarse ocitócicos.

CASO NUMERO 12 Récord No. 1921/57.

V.R.E. de 34 años, G:5 P:4 A:0.

MOTIVO DE INGRESO:

Contracciones uterinas dolorosas, evolución 26 horas, foco regular 140 por minuto, presentación cefálica, contracciones es-

ciadas al principio, seguidamente muy fuertes, cada dos minutos; cuello cerrado, membranas enteras, altitud móvil, hemorragia vaginal moderada.

Se suministra a la paciente, Demeról.

Antecedentes: Cesàrea previa hace 12 años, tres partos normales posteriormente, el último hace dos años.

En control posterior útero contracturado en reloj de arena, foco no audible, presión arterial 100/60.

Tratamiento: sedación con Demeról y Lagactil. Operación.

Feto en cavidad peritoneal muerto, observándose ruptura amplia del segmento uterino inferior, cuyos bordes son imposibles de limitar, se intenta la reparación de la ruptura por plastos, siendo ésta laboriosa por no tener bordes netos y sangrar demasiado, sutura en cuatro planos con catgut cromizado cero.

Alta de la paciente aparentemente bien al 10° día.

INGRESO:

Paciente que sin causa aparente empieza a sangrar por vulva en cantidad moderada, expulsando coágulos grandes; post operatorio en curso del 14° día, pulso 120 por minuto, presión arterial 110/60, temperatura 38.2°, globo uterino formado.

Indicación: reposo, methergin, transfusión, antibióticos.

EVOLUCION:

El segundo y tercer día la paciente aparentemente bien.

Al cuarto día: Hemorragia vaginal profusa, desde hace 5 minutos, sin dolor abdominal, abdomen blando y depresible, no se palpa útero, después de expresión abdominal salen coágulos, presión arterial 90/60.

Por la tarde hemorragia vaginal abundante, cinco minutos más tarde presión arterial 40/30, pulso filiforme, se administran fluidos intravenosos por no tener sangre de ese grupo; presión arterial sube a 70/50, la hemorragia cede, treinta minutos después sangra abundantemente por vagina, presión arterial 40/30.

OPERACION: histerectomía sub total.

Útero junto a la pared abdominal y a la vejiga, se encuentra brecha de tres centímetros de longitud, sangrando, en el borde izquierdo de la sutura previa (dehiscencia de sutura ute-

rina); durante el acto quirúrgico se administró transfusión.
Cinco horas más tarde fallece la paciente.

AUTOPSIA No. 5789.

Genitales: El útero ha sido amputado por una operación reciente de histerectomía abdominal parcial.

El peritoneo se encuentra suturado.

Al examen vaginal se encuentra cuello uterino, el cual aparece friable, suave, ligeramente hemorrágico. Tanto las trompas como los ovarios son normales.

COMENTARIO:

Caso de ruptura espontánea, en la cual no se pudo practicar histerectomía, debido al mal estado de la paciente; en su reingreso la oportuna intervención probablemente hubiera sido salvadora.

En estos casos de sutura por rasgadura uterina, es prudente observar a la paciente durante dos o tres semanas, ya que una de las causas de hemorragia en el post operatorio pueden ser la reapertura de vasos sanguíneos, al reabsorberse el material de sutura (catgut cromisado).

CASO NUMERO 13 Récord No. 2544/57

E.L.P. de 33 años G:2 P:0 A:0

MOTIVO DE INGRESO:

Contracciones uterinas dolorosas, evolución 8 horas, al examen clínico: contracciones uterinas subintraentes, muy fuertes, útero no relaja completamente, anillo de Bandl palpable, altitud menos 3, cuello dilatación 4 cms. bolsa entera tensa, hemorragia vaginal escasa, foco 140 por minuto, presentación cefálica.

Antecedentes: Cesàrea previa segmentaria hace tres años por trabajo de parto prolongado y sufrimiento fetal, niño vivo pesó 8 libras. OPERACION: Histerectomía abdominal sub total.

En la cara anterior del útero a nivel del segmento inferior, se observa hematoma subperitoneal, con edema marcado de los parametrios sobre todo del derecho, se diseca el colgajo

esical hacia abajo (que se encuentra muy alto, hasta la mitad inferior de la cara anterior del útero); saliendo coágulos y sangre moderada. El parametrio derecho con hematoma voluminoso disecando las dos hojas hasta la pared pelviana, se explora el segmento encontrándose múltiples rupturas en la cicatriz de la cesàrea anterior la más grande de 3 cms. de largo en la extremidad derecha de la incisión, sangrando profusamente, se termina de seccionar la cicatriz extrayéndose niño femenino de 5.12 libras, en malas condiciones, sutura del útero que se rasga fácilmente no contrayéndose con oclíticos por lo que se practica Histerectomía sub total.

Paciente de alta en buenas condiciones con niño vivo al día.

COMENTARIO:

Dehiscencia de cicatriz de cesàrea segmentaria, que pudo haberse evitado si la paciente solicita atención médica oportuna. Es un caso en que la sintomatología de Inminencia de Ruptura Uterina se hizo aparente y debido al conocimiento de la misma, y a la intervención oportuna el niño vivió.

CASO NUMERO 14 Récord No. 5050/56.

E.C.L. de 32 años G:7 P:4 A:2.

MOTIVO DE INGRESO:

Contracciones uterinas dolorosas, evolución 10 horas, con embarazo simple a término, ausencia de foco, presentación transversa (A.I.D.D.A.) con Procidencia de mano, dolores fuertes durante 35 segundos, cada dos minutos, quejándose constantemente, inquieta, enojada no se deja palpar por dolor difuso abdominal, ruptura de membranas espontánea hace 1 hora, útero contracturado, tenso, doloroso difusamente a la palpación, anillo de contracción más marcado en el lado izquierdo por debajo del ombligo, hemorragia vaginal moderada, dilatación completa, minutos después no se siente el mencionado anillo.

OPERACION:

Versión por maniobras internas, Gran extracción pelviana.

La cual se logra fácilmente con suavidad, niño muerto, después de la extracción de la cabeza fetal salen aproximadamente 700 cc. de sangre, coagulada, de color oscuro, alumbramiento artificial.

REVISION DE CAVIDAD UTERINA:

Presencia de brecha en la cara anterior del segmento uterino inferior, de 7 cms, de longitud, no comunicada con la cavidad peritoneal.

LAPAROTOMIA:

Presencia de ruptura de 8 cms. de longitud en la cara anterior del segmento uterino inferior, interezando peritoneo en una extensión de 3 cms, que permite la comunicación de la cavidad abdominal con la uterina. Durante la operación, la presión y el pulso desaparecen falleciendo la paciente al terminar la sutura.

AUTOPSIA NUMERO 5659.

Al abrir la cavidad peritoneal se observa que existen 100 cc. de sangre aproximadamente, roja, espesa, no coagulada; en el ligamento ancho izquierdo hay infiltración sanguínea masiva de aproximadamente 60 cc. y que corresponde a la ruptura uterina que se dice en la observación fue suturada, esta hemorragia habia lacerado los planos superficiales y se extendia hasta los planos parietales del peritoneo. El ligamento ancho derecho contiene gran cantidad de cóagulos y aproximadamente 30 cc. de sangre correspondiendo exactamente a una segunda rasgadura. Utero de 30 cms. de altura, de paredes flaccidas, con una sutura presente y reciente de 2.5 cms. de largo localizada en el lado derecho, total en el segmento inferior, próxima a ésta se encuentra otra ruptura subserosa con hematoma subperitoneal de aproximadamente 50 cc. de sangre, la ruptura localizada en el lado izquierdo habia sido suturada en su totalidad.

COMENTARIO:

Caso de presentación transversa abandonada, no se debió haber realizado versión por maniobras internas; ya que este caso era una indicación de embriotomía, además: hubo error al pasar desapercibidas dos rupturas.

CASO NUMERO 15 Record No. 4180/57.

J.F.H. de 20 años. G:2 P:1 A:0.

MOTIVO DE INGRESO:

Mal estado general, con embarazo en curso de la 38 semanas.

Paciente con contracciones uterinas dolorosas evolución 46 horas, atendida previamente por "comadrona" quien realizó maniobras intravaginales, después de lo cual los dolores se hicieron más intensos, cediendo completamente 5 horas antes de su ingreso.

Al examen: Paciente disneica, facies peritoneal, presión 70/50, posteriormente baja a 30/0, pulso 180 por minuto, respiraciones 44, dolor a la palpación en hipogastrio, con sensación de crepitación, se palpan fácilmente partes fetales, ausencia de foco y de movimientos. El resto del abdomen duro con defensa muscular, útero contracturado.

Al examen vaginal: Prolapso de cuello uterino con ruptura?...

Diagnóstico: Ruptura uterina Provocada, presentación podálica, procidencia de miembro?...

OPERACION:

Al abrir peritoneo se visualiza útero con estallido en el segmento inferior y borde izquierdo encontrándose la cabeza fetal en la cavidad peritoneal, de proporciones mayores que lo normal, sin franca hidrocefalia.

Presencia de hemorragia y grandes cóagulos en peritoneo, con gran hematoma del ligamento ancho izquierdo que se extiende hasta la pared pélvica, se extrae feto comprobándose que lo que se veía en vagina y que dio la impresión de cuello uterino no es más que el muñón del antebrazo izquierdo que habia sido amputado por la comadrona a nivel de su tercio inferior; feto con principio de maceración, la secreción abdominal es serosanguinolenta y fétida.

Al revisar cavidad uterina a través de la ruptura la cual presenta bordes irregulares y macerados, se determina que principia en la cara anterior del segmento uterino inferior a 2 cms. del borde derecho extendiéndose hasta el borde izquierdo con dirección oblicua hacia arriba, llegando al cuerpo uterino hasta la inserción de la trompa izquierda, continúa hasta la cara posterior descendiendo nuevamente al segmento inferior, el cual se encuentra en sus dos tercios seccionado; la arteria uterina izquierda seccionada cuya luz se encuentra ocluida por un trombo de dos centímetros. Por lo cual se practica histerectomía total.

Evolución: 12 horas después de la operación la paciente presenta cuadro de Edema Agudo del Pulmón?... que con tratamiento médico cede.

36 horas más tarde la paciente se encuentra completamente restablecida.

Alta de la paciente en buenas condiciones al 10º día.

COMENTARIO:

Caso de ruptura uterina provocada por maniobras intra-vaginales, que ingresa en estado casi agónico al hospital. La irresponsabilidad de la comadrona es manifiesta al practicar amputación del miembro precidente para resolver la distocia.

Es inconcebible que la paciente haya sobrevivido a la ruptura tan extensa, sobre todo, habiéndose seccionado la arteria uterina; probablemente la causa de la hemostasis espontánea fue el trombo intraarterial que evitó que la hemorragia fuera cataclísmica y fatal pues este permaneció en su sitio a consecuencia del grado de choque de la paciente.

CASO NUMERO 16 Récord No. 6107/56.

M.C.G.R. de 26 de años de edad, G:2 P:0 A:0

Con control prenatal, el último examen 11 días antes de su ingreso.

Antecedentes de Cesàrea Previa Segmentaria hace 4 años por estrechez Pélvica? en embarazo normal, con trabajo de

Parto de 2 horas 30 minutos. Estimación Pélvica: diámetro Biespinoso: 21 cms. Bitrocantereo: 25 cms. Baudeloque: 15 cms. Biisquiático: 7 cms. Pelvis Androide Ginecoide.

Impresión: Estrechez Pélvica, posibilidad: distocia ósea en el trabajo de parto.

MOTIVO DE INGRESO:

Contracciones uterinas dolorosas, con trabajo de Parto, evolución dos horas treinta minutos, embarazo simple a término, bolsa de las aguas íntegra, ausencia de hemorragia vaginal, abdomen globuloso, cicatriz transversal en el hipogástrico, presentación cefálica insinuada, contracciones uterinas fuertes cada 2 minutos, duración 40 segundos, foco regular 135 por minuto, dilatación del cuello uterino 1 cms., presión arterial 120/80, pulso 90 por minuto, temperatura 37.3º, edema de miembros inferiores grado 3, blando no doloroso.

Indicación: Sedación, Rx de Pelvis.

Informe: No hay evidencias de desproporción Cefalopélvica, pelvis plana, evolución: cuatro horas más tarde presentación no desciende, foco regular 140 por minuto; minutos después, signos de sufrimiento fetal.

OPERACION: Anestesia éter, Protóxido de nitrógeno, oxígeno.

Cesàrea Segmentaria Transperitoneal.

Se liberan adherencias del epiplón mayor al peritoneo parietal y a la cara anterior del útero en el segmento inferior, se nota hematoma moderado a nivel de la cicatriz anterior de cesàrea previa segmentaria, al explorarla se observa dehiscencia de la cicatriz, de dos centímetros de longitud. Con tijeras se prolonga dicha dehiscencia hacia afuera haciéndola fuertemente cóncava hacia arriba, se rompe bolsa de las aguas saliendo gran cantidad de meconio, se encuentra la cabeza fetal encajada, por lo que se realiza la maniobra del Dr. Ricard Alvarez (padre) es decir, desencajamiento por vía vaginal.

Niño vivo, sexo masculino, peso 5 libras, alumbramiento natural.

Sutura del segmento en dos Planos, el segundo invaginante. Alta de la paciente en buenas condiciones al 7º día con niño vivo.

COMENTARIO:

Caso de dehiscencia de cicatriz de cesàrea segmentaria cuyo diagnóstico se estableció al realizar nueva cesàrea por sufrimiento fetal, es interesante observar que durante la prueba de trabajo la sintomatología fue negativa.

RESUMEN ESTADISTICO DE LAS RUPTURAS UTERINAS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

Carecen de Control prenatal el 93.7%

En los datos expuestos a continuación podrá apreciarse la variedad de factores etiológicos que se presentaron en RUPTURAS UTERINAS", siendo de importancia puntualizar, que en la mayoría de los casos, convergieron dos o más factores.

Gran extracción pelviana	5	casos	31.2%
Trabajo de parto prolongado	6	casos	37.5%
Presentación transversa	4	casos	25. %
Procidencia de miembros	5	casos	31.2%
Maniobras provocadas por empíricos	5	casos	31.2%
Versión por maniobras internas	3	casos	18.7%
Extracción manual de placenta	3	casos	18.7%
Uso inadecuado de ocitócicos	3	casos	18.7%
Presentación podàlica	3	casos	18.7%
Deflexión de miembros	2	casos	12.5%
Aplicación de forceps	2	casos	12.5%
Cesàrea previa	3	casos	18.7%
Incisión cervical	1	caso	6.2%
Presentación occipitoposterior	1	caso	6.2%
Prolapso genital ?	1	caso	6.2%
Estrechez pélvica	1	caso	6.2%
Sutura uterina dehiscente	1	caso	6.2%

Rupturas provocadas	9	casos	56.2%
Rupturas espontàneas	7	casos	43.7%

Localización:

Segmento inferior	10	casos	62.5%
Segmentocorpórea	4	casos	25 %

NOTA: Las observaciones clínicas presentadas en esta TESIS, corresponden a casos registrados en el HOSPITAL ROOSEVELT y cuya autenticidad están respaldados por el Jefe del Servicio de Maternidad, el competente profesional Dr. RICARDO ALVAREZ O.

Corpórea	2	casos	12.5%
Multiparas	12	casos	75.0%
Primiparas	4	casos	25.0%

EDADES EN QUE SE PRESENTARON:

17 años	1	caso	Nuliparas	4	casos
18 años	1	caso	para 1	3	casos
20 años	1	caso	para 2	1	caso
22 años	1	caso	para 3	1	caso
25 años	1	caso	para 4	3	casos
26 años	1	caso	para 5	3	casos
30 años	4	casos	para 7	1	caso
32 años	2	casos			
33 años	1	caso			
34 años	2	casos			
36 años	1	caso			

Frecuencia en general:

16 Rupturas en 9,680 partos....	0.17.%	1.7 por mil
1 caso por cada 605 nacimientos.		

Frecuencia en Particular:

1 ruptura Provocada por cada 1,075 nacimientos.	
1 ruptura provocada en el Hospital por cada 1,936 nacimientos.	
1 ruptura Provocada fuera del Hospital por cada 2,420 nac.	
1 ruptura espontánea por cada 1,383 nacimientos.	

Mortalidad fetal	12	casos	75.0%
Mortalidad Materna	3	casos	18.7%
Rupturas únicas	12	casos	75.0%
Rupturas múltiples	4	casos	25.0%
Rupturas totales	13	casos	81.2%
Rupturas subperitoneales	6	casos	37.5%
Expulsión fetal a la cavidad			
Peritoneal	4	casos	25.0%
Retención fetal in útero	12	casos	75.0%

Es interesante observar que en los casos estudiados 6 pacientes presentaban Cesàrea previa: tres corpóreas y tres segmentarias, en tres de ellas la cicatriz uterina resistió, presentándose dehiscencia en tres, una en corpórea y dos en segmentaria.

Complicaciones:

Dehiscencia de sutura uterina	1	caso	6.2%
Fistula vesicovaginal	1	caso	6.2%
Edema agudo del pulmón?	1	caso	6.2%

No tenemos ningún caso de parto efectuado en mujer con cicatriz de ruptura uterina previa suturada.

Tratamiento:

Suturas	6	casos	37.5%
Histerectomía subtotal	9	casos	56.2%
Histerectomía total	1	caso	6.2%

En un caso no dio tiempo a efectuar tratamiento.

La causa de la muerte fue por choque y hemorragia aguda.

La mortalidad por peritonitis fue cero.

En nuestros casos estudiados en ninguno se practicó la esterilización.

A las pacientes fallecidas se les practicó autopsia.

COMENTARIO RESPECTO A LA FRECUENCIA DE LAS RUPTURAS EN NUESTROS CASOS.

Como puede observarse en esta estadística, la frecuencia de las rupturas uterinas durante el trabajo de parto es alta; sobre todo, si la comparamos con las mejores estadísticas reportadas por otros autores.

Indiscutiblemente, el control prenatal es un factor de capital importancia para disminuir esta frecuencia, porque si

todas las pacientes son examinadas desde la iniciación del embarazo, (se puede asegurar que debido al adelanto obstétrico moderno), es posible prevenir una catástrofe durante éste, en el trabajo de parto o en el puerperio; la causa por la cual las pacientes no tuvieron control prenatal previo son las siguientes: El nivel cultural de nuestras pacientes en un 90 o 95% es bajo y recurren a solicitar atención médica en última instancia, cuando el trabajo de parto es muy prolongado, con varias horas de bolsa rota, con presentaciones viciosas, procidencias de miembros, en mal estado general, con cuadros de hipoproteïnemia y anemia marcados, después de la realización de maniobras infructuosas por personas empíricas, quizá con una o más inyecciones de pitocin con feto muerto o con útero roto, etc. Todo lo cual coloca al médico obstetra, en una situación de emergencia ante el elevado número de pacientes que en estas condiciones acuden al Hospital y a quienes en ningún momento se les puede negar la atención médica, a pesar de ser pacientes que no han recurrido al servicio de consulta Prenatal del Hospital Roosevelt.

CONCLUSIONES.

1°—En nuestros casos, la incidencia de rupturas es aún muy alta, siendo la frecuencia de 1 ruptura por cada 605 nacimientos.

2°—Las causas más frecuentes de ruptura, en los casos estudiados fueron en orden de frecuencia: Maniobras provocadas por empíricas, presentación transversa con procidencia de miembros, versión por maniobras internas, gran extracción pelviana, uso inadecuado de ocitócicos.

3°—La multiparidad estuvo presente en el 75% de nuestras pacientes.

4°—En nuestros casos, solo una paciente asistió a control prenatal, lo cual demuestra que es un factor de capital importancia en la prevención de la ruptura uterina.

5°—El diagnóstico debe realizarse en el periodo de inminencia, para así prevenir la complicación que puede llegar a ser mortal, teniendo presente que la sintomatología no siempre es abundante incluso en los primeros momentos puede faltar o ser vaga, por lo cual en toda mujer en trabajo de parto debe tenerse presente esta complicación.

6°—El tratamiento de las rupturas uterinas debe ser quirúrgico: histerectomía o sutura; en los casos presentados el tratamiento que más se practicó fue la histerectomía subtotal, con resultado satisfactorio, sin embargo, siempre que sea posible debe realizarse histerectomía total.

7°—Después de toda intervención obstétrica, sistemáticamente debe revisarse la cavidad uterina.

8º—Tener presente que en el puerperio puede presentarse dehiscencia de una sutura uterina.

9º—La localización más frecuente de las rupturas en el trabajo de parto, es en el segmento inferior.

10º—La mortalidad materna es elevada, siendo más aún la fetal, la primera exclusivamente por choque y hemorragia y la segunda, por anoxia.

11º—Se hace necesaria una campaña de divulgación, de los peligros que entraña el uso de los ocitócicos, ya que en nuestro medio, es un medicamento frecuentemente utilizado por personas empíricas, sobre todo en el medio rural.

12º—Si se presentara en medio rural, el médico mantendrá el estado general de la paciente, con transfusiones, plasma, analépticos, etc. Mientras en carácter de urgencia, se traslada a un centro hospitalario.

Enio Anteo Lima Estrada

Vo. Bo.

(f) *Dr. Humberto Montenegro.*

Imprimase.

(f) *Dr. José Fajardo-
Decano.*

BIBLIOGRAFIA.

- 1) BeckPrácticas de obstetricia 1953.
- 2) Lull y Kimbrough .Obstetricia clinica 1954.
- 3) WilliamsObstetricia 1953.
- 4) De Lee Greenhill ..Principios y práctica de obstetricia 1955.
- 5) Dexeus FontTratado de Obstetricia 1949.
- 6) Moraguez Bernat .Clinica Obstétrica 1950.
- 7) StanderTexbook of Obstetrics 1945.
- 8) LitzenbergSinopsis de Obstetricia 1941.
- 9) Carlos E. Azpuru ..Consideraciones sobre "Rupturas del Utero". Tesis 1940.
- 10) Curtis Huffman ..Ginecologia 1953.
- 11) S.G.O. Rupture of the uterus during labor: 67.2—166.
- 12) S.G.O. Surgical complications following covered perforations of the uterus: 66.3—281.
- 13) Testut y Latarget ..Tratado de Anatomia Humana 1949.
- 14) EastmanObstetrics 1956.
- 15) Nesbitt Jr.Perinatállos 1957.
- 16) Keith Folger A.J.O.G. Histerectomy on Gravid Patients mayo 1957.
- 17) Maisel A.J.O.G. Rupture of the Gravid Uterus julio 1956.