

95

MANUEL ALEJANDRO MONTERROSO JUAREZ



**RUPTURAS UTERINAS. ANALISIS RETROSPECTIVO  
DE CASOS OCURRIDOS DURANTE 5 AÑOS EN EL  
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS**

Guatemala, febrero de 1974

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

**RUPTURAS UTERINAS. ANALISIS RETROSPECTIVO  
DE CASOS OCURRIDOS DURANTE 5 AÑOS EN EL  
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS**

*Tesis*

*presentada a la Facultad de Ciencias Médicas  
de la Universidad de San Carlos  
de Guatemala*

*por*

**MANUEL ALEJANDRO MONTERROSO JUAREZ**

*en el acto de su investidura de*

**MEDICO Y CIRUJANO**

*Guatemala, febrero de 1974*

## PLAN DE TESIS:

1. Introducción
2. Historia
3. Primera Parte
  - a) Rupturas uterinas durante el embarazo
  - b) Rupturas uterinas durante el trabajo de parto
4. Segunda Parte:
  - a) Seguimiento de casos clínicos.
5. Estudio Estadístico
6. Conclusiones
7. Bibliografía

## INTRODUCCION

Existen varias formas en las soluciones de continuidad en el útero. Ruptura uterina designa a aquellas que se producen en el cuerpo del útero, o bien en el segmento inferior. Además tenemos entre las soluciones de continuidad, las rasgaduras y las perforaciones, las cuales muchos autores clasifican en una sola. Puede considerarse como una grave complicación, si no la más grave dentro del embarazo, la ruptura uterina la cual, aunque rara según designan los diferentes autores, no es infrecuente sobre todo en nuestro medio en el cual la PROFILAXIA durante el embarazo no ha alcanzado el nivel deseado; es importante, por lo tanto, que el médico en general como el especialista estén conscientes de la importancia de esta lesión y su etiología, con el objeto de ir erradicando paulatinamente las posibilidades para que esta grave contingencia ocurra. Antiguamente la ruptura de un útero era inevitablemente el camino a la muerte por la dualidad hemorragia - infección. Posteriormente los caros avances de la ciencia médica han reducido la mortalidad a porcentajes ínfimos en los diferentes países del globo. Sin embargo, como referí anteriormente, la ruptura uterina sigue siendo el accidente más grave que puede ocurrirle a una mujer durante el embarazo, ya que pone en peligro tanto su vida como la del producto. Al decir de Thompson, es una experiencia traumatizante para la madre y especialmente para el médico. Excepcionalmente pudiese ocurrir durante las primeras semanas de embarazo porque el útero se encuentra protegido por la pelvis baja, pero su incidencia es mayor después de la 28 semana, cuando el feto ya es viable, y la mayor parte de los casos se ven durante el trabajo de parto. Puede ocurrir en el cuerpo, en el segmento o en ambos y abarcar toda la pared o sólo parte de ella.

En verdad, es reflejo no sólo del cuidado de las autoridades sanitarias sino aun del nivel cultural de la comunidad este estudio el cual, aunque escaso en nuestro medio, redunda en beneficio de nuestros hospitales y de nuestra comunidad.

La lesión en esencia fue descrita por primera vez en 1590 por Guillemeau, quien a su vez describió el cuadro que podía conducir a la muerte a la paciente parturienta. Grantz realizó un trabajo al respecto, casi cien años después. Trabajos sucesivos de importancia presentados por Baudelocque, Bandl y Tarnier. Revistas y folletos médicos en la actualidad tratan también el tema, los cuales citaremos más adelante.

## PRIMERA PARTE

### CAPITULO PRIMERO

#### RUPTURAS UTERINAS DURANTE EL EMBARAZO

Las rupturas del útero durante el embarazo son excepcionales. Las experiencias indican que la inmensa mayoría de los casos se puede encontrar un factor traumático en la etiología de ellas. Los casos espontáneos que se reportan siempre, o casi siempre, asocian dos o más factores etiológicos. Entre los casos traumáticos tienen especial importancia las manipulaciones intrauterinas, para provocar aborto, o también como fruto de la época actual, la aplicación de dispositivos intrauterinos.

#### ETIOLOGIA Y CLASIFICACION:

En principio diremos que un útero sano sólo puede romperse por una acción traumática que incida sobre él, pero cuando factores diversos, tales como anomalías congénitas u otra alteración, actúan en él, éste también puede romperse espontáneamente. Para el presente trabajo dividiremos las rupturas según su etiología en:

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Ruturas uterinas<br>durante el embarazo | } a) Espontáneas<br>b) Traumáticas |
|---|------------------------------------|

Las causas etiológicas pueden presentarse puras o combinadas.

#### A) Rupturas espontáneas:

Se presentan más frecuentemente durante los últimos meses del embarazo, cuando por la distensión, la pared uterina se adelgaza. Sin embargo, se pueden presentar en cualquier período. Es característico el sitio de localización en las rupturas espontáneas: la inmensa mayoría se localiza en el cuerpo del útero, en contraste con la localización de la lesión acaecida durante el trabajo de parto, que tiene mayor incidencia en el segmento inferior. Se han reportado casos de rupturas espontáneas

post-partum.

En los casos reportados sobre las rupturas espontáneas, casi todas ellas se referían a embarazos ectópicos intersticiales rotos, embarazos ectópicos segmentarios rotos, antecedentes de operaciones gineco-obstétricas como legrados uterinos, cesáreas anteriores, extirpaciones de tumores (miomas, fibromas, etc.), placenta acreta, infecciones previas, mola hidatidiforme, deformaciones uterinas o bien degeneraciones grasosas o hialinas de la pared del miometrio.

## B) Rupturas Traumáticas:

Pueden ser accidentales o provocadas. Raras al principio del embarazo, su frecuencia aumenta en el último trimestre hasta alcanzar su mayor incidencia al final de la gestación. Los traumatismos pueden actuar sobre el útero de manera:

- B.1 Directa
- B.2 Indirecta

### B.1 Traumatismo directo:

El traumatismo actúa directamente sobre el útero de dos maneras: a) De afuera hacia adentro y b) de adentro hacia afuera.

a) Acción exógena, de afuera hacia adentro, como el caso citado por los Drs. Shaul Antoby, Yona Mani y Yoram Diamant del Hospital de Jerusalén, Israel, de ruptura secundaria a un choque automovilístico (9). O el caso citado por los Drs. Duarte Contreras y Ralón Duarte, en que hallan a la maniobra de Kristeller como causante directo de la ruptura uterina en una paciente primigesta de 21 años (7) y otros casos citados por los Drs. Conger, Tyler, Facog y Pakter de perforaciones uterinas por el método de curetaje por succión (13). Otros casos se refieren a heridas por instrumentos cortantes, proyectiles de alta velocidad, caídas, puntapiés o choques. El mecanismo de la ruptura está basado en las leyes hemodinámicas del desplazamiento uniforme de la presión de los líquidos contra las paredes de su continentes.

El traumatismo directo puede actuar también de adentro hacia

afuera como en el caso de las manipulaciones intrauterinas que se efectúan para provocar aborto, o bien los casos citados por el Dr. Tietze quien proporciona datos de perforación por diferentes tipos de dispositivo intrauterinos, una de cada 150 inserciones con el dispositivo de arco (bow) y uno por cada 2,500 con el dispositivo de espiral (loop) (8).

## B.2 Traumatismo indirecto:

Excepcionalmente y ruptura uterina por traumatismo indirecto es decir, cuando una fuerza es transmitida conductualmente por un parte del cuerpo ocasionando daños a distancia al útero. Es de nacer notar que en las rupturas traumáticas del útero hay mayores posibilidades de lesiones del producto que en las rupturas espontáneas.

En general, las causas predisponentes de ruptura uterina pueden resumirse como sigue:

1. Adelgazamiento de la pared uterina.
2. Obstrucción del canal del parto.
3. Desproporción feto-pélvica.
4. Factores externos: Mecánicos o traumáticos.

## PATOGENIA:

### a) Alteraciones en la pared uterina:

1. Degenerativas: como en el caso de las metaplasias grasosas y hialinas de el músculo liso del miometrio.
2. Cicatrices: en los casos de cesárea anterior o bien de resección de tumores de la pared miometrial. Keifer al revisar 9,302 rupturas, observó ruptura de repetición en 27 pacientes (11).
3. Penetración de las vellosidades coriónicas dentro de la pared como en el caso de las placentas percretas (10), mola hidatidiforme.

### b) Alteraciones constitucionales del útero:

1. Congénitas: útero infantil, útero didelfo, útero bicome.
2. Adquiridas: Operaciones restrictivas como histerectomías parciales.

Las causas precipitantes pueden ser de índole insignificante pero que representan esfuerzo, tales como la tos, el vómito, etc.

## SINTOMATOLOGIA DE LA RUPTURA UTERINA DURANTE EL EMBARAZO

1. Forma aguda
2. Insidiosa
3. Forma silenciosa.

### 1. Forma aguda:

Cuadro semejante en los primeros meses de un embarazo ectópico roto, y en los últimos meses a las características de la rotura intrapartum.

- a) Dolor intenso: agudo, brusco, desgarrante.
- b) Choque.
- c) Hemorragia interna, constante, y externa, escasa inconstante.

Como hemos dicho, puede confundirse con el embarazo ectópico y además, con las hemorragias de la segunda mitad del embarazo. No se confundirá con el aborto, pues en éste se observa contracciones uterinas, modificaciones del cuello y el dolor no es tan violento y agudo.

Indudablemente, la laparotomía aclarará si se trata de un embarazo ectópico o de una ruptura uterina.

### 2. Forma Insidiosa:

Si bien los síntomas son los mismos, suelen presentarse de esta forma: dolores repetidos, súbitos, generalmente con escalofríos, pero poco a poco la mujer va tornándose anémica, hay ligera metrorragia negruzca y progresivo estado sincopal, siendo casi constante un dolor intenso en la espalda, a la altura del homóplato.

En embarazos avanzados se suelen confundir con el desprendimiento normoplacentario (sus antecedentes tan

frecuentemente gestásicos y las características uterinas permiten excluirlo), o la torsión ovárica. Hay autores que aconsejan la histerosalpingografía. La torsión de un quiste de ovario puede simular el cuadro. El tacto coninado con la palpación abdominal orienta hacia el Dx. Se diferencia esta forma clínica de la aguda porque el cuadro de choque y la alteración del estado general se establecen progresivamente.

### 3. Forma Silenciosa:

Su nombre lo indica, no da síntomas. Puede finalmente diagnosticarse, porque la grávida entra bruscamente en colapso; pero lo común es que resulte un hallazgo de la laparotomía o de la autopsia.

En previsión de estos contratiempos, participamos de la opinión que toda paciente que tiene un antecedente de cesárea anterior, debe estar estrictamente controlada los días próximos a la fecha del parto siguiente, y más aún, cuando éste se inicia, y si aparece un pequeño dolor persistente a nivel de la cicatriz, con malestar general y estado angustioso, es preferible intervenir en previsión de complicaciones.

## COMPLICACIONES:

Las más importantes complicaciones en el caso de ruptura uterina son la hemorragia, el shock y la muerte de ambos: el feto y la madre.

## PRONOSTICO:

Este es siempre grave, pero afortunadamente los adelantos de la moderna práctica obstétrica, los antibióticos, reconocimiento temprano y operación oportuna, han tenido un efecto sustancial al reducir la mortalidad. Las rupturas incompletas son un poco menos peligrosas que las totales. El niño puede ser rescatado vivo cuando la ruptura ocurre al final del segundo período. Si el niño es expulsado hacia el abdomen usualmente muere a los pocos minutos.

Gordon y Asociados refieren 64 muertes maternas asociadas a rupturas uterinas; 27 fueron rupturas espontáneas y 37 fueron

rupturas traumáticas. Ocho de las primeras fueron en grandes multiparas, cuatro fueron rupturas de cicatrices uterinas y otras cuatro siguieron a la administración de extracto pituitario. De las rupturas traumáticas, veinte siguieron a versión y nueve a la aplicación de fórceps.

Munnell y Martín reportaron una incidencia del 1.2<sup>o</sup>/o de rupturas uterinas en 81 casos de embarazadas a quienes se había extirpado miomas uterinos.

Ahltop reportó una incidencia del 1.5<sup>o</sup>/o para rupturas de útero en 1,300 embarazadas después de haberse sometido a miomectomía. Sin embargo, cuando los casos fueron limitados a miomectomías profundas, la incidencia subió a un 20<sup>o</sup>/o.

Los dos factores predisponentes más importantes a la ruptura son: la extensión y la profundidad de la incisión en relación a la cavidad endometrial y las infecciones post-operatorias de las cicatrices de las miomectomías. Estos autores recomiendan la exploración post-partum de la cavidad uterina en pacientes que han tenido previamente miomectomía. El parto por medio de cesárea es la elección en este tipo de pacientes con cicatriz uterina previa.

Las estadísticas de mortalidad reportadas en la literatura pueden ser recordadas como sigue: 1) Ruptura completa: el 42.3 al 85<sup>o</sup>/o de las madres y el 63.3<sup>o</sup>/o al 100<sup>o</sup>/o de los fetos. 2) Rupturas incompletas: del 27.5 al 55<sup>o</sup>/o de las madres y del 52 al 61<sup>o</sup>/o de los fetos.

## TRATAMIENTO

El mejor tratamiento es la prevención con mejores y más cuidadosos procedimientos obstétricos. Cuando la ruptura ha ocurrido, el tratamiento activo consiste en transfusiones sanguíneas, administración de oxígeno, antibióticos, acth, etc., junto con la pronta laparotomía. Generalmente el procedimiento operatorio de elección es la remoción del útero. En algunos casos, sin embargo, cuando los bordes son netos y limpios y la circulación es adecuada, éstos pueden ser aproximados, cuando la condición general de la paciente lo permita y cuando la edad de la paciente sea lo suficientemente joven, se puede intentar únicamente proceder a suturar. Es conveniente tratar en lo posible de no hacer ooforectomía.

## CAPITULO SEGUNDO

### RUPTURAS UTERINAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Para hacer citas bibliográficas podemos mencionar las experiencias de Duarte Contreras y Rolón Duarte, quienes en recientes estudios en el Hospital de Cúcuta, Colombia, encuentran una incidencia no depurada de una ruptura por cada 767 partos y una incidencia depurada de una por cada 1,535 partos. Velasco, Rosas Arceo, Juárez Olivo, Espinoza de los Reyes y Arreola Ortiz, del Centro Médico "La Raza" de México, encontraron una incidencia de una ruptura por cada 2,025 partos.

Revisando la literatura mundial, se encuentran datos que van desde una ruptura por cada 93 partos hasta una ruptura por cada 11,365 partos, lo que hace muy difícil la comparación de datos estadísticos.

### ETIOLOGIA Y CLASIFICACION

Greenhill en su tratado de obstetricia divide a las rupturas uterinas durante el trabajo de parto en tres clases: a) espontáneas, b) post-cesárea y c) traumáticas.

#### a) Espontáneas:

Causas predisponentes para rupturas espontáneas incluyen: factores mecánicos tales como el paro del descenso del niño a través del canal del parto como sucedería en el caso de pelvis estrecha, niños muy grandes, deformidades del niño que aumentan su tamaño (en especial hidrocefalia, malas presentaciones, malas posiciones y distorción de partes blandas, tales como tumores obstructivos de la pelvis y atresia del cervix o la vagina.

Causas predisponentes de otro grupo, son condiciones tales que modifiquen la pared uterina de la índole de cicatrices uterinas (histerotomías) o rupturas anteriores y embarazos intersticiales o ectópicos segmentarios.

Las rupturas espontáneas son consideradas por la mayoría de

autores como las más frecuentes. La causa predisponente por excelencia es la multiparidad por la blandura del útero, y por ello la mayor incidencia ocurre en mujeres múltiparas (94<sup>o</sup>/o según Merz). La causa determinante es la misma contracción uterina anormal por cualquier factor que se oponga al libre desenvolvimiento del trabajo de parto.

#### b) Post-Cesárea:

En las rupturas uterinas post-cesárea es difícil estimar la frecuencia, sin embargo se estima entre un 2 al 6<sup>o</sup>/o. Es característico que este grupo de rupturas se produzcan durante el trabajo de parto. Algunos autores creen que las rupturas post-cesárea se deben más al mal tratamiento de la herida operatoria que a la formación de tejido conectivo escaso. Favorecen a este tipo de rupturas la sobredistensión como ocurre en los casos de polihidramnios o embarazos gemelares, inserción de la placenta a nivel de la cicatriz y particularmente cuando hay infección.

#### c) Traumáticas:

Las rupturas uterinas traumáticas durante el parto obedecen generalmente a la realización de maniobras mal indicadas, o sin que se cumplan las condiciones que las mismas exigen, o a la inhabilidad de quien las practica. Estas dos causas de desgarre son evitadas por los obstetras conscientes, pero, accidentalmente, pueden producirse por existir factores predisponentes (cesáreas anteriores, miomectomias, raspados, etc.), a veces no conocidos por el obstetra actuante. Las causas más comunes de la ruptura traumática del útero durante el parto son:

##### 1. Mala indicación:

- a) Versión interna con útero retraído o no relajado (la más común de todas).
- b) Extracción fetal por las vías naturales sin dilatación completa: fórceps, embriotomías, gran extracción pelviana.
- c) Partos de nalgas: extracción de cabeza última en casos de desproporción feto-pélvica.
- d) Fórceps con presentación no encajada (altos).

- e) Dilatación manual, instrumental o quirúrgica del cuello con presentaciones muy altas y cuello sin borrar.
- f) Tentativa violenta de extracción del primer feto en gemelos enganchados.
- g) Monstruosidades dobles no diagnosticadas.
- h) Mal uso de ocitocicos.

##### 2. Inhabilidad del actuante:

- a) Versión interna forzada
- b) Fórceps mal realizado:
  1. Colocación de la segunda rama.
  2. Mala rotación.
- c) Embriotomía sin ayudante que mantenga fija la presentación durante la perforación o el uso de la lanza tangencialmente a ella.
- d) Embriotomía: el uso de tijeras incorrectamente para la decolación.
- e) Pelviana: brusquedad en la extracción de cabeza última.
- f) Kristeller o Kredé violentos.

##### 3. Accidentes imprevistos:

- a) Causas predisponentes ya citadas.
- b) Alumbramiento manual con placenta acreta.
- c) Trabajo de parto abandonado.

Rosenvasser en su tratado de terapéutica obstétrica clasifica las rupturas uterinas de acuerdo a su localización, dirección, profundidad y aspecto, de la manera siguiente:

##### 1. Por su extensión y localización:

- a) Cervicales supravaginales.
- b) Segmentarias.
- c) Corporales.
- d) Cervicosegmentarias.
- e) Segmento-corporales.
- f) Cervico-segmento-corporales.

##### 2. Por su dirección:

- a) Longitudinales
- b) Transversales.
- c) Oblicuas.
- d) Mixtas.

3. Por su profundidad: (Capas uterinas interesadas)
  - a) Completas
  - b) Incompletas:
    1. Subperitoneal
    2. Submucoso
4. Por su aspecto:
  - a) Bordes lisos.
  - b) Bordes irregulares, desgarrados.
5. Por la participación de órganos vecinos:
  - a) Rotura no complicada o simple: exclusivamente desgarro uterino.
  - b) Rotura complicada: extendida a vagina, vejiga o recto.

#### CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS DE LAS RUPTURAS UTERINAS:

##### 1. Ruptura del segmento inferior:

Puede ser completa o incompleta.

De ellas la primera es la más frecuente entre todas las rupturas uterinas que se observan durante el parto. Más comunmente se localizan en la pared anterior, hacia la izquierda y es longitudinal, pudiendo extenderse al cuerpo uterino (segmento corpora - o aún a la vagina o vejiga (ruptura complicada). La transversal aparenta dividir en dos partes el útero.

Los bordes de la rotura suelen ser irregulares, edematosos, equimóticos y recubiertos de coágulos. Si se incluyen vasos importantes (uterinas), puede manar sangre en abundancia al exterior y al abdomen; otra parte se mezcla con el líquido amniótico y meconio.

El feto, al verificarse el desgarro, pasa al abdomen total o parcialmente, mientras que la placenta queda retenida en el útero.

La rotura subperitoneal del segmento inferior es la más común de las incompletas; la que respeta la mucosa (extramucosa) es excepcional. En el primer caso, se colecciona y forma una

hematoma subperitoneal, el feto queda retenido en el útero, al igual que la placenta.

##### 2. Ruptura del cuerpo Uterino:

Es la más frecuente durante el embarazo, no así en el parto.

Es generalmente completa, pasando el feto y la placenta al abdomen; en la incompleta suele observarse la forma de extramucosa.

#### SINTOMATOLOGIA DE LA RUPTURA UTERINA ESPONTANEA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

Describiremos la evolución de una ruptura uterina originada en una hiperdinamia por obstáculo.

En estos casos (se diagnosticó el obstáculo generalmente) se observa la paulatina o brusca hiperactividad uterina: La parturienta se queja casi continuamente, está agitada, se mueve sin parar; no debe atribuirse tal estado al nerviosismo de la enferma; deben controlarse las contracciones. Se apreciará que son muy frecuentes, intensas y prolongadas, al útero se endurece excesivamente y en el breve intervalo existe entre las contracciones no se relaja totalmente.

La contractilidad exagerada del útero que trata de vencer el obstáculo distiende el segmento inferior. ¿Cómo se aprecia esto? En el abdomen se observa un surco horizontal, que es el anillo de Bandl Schroeder contractuando, que paulatinamente va ascendiendo hasta llegar al ombligo: hay, pues, una delimitación neta entre el cuerpo uterino y el segmento inferior. La elevación hasta el ombligo citada es la exteriorización de la distensión del segmento inferior:

Signo de BandlSchroedeer. Los ligamentos redondos se suelen palpar como cuerdas tensas del grosor de un dedo (más fácilmente el izquierdo) que desde el útero se extiende hasta la parte media del arco crucial: se le llama Signo de Frommel. LA UNION DE AMBOS SIGNOS SINDROME DE BANDL-FROMMEL. INDICA LA INMINENCIA DE LA RUPTURA UTERINA.

En esos instantes suele la gravida experimentar un dolor intenso, agudo (raras veces puede faltar) e inmediatamente desaparecen las contracciones uterinas totalmente; surge una inercia absoluta, que puede engañar, pues la enferma experimenta una falsa mejoría, pudiendo el feto y la placenta permanecer dentro del útero o, lo más corriente, pasar al abdomen el primero o ambos. La palpación es dolorosa al nivel de la rotura, la auscultación fetal se negativiza y puede existir el signo de Clark: Crepitación suprapúbica debida al pasaje del aire por vía vaginal y uterina a la cavidad peritoneal.

Si el feto pasa al abdomen, se le percibe por palpación casi debajo de la piel y en actitudes totalmente irregulares (desaparece la actitud fetal motivada por su adaptación al continente uterino), al lado del feto suele percibirse el útero pequeño, retraído, blando, sin contracciones y por tacto la presentación ha desaparecido, pudiendo notarse por el tacto intrauterino la desgarradura del segmento y, a través de la misma, asas intestinales.

El pasaje del feto al abdomen puede ser parcial: Se eleva la presentación, la sintomatología abdominal no es tan característica como en el caso anterior.

Se instala siempre, rápida o paulatinamente, un grave estado de choque, que se intensifica con el progreso de la anemia aguda originada en la hemorragia existente. Esta puede ser mixta: La externa, escasa generalmente, a veces abundante; la interna suele ser muy grave y la sangre pasa a la cavidad abdominal en la ruptura completa o forma una hematoma subperitoneal en la incompleta. Si el feto no pasa al abdomen, se suele confundir el cuadro con el desprendimiento prematuro de placenta; los signos gestosicos y la dureza leñosa del utero permiten diagnosticarla.

Otras veces, con dinámica normal (importancia de factores predisponentes) la prolongación del parto, unida a molestias raras en espalda y hombros, desasocio, sudoración, dolor intenso en la palpación de cierta zona inferior, hace pensar en la rotura uterina.

En resumen, debe valorarse una serie de factores para diagnosticar precozmente o evitar en lo posible el accidente.

## “SINTOMATOLOGIA DE LA RUPTURA UTERINA TRAUMATICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO”

### RESUMEN:

Para hacer el diagnóstico recordemos:

1. La falta de dolor, pues generalmente acontece con la enferma dormida durante la intervención.
2. Antecedentes de maniobras o intervenciones dificultosas.

En este último dato valorar:

- a) Durante la dilatación un cuello que se resiste y cede rápidamente.
- b) Versión interna dificultosa que se termina excesivamente fácil.
- c) Inercia y hemorragia del alumbramiento y post-alumbramiento (especialmente con parto dificultoso o que se teme el error técnico).

Indudablemente el tacto intrauterino será decisivo en la confirmación de la existencia de una rotura uterina, especialmente de la ROTURA COMPLETA en la INCOMPLETA suele ser más difícil el diagnóstico.

El feto que permanece en el útero y un gran hematoma subperitoneal hará el diagnóstico de RUPTURA SUBPERITONEAL.

Si se trata de una RUPTURA COMPLICADA: Por Ej. si se interesa la vejiga, el sondaje vesical mostrará HEMATURIAS. Si está afectado el recto, se expulsará material fecal o gases de olor fecaloide por la vagina.

### TRATAMIENTO DE RUPTURA UTERINA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO:

Depende de la profundidad, extensión, localización, estado de los bordes y la existencia o no de compromisos de las vísceras interesadas. Diagnosticada la ruptura se impone la laparotomía.

Realizada la laparotomía se valorarán distintas circunstancias.

- a) Si el feto está en el abdomen, fuera del útero, se le extrae por la brecha uterina se saca la placenta, se suturará si es una herida lineal, de bordes limpios no contusos; o se hará una histerectomía subtotal si no reúne esas condiciones.
- b) Si el feto está parcialmente dentro del útero, se le extrae por la misma brecha, al igual que la placenta, y se actuará con el útero en la misma forma que lo expresado en el caso anterior.
- c) Si el feto y la placenta están en el útero, la conducta dependerá de la extensión y localización de la ruptura: si es pequeña y en el cuerpo uterino: se practica una cesarea segmentaria, a fin de extraer el feto y la placenta, y luego se sutura la pequeña herida corporal; si es pequeña y segmentaria: la ampliamos y a través de ella extraemos al feto; si es grande (corporal o segmentaria), lo extraemos a través de la herida procediendo en todos los casos con el útero tal como en el primer caso.

Los antibióticos, las transfusiones sanguíneas generosas, los analépticos deben administrarse en el post-operatorio.

Si se piensa que la sutura es suficiente pero se teme la concecuencia de una nueva gestación, puede estar indicada la esterilización por resección tubaria.

## SEGUNDA PARTE

Esta segunda parte que someto a vuestra consideración es producto del estudio y seguimiento de Historias Clínicas de pacientes que fueron tratados en los Servicios Internos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios desde el mes de enero de 1969 hasta el mes de diciembre de 1973 y que presentaron alguna de las formas de rupturas uterina que se han tratado en la Primera Parte. De los trece casos reportados al Departamento de Estadística del Hospital General, tres casos no pudieron ser seguidos en vista de encontrarse extraviadas las papeletas.

De esta manera me permito clasificar los casos según su incidencia por cada uno de los años revisados, de la siguiente manera:

AÑO DE 1969: Un caso reportado.

AÑO DE 1970: Dos casos reportados.

AÑO DE 1971: Dos casos reportados de los cuales hay una papeleta extraviada.

AÑO DE 1972: Tres casos reportados de los cuales hay una papeleta extraviada.

AÑO DE 1973: Cinco casos reportados de los cuales una papeleta fue extraviada.

## OBSERVACION NUMERO UNO

J.E.M. de 23 años de edad, ladina, unida, oficios domésticos, originaria y residente de la ciudad capital. G: 2; P: 1; Ab: 1; C: 0.

Dos ingresos: 25-7-69 ingresa por hemorragia vaginal en regular cantidad acompañada de dolores tipo cólico referidos a hipogastrio e irradiado a región dorso-lumbar, de 20 días de evolución. Paciente febril y el mal estado general I.C. aborto incompleto séptico.

El 26-7-69 se practicó Legrado Uterino Instrumental y el

27-7-69 se le dió egreso en aparentes buenas condiciones.

El 31-7-69 nuevamente la paciente es admitida en el Hospital refiriendo dolor abdominal, náuseas, vómitos, deposiciones diarreicas y fiebre no cuantificada. Al exámen ginecológico: doloroso, se palpa masa en anexo derecho que se desplaza a colocarse sobre el útero.

El abdomen se encontró doloroso, distendido y tímpanico. Diagnóstico de Admisión: Infección périca y Anexitis Derecha.

Se inicia el tratamiento con antibióticos (Penicilina). El cuadro séptico de la paciente continuó empeorando y el 2-8-69 se solicitaron Rayos X por sospecha de perforación uterina iatrogénica y pelviperitonitis secundaria. Los Rayos X revelan distensión de asas abdominales, no se ve aire libre en cavidad abdominal. Se coloca succión continua a la paciente. HB: 9.5 gr  $\%$ , V.S. 115 mm a la hora, G.B. 16,750. El 9-8-69 se practica una punción a la altura de fosa ilíaca derecha, obteniendo material purulento, verdusco, maloliente (150 c.c.) Se deja Pen Rose. Los días siguientes drenó abundante cantidad. el 26-8-69 el Pen Rose continúa drenando material aunque en menor cantidad. V. S. continúa alta en 105 mm. a la hora. Se cambia antibiótico a Tetraciclina. El 2-9-69 es reevaluado: drenaje cerrado, masa persistente de unos 10 cm. de diámetro en anexo derecho. V.S. 105 mm. a la hora. El 16-9-69 se encuentra masa reducida a 5 cm. de diámetro. Menos dolor a la movilización del útero. El 23-9-69 es nuevamente reevaluado: ya no se siente masas. Movilidad del útero es normal. Anexos no dolorosos. V.S. 90 mm. a la hora. El 30-9-69 el ginecológico es negativo. V.S. 23 mm. a la hora, se da egreso en condición MEJORADA. Diagnóstico de egreso: Perforación Uterina Iatrogénica y Infección Pélvica Secundaria.

No hay datos concretos de una perforación uterina, más parece una infección pélvica post aborto.

**COMENTARIO:** Seguramente la sustitución de antibióticos que se efectúa casi al mes de estancia de la paciente, hubiera podido cambiar el cuadro desde el inicio. O bien la utilización de antibióticos combinados desde el inicio. La conducta quirúrgica estaba contraindicada por estar sobre agregado un cuadro séptico. A pesar de que el de egreso habla de perforación uterina, es un

diagnóstico que no se puede defender.

## OBSERVACION NUMERO DOS

L.H.A.C. de 42 años de edad, ladina, unida, modista, católica, originaria y residente de la ciudad capital. 4 hijos vivos G: 6; p:4 Ab: 2 C: 0 Menarquia a los 13 años. Tipo 30x3 U.R. 10-2-70. Ingres a el 31-3-70 a las 13 horas con dolor agudo en hipogastrio e irradiado difusamente a todo el abdomen; dicho dolor se acompaña de náuseas y vómitos alimenticios, no presenta fiebre. Lipotímias después del dolor de dos días de evolución. Abdomen globuloso, distendido, con dolor marcado a la palpación superficial y profunda. Se percute mate en región de hipogastrio y ambas fosas ilíacas, con hipertimpanismo en el resto del abdomen. Ruidos intestinales disminuidos. Ginecológico presenta fondos de saco libres, doloroso. No se palpan masas. Utero globuloso, aumentado de tamaño, cuello blando de múltipara: Hb:5.5 gr.  $\%$  Gravidez positivo. Diagnóstico de ingreso: EMBARAZO ECTOPICO INTERSTICIAL ROTO.

El 31-3-70 a las 15:30 horas se efectuó laparotomía exploradora encontrándose embarazo ectópico tubárico intersticial roto, en inserción cuerno izquierdo, efectuándose salpingectomía izquierda, en cavidad abdominal se encontraron 3,000 c.c. de sangre y coágulos. Se le encontró perforación uterina en porción intersticial trompa izquierda.

**TRATAMIENTO:** con antibióticos mixtos: penicilina y cloramfenicol. El 3-4-70 se toma control: Hb: 7.5 y Ht: 25. Se transfunden 500 c.c. de sangre tipo A (no había en el banco anteriormente). La evolución fue satisfactoria y se dá egreso el 8-4-70 en condiciones satisfactorias.

**DIAGNOSTICO DE EGRESO:** Embarazo Intersticial Roto.

**COMENTARIO:** Este caso es típico de las causas más frecuentes de rupturas espontáneas del útero durante la primera mitad del embarazo. El caso es imposible de determinar aún con control prenatal, y creo que fué bien manejado.

O.C.F. de 24 años de edad, ladina, analfabeta, unida, católica, originaria y residente de la ciudad capital. 3 hijos vivos. G: 4 P:4, Ab: 0.C: 0 Menarquia 12 años, Tipo 30X3;U.R. 20-4-70. Ingresa el 28-5-70 a las 12.00 horas Pte. referida de clínica de Orientación Familiar con sospecha de perforación uterina por Dispositivo Intra Uterino. Se ingresa para tratar hemorragia vaginal escasa, sin coágulos, poco dolorosa, de 5 días de evolución.

Al ingresar la paciente refiere hemorragia vaginal escasa, roja, sin coágulos y dolor leve abdominal tipo punzante en hipogastrio. Se encuentra pte. con signos vitales en límites normales y un abdomen blando, depresible, poco doloroso en región hipogástrica. Se ordena Rayos X de emergencia, localizándose dispositivo intrauterino fuera cavidad uterina.

La paciente fue sometida a laparotomía exploradora el 5-6-70 encontrándose dispositivo intrauterino en cavidad abdominal y una ruptura uterina completa, de más o menos 1.5 cm. de longitud, de bordes netos, en fondo uterino, cara anterior. Se administraron 500 c.c. de sangre completa durante el acto quirúrgico. Se sutura la ruptura y se efectúa esterilización quirúrgica por el método de Pomeroy.

Evolución post-operatoria, se da egreso al séptimo día en buenas condiciones. Pte. regresa al 10 día para retirar puntos.

Diagnóstico de egreso: Ruptura Uterina Secundaria a Colocación de Dispositivo intrauterino.

**COMENTARIO:** Vale hacer la relación las estadísticas proporcionadas por Tietze y Col. que van desde una perforación por cada 150 colocaciones de D.I.U. hasta uno por cada 2,500 dependiendo del tipo de dispositivo. En estos casos casi siempre hay asociadas dos o más causas predisponentes para la ruptura. El caso fue manejado conservadoramente lo que creaba mayores posibilidades para infecciones y complicaciones. Una intervención desde el principio hubiera sacado adelante más rápidamente el caso.

M.D.L.M. de 31 años de edad, ladina, católica, oficios domésticos, originaria de Chiquimula y residente en la ciudad capital. Pte. ingresa el 31-8-71 a las 12.00 hrs. con historia de dolores tipo calambre, serveros y persistentes, acompañados de hemorragia vaginal escasa de día de evolución. Antecedente de que el día anterior al ingreso le fue practicado un aborto criminal por comadrona empírica.

El ingreso: pte, en mal estado general, febril, taquicárdica, P.A. de 110/60. Se ordenan Rayos X de abdomen y recuento de hemoglobina y hematócrito. Rayos X revelan aire libre en cavidad abdominal debajo de ambos hemidiafragmas. Distensión de asas intestinales delgadas. Edema de asas delgadas Imagen de vidrio despulido en epigastrio e hipogastrio. Psoas no visible. A las 15.00 horas se practica laparotomía exploradora encontrándose ruptura del fondo del útero en cara anterior de unos 4 centímetros de longitud, y herida de asas ileales a unos 30 cm. de válvula ileocecal. Se practicó Histerectomía abdominal total con salpingoferectomía bilateral y cierre de la herida de ileon.

Evolución satisfactoria. El 2-9-71 presentó distensión abdominal la cual cedió con succión continua y tratamiento para íleo paralítico.

Egreso el 12-9-71 en buenas condiciones. Control posterior por consulta externa satisfactorio.

**DIAGNOSTICO DE EGRESO:** Ruptura de Utero y Asa ileal post intento Aborto Criminal.

**COMENTARIO:** Esta ruptura entra dentro de la clasificación de INEVITABLES: para el médico, ya que la incidencia de Aborto Criminal practicado por personas empíricas en nuestro medio es muy alta.

El caso fue bien manejado, aunque por la edad de la paciente quizás hubiera valido la pena tratar de conservar los ovarios.

## OBSERVACION NUMERO CINCO

S.M.R.H. de 22 años de edad, ladina, católica, unida, oficios domésticos, originaria y residente de la ciudad capital G: 1 P:0 AB: 0 C: 0 U.R. 16-10-71 Fecha probable de parto 23-7-72 Ingresa el 19-7-72. Embarazo a término de 39 semanas por última regla y cuarenta y un semanas por altura uterina. Trabajo de parto activo de 15 hrs. de evolución. Feto vivo.

Paciente con antecedentes de haber estado asistiendo a control prenatal en donde asistió en dos ocasiones durante el último trimestre del embarazo, la última el día antes de su ingreso. Se le estimó clínicamente pelvis Ginecoide, media, sin distocia ósea con niño de tamaño medio, Hillis no se hizo.

Al ingreso paciente en buen estado general, contracciones cada 18 minutos moderadas, de 20 segundos de duración, frecuencia cardíaca fetal de 146 por minuto, occipito-iliaca izquierda anterior, dos centímetros de dilatación, membranas enteras, altitud menos tres centímetros. Control posterior a las dos horas: contracciones cada diez minutos, moderadas, dilatación de tres centímetros y altitud de menos uno. A la media hora fue evaluada de rutina por especialista quien encontró pelvis estrecha y anillo de retracción alto (6 cm. arriba sínfisis púbica).

Se ordena pelvimetría radiológica que muestra una pelvis límite por lo que se prepara de urgencia operación cesárea segmentaria transperitoneal por: 1) Pelvis límite 2) Inminencia de ruptura uterina.

Evolución post-operatoria satisfactoria, se da egreso el 26-7-72 en buenas condiciones.

**COMENTARIO:** En este caso la oportuna intervención médica evitó lo que con toda seguridad hubiera evolucionado a una ruptura espontánea en trabajo de parto por distosia feto-pelvica. Este problema debió haber sido notado desde su control prenatal.

## OBSERVACION NUMERO SEIS

M.R.R. de 37 años de edad, casada, ladina, católica, oficios

domésticos. G:0 P:0 AB:0 Menarquia: 17 años Ritmo y frecuencia: 30x3 dolores. Ingresó el 29-7-73 a las 12.00 hrs. con historia de que después de una caída sentada inició cuadro de dolor brusco, severo, tipo calambre, en región de fosa iliaca derecha. No hemorragia vaginal. Ginecológico sumamente doloroso. Fondos de saco ocupados, renitentes. Se efectuó punción de fondo de saco de Douglas encontrándose sangre roja, sin coágulos, en cavidad abdominal, por lo que a las 22.30 hrs. del mismo día se practicó laparotomía exploradora encontrándose sangre en cavidad abdominal en cantidad de 1,300 cc.

Se localiza ruptura del fondo uterino, completa, sangrante de unos 3 cm. de longitud. Además se encontró una porción de unos 30 cm. de yeyuno desprendidos de su porción de mesenterio ya Necrosado. Se sutura la herida del útero y se reseca la porción de yeyuno haciendo anastomosis termino-terminal.

El 2-8-72 presentó absceso fébril de 39 grados centígrado, disnea, taquicardia, y se encontraron estertores subcrepitantes hemitorax izquierdo y base del derecho. Los Rayos X muestran infiltrado bronconeumónico del pulmón izquierdo y en base del derecho. Impresión clínica: bronconeumonía o germen resistente a los antibióticos que tuvo desde su ingreso. Se cambió penicilina y cloranfenicol a meticilina y el cuadro responde satisfactoriamente.

El 12-8-72 se da egreso en buenas condiciones.

**DIAGNOSTICO DE EGRESO:** Ruptura uterina indirecta completa.

**COMENTARIO:** Caso real de Una Ruptura por transmisión de mecanismos Traumáticos.

## OBSERVACION NUMERO SIETE

N. Sa. de 28 años de edad, ladina, católica, oficios domésticos, originaria y residente en la Ciudad de Escuintla, Escuintla G: 6; P:6 AB: 0 C: 0 U.R. 25-12-7. Ingresó el 29-9-72 a las 9.15 horas referida por facultativo de Escuintla con impresión clínica de Ruptura Uterina.

Refirió que el 28-9-72 a las 3 horas inició trabajo de parto activo controlado por comadrona empírica. Las contracciones uterinas se presentaron violentas y sostenidas por lo que a las cuatro horas fue llevada al Hospital de Escuintla, de donde fue referida al Hospital General.

Al ingreso se encontró paciente en mal estado general, pálida, sudorosa, quejumbrosa y disnéica. T: 37 grados centígrados; P: 160 por minuto; I.P.A.: 100/60. Abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda en forma difusa, marcada resistencia abdominal, no se escuchan ruidos intestinales. No se ausculta foco fetal. Cuello uterino dilatado a 11 cm. presentación cefálica en posición izquierda variedad transversa además, presentaba edema grado dos en ambos miembros inferiores. Inmediatamente se transfundieron 500 c.c. de sangre completa en vista de que los niveles de hemoglobina habían descendido a 9.5 grados por ciento. A las 9.45 horas se practica laparotomía exploradora encontrándose aproximadamente 500 c.c. de sangre con coágulos en cavidad abdominal y ruptura uterina completa, irregular, de bordes no netos, de más o menos 10 cms. de longitud en sentido transversal, a través de la cual sale la placenta y un brazo del feto. Se procedió a extraer al feto por la misma solución de continuidad y se practicó histerectomía abdominal total sin complicación.

Evolución post-operatoria satisfactoria. Se da egreso el 6-10-72 en buenas condiciones.

**DIAGNOSTICO DE EGRESO:** ruptura uterina completa durante el trabajo del parto.

**COMENTARIO** Aquí el útero se rompió por falta de atención facultativa a tiempo. El caso bien manejado permitió salvar la vida de la madre.

#### OBSERVACION NUMERO OCHO

S.S.M.A., de 21 años de edad, católica, ladina, originaria y residente de la ciudad capital. Antecedentes: menarquía a los 12 años tipo: 30X4. G:5 P:2; AB:2 C:0 UR. 19-2-73.

Ingresó el 14-4-73 a las 23 horas con historia de hemorragia

vaginal con coágulos en regular cantidad acompañada de dolor, calambre en hipogastrio, e irradiado a región dorso lumbar, de cuatro días de evolución. Diagnóstico de admisión: Aborto incompleto El 15-4-73 a las 10:45 horas se practica legrado uterino instrumental, encontrándose que la cucharilla penetra más allá de lo que se estima como fondo uterino. Impresión Clínica: ruptura del fondo del útero. A las 15:30 horas se efectúa laparotomía exploradora encontrándose ruptura uterina completa de más o menos 3 cms. de longitud en el fondo del útero. Hemoperitoneo de 100 c.c. Se procedió a cerrar la solución de continuidad.

Evolución post-operatoria satisfactoria Se da egreso el 20-4-73 en buenas condiciones.

**DIAGNOSTICO DE EGRESO:** Ruptura del fondo del útero.

**COMENTARIO:** Cabe pensar en la posibilidad de un aborto provocado o bien en una propia ruptura y atrogénica al momento de efectuarse el legrado uterino instrumental.

#### OBSERVACION NUMERO NUEVE

M.C.C.D.R. de 27 años de edad, ladina, católica, casada, originaria de Vuelta Grande San Raymundo y residente de esta capital. Antecedentes: Menarquía a los 14 años Tipo 30X3 G:3; P:3; AB:0; C:0; UR. Frec. 30X3. Menarquía a los 14 años

Ingresó el 4-7-73 referida del Servicio de Planificación Familiar por no habersele encontrado el Dispositivo Intra Uterino al examen ginecológico, el cual había sido colocado en un mes antes. En emergencia se tomaron Rayos X que mostró el D.I.U. a nivel del extremo distal de la sonda intrauterina y a unos 3 cms. al lado de éste, por lo que se pensó que estaba a nivel del cuerno uterino izquierdo. Al ingreso presentaba buenas condiciones ginecológicas, sólo muestra útero ligeramente aumentado de tamaño. Diagnóstico de Ingreso: D.I.U. tipo Dalkon fuera de cavidad uterina.

El 5-7-73 a las 16 horas se efectuó exploración de cavidad uterina, previa dilatación con dilatadores de Hegar, no encontrándose el D.I.U. También se efectuó legrado uterino

instrumental no encontrándose el cuerpo extraño. Entonces se pensó que el D.I.U. está en cavidad abdominal. La paciente sigue en buen estado general.

El 6-7-73 se inicia tratamiento con antibióticos a manera de profilaxia. Paciente continúa asintomática. El 11-7-73 se efectúa laparotomía exploradora, encontrándose D.I.U. en cavidad abdominal y dos pequeñas rupturas o perforaciones de más o menos 1 cm. cada una, situadas en el fondo del útero. Se suturan ambas soluciones de continuidad.

Evolución satisfactoria. Se da egreso el 16-7-73 en buenas condiciones.

**DIAGNOSTICO DE EGRESO:** Rupturas uterinas iatrogénicas post-colocación de dispositivo intrauterino.

Control ulterior por consulta externa satisfactoria.

**COMENTARIO:** Parecido a uno de los casos anteriores. Con el diagnóstico de ingreso se debería haber actuado más rápido en el tratamiento de la paciente.

#### OBSERVACION NUMERO DIEZ

T.V.M. de 42 años de edad, ladina, costurera, unida, originaria de Zacapa y residente de esta capital. G:5; P:3; AB:2; C:0; Menarquia a los 14 años. Frec. 28X3; UR.: 4-6-73.

Ingresó el 11-9-73 a las 18:55 horas con historia del cuadro de hemorragia vaginal escasa, rutilante, con coágulos, acompañada de dolor punzante en ambas fosas ilíacas con irradiación lumbosacra, de 8 días de evolución. El día antes de su ingreso la hemorragia se tornó profusa y el dolor aumentó. El día de su ingreso expulsó una "bolsita blanca" de más o menos 8 cms. de diámetro. Al ingreso paciente ansiosa, febril, en regulares condiciones generales. Pulsaciones 80 por minuto, temperatura 37.9°C. P/A 110/80. Abdomen: útero palpable 6 cm. arriba de la sínfisis del púbis. Ligera resistencia abdominal. Poco dolor Ginecológico: cuello formado, orificios abiertos, I.C. Aborto Incompleto.

A las 23:30 horas se practicó legrado uterino instrumental, encontrándose escaso material, pero, durante el procedimiento se encontraron pigmentos de aspecto grasoso no compatibles con restos placentarios por lo que se pensó en Ruptura Uterina Iatrogénica.

El estado general de la paciente modificó poco, por lo que el 12-9-73 a las 01.00 horas se practicó laparotomía exploradora, encontrándose ruptura en fondo uterino, completa, de más o menos 1.5 cm. a nivel de inserción cuerno izquierdo. Se suturó y se practicó esterilización quirúrgica por el método de Pomeroy por indicación de localización de la herida, multiparidad y edad de la paciente. Evolución satisfactoria. Se da egreso el 19-9-73 en buenas condiciones. Diagnóstico de egreso: Ruptura Uterina iatrogénica post-legrado uterino instrumental.

**COMENTARIO:** Este tipo de rupturas no deberían ocurrir en manos de un tocólogo experimentado. Desgraciadamente, aquí, deberemos acusar descuido por parte del que practicó el legrado.

**ESTUDIO ESTADISTICO DE LAS RUPTURAS  
UTERINAS DE ENERO DE 1969 A DICIEMBRE DE 1973  
INCLUSIVE**

**FRECUENCIA:**

Encontramos registrados en estos últimos 5 años, un total de diez casos de rupturas uterinas, nueve de ellas ocurrieron durante el embarazo y una durante el trabajo de parto, lo que nos da una idea de que actualmente los medios asistenciales hospitalarios tienen un control mucho mejor de los casos, contrariamente a lo que sucede durante el embarazo, en que las pacientes se encuentran fuera de control hospitalario.

**ETIOLOGIA:**

Encontramos causas traumáticas en 80% de los casos y sólo un 20% de rupturas espontáneas, una de ellas por embarazo intersticial y otra durante el trabajo de parto.

**FACTOR ETNOGRAFICO:**

En el presente trabajo es de hacer notar que la raza ladina dominó ostensiblemente, posiblemente porque con la existencia de Centros Hospitalarios en otras partes del país, la mayor parte de consultantes son personas que viven cerca del hospital.

**EDAD:**

De 21 años a 25 años: cuatro; de 26 a 30 años: dos; de 31 a 35 años: una; de 36 a 40 años: una; de 41 años a 45 años: dos.

**CAUSAS:**

Colocación de dispositivos intrauterinos. Práctica de aborto criminal. Mala técnica tocológica. Asistencia del parto por personas empíricas.

**ANATOMIA PATOLOGICA:**

Todas fueron rupturas completas.

**SINTOMATOLOGIA:**

Varía desde la asintomática (observación número nueve), hasta cuadros agudos (observación número siete).

**TRATAMIENTO:**

|  |                           |
|--|---------------------------|
| Tratamiento médico:                      | 1                         |
| Histerectomía total:                     | 2                         |
| Sutura de la solución<br>de continuidad: | 6                         |
| Tratamiento profiláctico:                | 1                         |
| Pronóstico:                              | Bueno en los 10<br>casos. |

## CONCLUSIONES

1. La frecuencia de la ruptura uterina es excepcional, siendo en el Hospital General de mayor incidencia durante el embarazo que durante el parto.
2. La ruptura uterina durante el embarazo es más frecuente debido a traumatismos que espontánea. Durante el parto es más frecuente espontánea.
3. La mayoría de las rupturas durante el embarazo fueron en el cuerpo del útero, más específicamente, en el fondo. La ruptura durante el trabajo de parto fue en el segmento.
4. Debe insistirse en el conocimiento del cuadro clínico de ruptura establecida o por establecerse para el tratamiento efectivo.
5. El abuso de manipulaciones por parte de personas empíricas para provocar aborto criminal, conlleva siempre el peligro de perforación uterina.
6. La habilidad y experiencia del tocólogo que practique manipulaciones uterinas ayudará a disminuir la incidencia de este accidente, ya que los problemas de este tipo van en relación indirecta con ambos atributos.
7. La educación sanitaria adecuada en las pacientes es otro factor que influirá benéficamente para disminuir la incidencia de este grave problema.
8. Los avances de la Medicina han hecho que la ruptura uterina no sea de pronóstico mortal como lo era antes, es más, el pronóstico con atención rápida se puede definir como bueno.
9. La sutura de la herida operatoria es el procedimiento indicado, siempre que reúna las condiciones necesarias.

### BIBLIOGRAFIA

1. Moraguez Bernat, J. Clínica Obstétrica. 1960.
2. Stewart Taylor, E. Obstétrica de Beck. 1968.
3. Rosenvasser. E. Terapéutica Obstétrica. 1962.
4. Herbut, P.A. Gynecological and Obstetrical Pathology.
5. Greenhil, J. P. Obstetrics. 1960.
6. Ruiz Velasco, V.J. Rosas Arceo; H. Juárez Olivo; V. Espinosa de los Reyes; J. Arreola Ortiz, Evaluación de la Conducta Conservadora de la Perforación, Deshiscencia y Rupturas Uterinas. Ginec. Obstet. México. Julio 1972.
7. Duarte Contreras, A.; R.D. Rolón Duarte. Ruptura Uterina. Ginec. Obstet. México. Marzo de 1973.
8. Allen, J.R.E. Shemwell; D.P. Macleod Jr.; J. C. Weed. Removal of Intrauterine Contraceptive Devices After Uterine Perforation. Obstetrics and Gynecology. August 1972.
9. Anteby, S.; Yona Mani; Y. Z. Diamant. Accidental Rupture of Pregnant Uterus. International Surgery. April 1973.
10. Rosas Arceo, J.; V. Ruiz V.; H. Juárez O.; J. Arreola O. Pronóstico a largo plazo de la perforación uterina. Ginec. Obstet. México. Agosto de 1972.
11. Keifer W. Rupture of the Uteris. Am. J. Obstet. Gynec. 89:335. 1964.
12. Borenstein Richard and Moshe Lancet. External Rupture of the Uterus. Obstet. and Gynec. 40:2. August 1972.
13. Conger, S. B.; C.W. Tyler; Facog and Jean Pakter. A Cluster of Uterine Perforations Related to Suction Curettage. Obstet. and Gynec. 55:40 - 4. Oct. 1972.