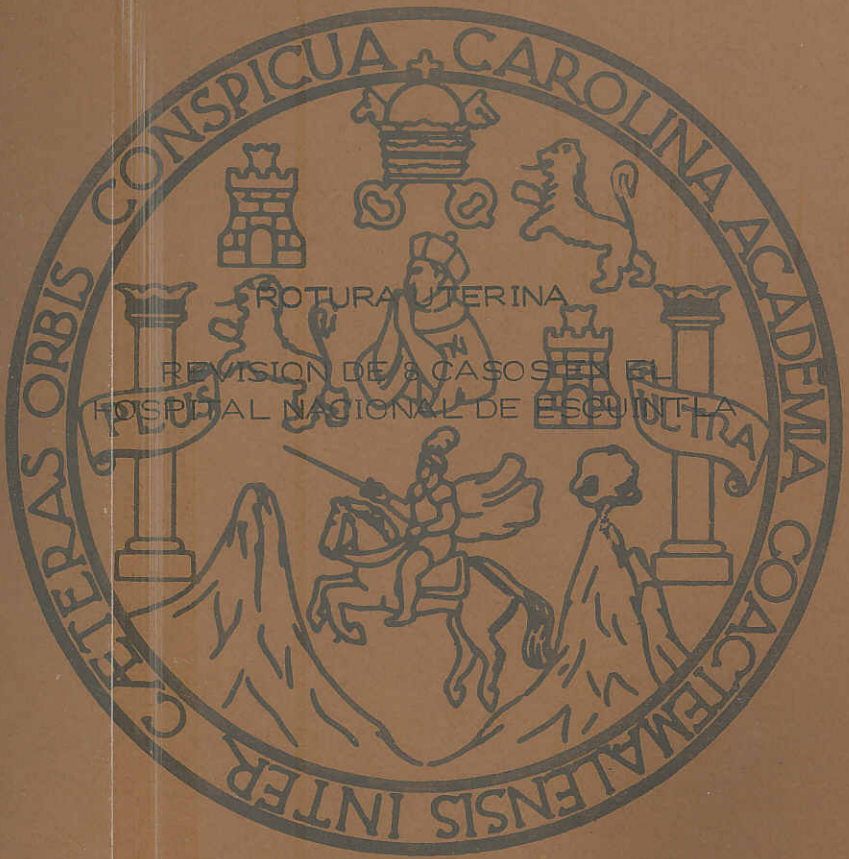
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



ROTURA UTERINA

REVISION DE 8 CASOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA

LIGIA BARRETO CHACON

14 JUN. 1980

PLAN DE TESIS

1.- INTRODUCCION

2.- OBJETIVOS

3.- MATERIAL Y METODOS

4.- CONSIDERACIONES SOBRE ROTURA UTERINA

a. Definición
b. Historia
c. Etiología, Clasificación y Patogenia
d. Manifestaciones Clínicas
e. Diagnóstico
f. Diagnóstico Diferencial
g. Tratamiento
h. Profilaxis
i. Pronóstico
j. Incidencia y Frecuencia

5.- PRESENTACION DE RESULTADOS

6.- CONCLUSIONES

7.- RECOMENDACIONES

8.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Dada la importancia que reviste el tema, ROTU RA UTERINA, y ante la enorme población en edad re productiva en el Departamento de Escuintla consider de gran valor la realización del presente trabajo de te sis.

Esta investigación se realizó en el Hospital Na cional de Escuintla, fundado en el año de 1888, el cua cuenta con un servicio de maternidad con 30 camas d las cuales 4 son para pacientes en trabajo de parto (l bor y parto) y 26 para pacientes post-parto y post-op radas; con un promedio de 125 partos por mes atend dos por practicantes de quinto y sexto año de Medicin y supervisados por el médico de guardia ya sea el de servicio o el de turno.

Dicho departamento de Maternidad posee el per sonal médico y paramédico siguiente: dos jefes de se vicio, un médico de guardia, un interno (estudiante d EPS hospitalario), 5 externos (estudiantes de 5o. añ de Medicina) y dos enfermeras auxiliares.

Este trabajo tiene como finalidad hacer un estu dio retrospectivo que nos permita determinar cuales han sido los diferentes factores, intra y extra hospi larios, que ocasionan esta complicación en las pacien tes gestantes.

Asimismo hay que aclarar que desafortunadame te el Hospital Nacional de Escuintla, no cuenta con u archivo adecuado para el desarrollo de estos trabajo es por este motivo que la revisión abarca únicamente enero de 1978 a febrero de 1980.

OBJETIVOS

I). Establecer morbi-mortalidad de ruptura uterina en el Hospital Nacional de Escuintla.

II). Conocer el manejo de pacientes con ruptura uterina.

III). Hacer conciencia en el personal médico y paramédico del adecuado manejo de estos pacientes.

IV). Determinar causas de la morbi-mortalidad sobre ruptura uterina.

V). Que el presente trabajo sirva como estímulo para efectuar en el futuro otros estudios similares y continuarlo para poder contar con una información actualizada para mejorar el tratamiento a seguir.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

1. Libros de Sala de Maternidad del Hospital de Escuintla
2. Libros de Sala de Operaciones en el Hospital Nacional de Escuintla.
3. Archivo del Hospital Nacional de Escuintla.
4. Registros médicos de los pacientes estudiados.
5. Libros de Estadística del Hospital Nacional de Escuintla.

METODO

El presente trabajo se efectuó haciendo una revisión retrospectiva de dos (2) años en el Departamento de Maternidad del Hospital Nacional de Escuintla, logrando encontrar ocho (8) casos de ruptura uterina para un total de No. 3254 partos atendidos en ese mismo período.

Seguidamente se procedió a estudiar las papeletas requeridas para analizarlas y presentar los ocho (8) casos en forma resumida, incluyendo los siguientes parámetros:

1. Edad
2. Grupo étnico
3. Estado civil

4. Antecedentes obstétricos
5. Antecedentes quirúrgicos
6. Edad de amenorrea
7. Sintomatología
8. Tiempo de evolución
9. Hallazgos clínicos
10. Métodos de diagnóstico
11. Acto Quirúrgico.

    11.1. Pre-operatorio
    11.2. Anestesia
    11.3. Incisión
    11.4. Hallazgos operatorios
    11.5. Operación practicada
    11.6. Tratamiento pre-operatorio

12. Complicaciones post-operatorias
13. Tratamiento post-operatorio
14. Días de hospitalización

CONSIDERACIONES SOBRE ROTURA UTERINA

A) DEFINICION:

Es solución de continuidad, generalmente extensa, espontánea o provocada, que puede presentarse durante el embarazo o en el transcurso del parto.

B) HISTORIA:

Guillemeau (1550-1613), fue quien por primera vez reconoció y describió en su esencia, esta lesión. Fue este mismo médico quien probó que la rotura uterina podía causar la muerte de las parturientas. El primer trabajo serio al respecto apareció cien años después en la tesis de Crantz, citada por Brindeau. Posteriormente - Leuret, Baudelocque y otros trataron el tema, refiriéndose particularmente a su mecanismo y sintomatología. Los trabajos ulteriores de Bandl, Frommel y Tarnier son notables: algunos de ellos son tenidos como clásicos.

Aquí en Guatemala, se han realizado dos trabajos de tesis. El Doctor Carlos Eduardo Azpuru en el Hospital General San Juan de Dios - (1940), estudiando 16 años y medio habiendo encontrado 23 casos de roturas uterinas en 16,543 partos lo que da una frecuencia de 1.4%. Pero si se toma en cuenta que sólo once se produjeron en el Hospital, incluyendo cinco que creyeron espontáneas y que se les pasaron inadvertidas pre-

operatoriamente, la frecuencia en el mismo número de partos baja a 0.66% o sea una rotura por cada 1515 partos.

El Doctor Enio Anteo Lima Estrada en el Hospital Roosevelt (1957) estudiando 18 meses encontró 16 casos de roturas uterinas en 9680 partos, lo que da una frecuencia de 0.17%, o sea 1.7 rotura por cada 1000 partos.

ETIOLOGIA, CLASIFICACION Y PATOGENIA:

1. Según el momento de su aparición:

   a. Durante el embarazo

      a.1) Rotura espontánea
      a.1.1) Cicatriz de una operación cesárea previa
      a.1.2) Cicatriz operatoria previa
      a.1.3) Utero intacto

   b. Durante el parto:

      b.1) Rotura espontánea
      b.1.1) Cicatriz de una operación cesarea previa
      b.1.2) Cicatriz operatoria previa
      b.1.3) Utero intacto
      b.2) Rotura traumática

2. Según Lugar de la Rotura:

   a. Cuerpo

   b. El segmento uterino inferior
   c. Colporrexis

3. Según Etiología:

   a. Espontánea
   b. Lesiones parietales o cicatrices
   c. Traumatismos
   d. Oxitócicos

4. Según comportamiento del peritoneo

   a. Completa
   b. Incompleta
   c. Roturas complicadas

ROTURA ESPONTANEA DURANTE EL EMBARAZO

Las roturas espontáneas son las verdaderas roturas obstétricas. Lo que las caracteriza es su aparición en un útero herido, generalmente sobrevienen en úteros afectados por cicatrices de cesáreas anteriores, casi siempre corpóreas. Pero como esta modalidad quirúrgica tiende a desaparecer, Las roturas espontáneas son cada vez más raras. En los tiempos en que se practicaba la cesárea corpórea se podía afirmar que alrededor del 4% de las cicatrices eran susceptibles de rotura en el curso de una gestación ulterior. La cicatriz de una cesárea clásica, es en efecto de consistencia mediocre.

El riesgo de rotura después de una miomec

tomía es pequeño y desde luego, insuficiente para condenar esta excelente cirugía conservadora. Más raramente, la cicatriz uterina corresponde a una operación de histeroplastía a una implantación tubárica etc.

El carácter clínico de las roturas uterinas espontáneas, de éstas dehicencias de cicatrices anteriores, es el de su marcha solapada. El paso a la cavidad abdominal de un huevo cerrado o abierto, pero aséptico a través de un orificio no hemorrágico, se traduce por signos discretos.

ROTURA TRAUMATICA DURANTE EL EMBARAZO

Las roturas traumáticas son muy raras y se encuentran en un embarazo adelantado. Cuando el útero está todavía poco desarrollado, permanece al abrigo de la sínfisis púbica. En las proximidades del término, por el contrario, está inerme contra todos los traumatismos; arma blanca, arma de fuego, cuerno de bóvido, etc. - Puede tratarse de una contusión abdominal por aplastamiento, por ejemplo: los accidentes de la vía pública que amenaza con aumentar su frecuencia.

La herida uterina no es siempre aislada. Es una urgencia quirúrgica que justifica la celiotomía, único sistema de descubrir y tratar las lesiones vicerales asociadas que plantean todos los problemas terapéuticos de las heridas o las contusiones del abdomen.

ROTURA ESPONTANEA Y TRAUMATICA DURANTE EL EMBARAZO

Son espontáneas aquellas que tienen lugar sin que intervenga el tocologo; provocadas, las que sobrevienen por maniobras obstétricas; es en suma, el tocólogo quien las crea, aunque a veces no sean provocadas más que en apariencia siendo la maniobra obstétrica la situación que la desencadena.

ROTURA ESPONTANEA DURANTE EL PARTO

Las causas son por una parte maternas y por otra ovulares.

CAUSAS MATERNAS:

A) Multiparidad: Las roturas uterinas se ven casi exclusivamente en multíparas con un promedio según Eastman de 6.4 partos encontrándose además en literatura un promedio de edad de 36 años.

B) Alteración del músculo uterino:

b.1) Persistencia de una cicatriz uterina:

La mujer que ha sufrido ya una cesárea, habitualmente segmentaria. Pero la rotura es rara, en relación con el número de cesáreas segmentarias que hoy se practican. La cicatriz - segmentaria es, casi siempre de excelente calidad, contrariamente a la

cicatriz corpórea; teniendo la probabilidad de rotura de una cicatriz clásica de 3 a 4 veces mayor que la segmentaria.

b.2) Desgarre del cuello uterino que van más allá de la insersión vaginal y que han interesado tejido celular vecino.

b.3) La influencia nefasta sobre el segmento inferior de maniobras abortivas y de legrados demasiado intensos después de aborto criminal. Golpes de Legra agresivos dejan a veces, casi siempre del lado derecho, grandes lesiones en el borde del útero. En el curso de un legrado una perforación puede pasar inadvertida, dejando un punto débil en el útero.

b.4) El segmento inferior ha podido ser alterado por la existencia de una inserción viciosa de placenta de un embarazo precedente.

b.5) La alteración del músculo por un fibroma o cáncer es una causa más - teórica que real.

C) Todos los obstáculos previos pueden ser causa de rotura uterina: tumor previo, un obstáculo óseo, etc. La evolución del parto en estas condiciones sobre todo en multípara puede llegar a la ruptura uterina.

CAUSAS FETALES

La presentación de hombros es la más clásica de las causas de rotura uterina, cuando la presentación evoluciona sin asistencia el útero se retrae sobre el feto que sucumbe. El parto espontáneo es imposible y el artificial peligroso; todas las condiciones para que sobrevenga la rotura se establecen, por elongación del segmento inferior. A medida de que el cuerpo uterino se retrae el segmento se deja distender, se adelgasa, se alarga y termina por estallar.

B) La presentación de frente, en la multípara, puede originar ruptura uterina en los intentos de la cabeza flexionada por encajarse.

C) Más a menudo, sin duda, en la obstetricia actual se originan estos graves accidentes por la propagación de un desgarro cervical al segmento inferior en el curso de un parto laborioso; feto grande, cabeza mal flexionada.

D) La rotura puede ocasionarse por exceso - parcial del volumen del feto: Hidrocefalia, típica desproporción céfalo-pélvica.

En resumen, las causas clásicas de las roturas espontáneas son cada día más raras. Hoy, las más frecuentes son quirúrgicas.

ROTURAS TRAUMATICAS DURANTE EL PARTO

Algunas intervenciones obstétricas implican riesgo de rotura uterina.

1. En primer lugar, la versión por maniobras internas en sus dos últimos tiempos. Sobre todo en el curso de la mutación del feto. El estallido del segmento inferior, si el útero está poco retraído, tiene lugar en el momento en que la cabeza del feto pasa del segmento inferior al cuerpo, es decir cuando ha franqueado el anillo de retracción. Entonces la cabeza vuelve a la cavidad abdominal: la versión se vuelve de pronto demasiado cómoda; desconfíese de las versiones demasiado fáciles.

   Con menos frecuencia en el curso de la extracción, cuando ésta se practica con una dilatación completa. En este caso, la rotura segmentaria resulta de la propagación del desgarre cervical correspondiente a la torpe maniobra.

   Se debe señalar que la indicación más exacta de la versión es la presentación de hombros dando como resultado a una rotura mixta; la versión no hace más que completar una agresión ya iniciada por la distocia.

2. Una cuchara de forceps introducida brutalmente, ha podido perforar el segmento inferior o un fondo de saco vaginal. El perforador de basio-tribo es también un instrumento peligroso, capaz de provocar perforaciones uterinas. La extracción de la cabeza última, antes de la dilatación completa y las dilataciones forzadas del cuello, cuya rotura alcanza el segmento inferior.

   Por el contrario el empleo abusivo o contraindicado de oxitocicos conserva un lugar todavía no despreciable en la etiología de las roturas uterinas. Sin embargo, los métodos modernos de administración de oxitocicos en perfusión venosa, permiten controlar su acción y hacen su empleo menos peligroso.

COMPARACION ENTRE LA CICATRIZ DE CESAREA CLASICA Y SEGMENTARIA:

El comportamiento de una cicatriz clásica en cualquier embarazo subsiguiente difiere del que presenta una cicatriz en el segmento inferior del útero.

PRIMERO: Si una cicatriz clásica llega a romperse, el accidente ocurre durante el final del embarazo, más bien que durante el parto, en alrededor de un tercio de los casos. Con muy raras excepciones, la rotura de una cicatriz del segmento inferior sólo se produce durante el parto. Esta diferencia representa una desventaja importante de la operación clásica, después de la cual la rotura a que a menudo ocurre varias semanas antes de que el embarazo haya llegado a

término y por lo tanto, antes de que se repita una operación cesárea subsecuente, por lo tanto, no puede impedir todas estas roturas. En cambio, las cicatrices del segmento inferior limitadas a la porción no contractil del útero, no se rompen antes del parto y raras veces lo hacen durante el mismo. Por consiguiente, la costumbre de repetir las operaciones cesáreas puede evitar casi todas las roturas de cicatrices bien formadas en el segmento inferior.

SEGUN EL COMPORTAMIENTO DEL PERITONEO

Según comportamiento del peritoneo, la rotura completa es aquella en que todas las túnicas del útero, mucosa, muscular y serosa están afectados.

En general la dirección de la rotura es longitudinal, casi siempre sobre el borde izquierdo, probablemente a causa de la dextrotorción del útero. La localización derecha es sumamente rara y permite suponer la etiología, que no es otra cosa que la de un útero herido por un legrado anterior.

La rotura puede ser oblícua o en L, con un lado longitudinal sobre el que se desvía una sección transversal. La extensión es variable.

Si se trata de una perforación directa, puede ser de pequeña dimensión pero habitualmente va hacia arriba, hasta el anillo de retracción y desciende hasta el orificio interno del cuello, interesando la totalidad de la altura del segmento inferior. Puede incluso sobrepasar hacia abajo,

sobre todo cuando la rotura ha comenzado por el cuello. La rotura es entonces Cervico-segmentaria.

Salvo en las dehiscencias de cicatrices, relativamente numerosas hoy en día, la rotura es irregular. Los bordes suelen ser deshilachados, contusos y festonados. A veces, la arteria uterina está interesada, apareciendo la propia herida arterial, contusa, trombosada, irregular, aunque frecuentemente la arteria seccionada no sangra. El músculo está más o menos ademátoso y el peritoneo despegado y con frecuencia presenta perforaciones.

La cantidad de sangre que suele derramarse en coágulos es abundante, discreta o nula en dehiscencias cicatrizales.

El comportamiento del peritoneo en la rotura incompleta, interna, sub-peritoneal, es la única que se observa frecuentemente en las dehiscencias cicatrizales.

El Peritoneo pre-segmentario despegable no ha cedido, ni el derrame hemorrágico ha pasado la Serosa.

Se constituye un hematoma Sub-Peritoneal con posibilidad de difundirse lejos, hacia la fosa ilíaca, bajo el pabellón del ligamento ancho, o hacia atrás y arriba hacia la región lumbar. Estos trombos pelvianos se deben más frecuentemente en los desgarros que parten del cuello.

Roturas complicadas: Pueden alcanzar la vagina, y debe asimilarse al estallido aislado de los fondos de saco laterales de la vagina, a la rotura uterina, a causa de sus características y gravedad. Las roturas pueden propagarse a la vejiga, pero no al recto.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y COMPLICACIONES

. PRODROMO:

Existe un período de prodromo que permite preveer el accidente. La rotura no se producirá antes de la apertura del huevo; va emparejado con la retracción uterina; de la que es condición Sine qua non la rotura membranosa. Los primeros en aparecer, son los signos de retracción uterina; la distocia se agrava; por ejemplo: El hombro que se presenta tiende a encajarse, o por el contrario, la cabeza que se presenta tiende a encajarse y permanece alta y no deja de desbordar el plano de la sinfisis. El parto se prolonga, las contracciones se hacen más frecuentes, mientras que en su intervalo la paciente sufre. El útero se relaja mal. A las anomalías de la contracción se suman las de la dilatación del cuello, que se edematiza y agranda, la parturienta aparece ansiosa y angustiada.

. FASE DE INMINENCIA DE LA ROTURA:

La retracción del útero se acentúa. El cuerpo uterino se hace cada vez más duro y menos

flexible, y apenas se marcan las contracciones sobre este fondo de tensión permanente.

El segmento inferior se estira y alarga -este es el signo de Bandl-Frommel- traducido por el anillo de retracción conforme el segmento inferior. Se alarga, el anillo de retracción parece elevarse más.

La tensión de los ligamentos redondos es un signo típico difícil de comprobar. El feto sucumbe y latidos cardíacos desaparecen. La elongación del segmento inferior se acentúa mientras que el útero adopta forma de bollo; con una parte superior correspondiente al cuerpo retraído y otra parte inferior más extensa, que corresponde al segmento inferior elongado.

FASE DE ROTURA UTERINA PROPIAMENTE DICHA

a. Signos Funcionales y Generales:

Clásicamente se describe un cuadro clínico; de dolor abdominal parecido al de una puñalada, sensación de agua caliente derramarse en el vientre, después síncope con palidez y aceleración del pulso. Estos signos no son constantes. El dolor cuando existe, se localiza en un punto generalmente a la izquierda. A menudo, por el contrario, los dolores (contracciones) cesan, el feto se escapa a la cavidad abdominal, el útero se ha liberado y puede sobrevenir un aparente bienestar, pero rápidamente se instaura la tendencia

del síncope, lipotimias, bostezo, shock más o menos neto. Pulso rápido, presión arterial desciende, rostro pálido, nariz afilada, respiración corta, extremidades frías.

b. Signos Físicos:

b.1) A la inspección: si el feto aún está en útero, el útero conserva su forma. Si ha salido de la cavidad abdominal, toma contornos irregulares y difusos.

b.2) A la auscultación: Latido fetal generalmente ha desparecido.

b.3) A la palpación: Se descubre dolor en un lado (dolor exquisito) sobre el borde uterino roto, puede percibirse al feto bajo la piel, ostensible y superficial; al lado del feto casi siempre a la izquierda, se descubre una masa que corresponde al útero desembarazado.

b.4) Al tacto: Se comprueba pérdida de sangre negruzca. La presentación excepto en el caso de que el feto continúe en útero, desaparece. Al insistir se puede comprobar la brecha segmentaria con bordes desflecados y palpar asas intestinales directamente.

FORMAS CLINICAS

1) Forma insidiosa: Se observa en cicatrices previas del útero. Es la más frecuente actualmente. Sobreviene con el feto en útero o después del parto. Así la cicatriz de una cesárea anterior, perforación uterina antigua, rotura cervico-segmentaria anterior inadvertida tiene en general sintomatología discreta.

a. A veces solo contamos con el cuadro general y progresivo de shock; pues la deshiscencia de cicatrices antiguas sangran poco. Este cuadro puede observarse en cualquier momento del trabajo de parto y con más frecuencia al principio.

b. La rotura puede pasar inadvertida, a veces únicamente ausencia de foco fetal sin causa aparente o existencia de dolor en flanco o en el borde del útero por la presión del segmento inferior sometido a cesárea previa.

c. La rotura puede pasar inadvertida hasta después del parto, aunque por lo general se revela antes del alumbramiento, a veces el niño nace de forma insólita en aparente estado de muerte. En estas ocasiones se produce una pequeña hemorragia, la placenta no se desprende, mientras el estado general se afecta en mayor o menor grado; lo que hace sospechar el diagnóstico.

2. Formas Sub-Peritoneales:

El aspecto general es el mismo, con un estado de shock más variable. Se advierte por tacto un hematoma unilateral de la pequeña pelvis, que tiende a extenderse y ocupar todo el parametrio para alcanzar la fosa ilíaca, y en ocasiones,

desplazarse hacia atrás, a la fosa lumbar. No obstante, pueden existir formas de roturas subperitoneales más discretas, que recuerdan los desgarros extensos del cuello. Estas formas discretas pueden pasar inadvertidas.

Formas inadvertidas:

Existen roturas uterinas que curan espontáneamente? Aunque no se describen en los tratados de la especialidad, estas roturas no deben ser excepcionales. En particular, cuando un desgarro del cuello se ha extendido al segmento inferior, si los vasos no han sido demasiado afectados, con una escasa hemorragia y estando la mujer en reposo y tratada con antibióticos, la rotura puede curar espontáneamente. Pero por desgracia existen roturas no identificadas, susceptibles de proporcionar desagradables sorpresas durante los partos ulteriores.

Formas complicadas:

Las roturas propagadas a la vagina en las que es necesario encuadrar los estallidos vaginales aislados, muestran los mismos signos la verdadera rotura uterina. Se presentan con cierta frecuencia, las formas subperitoneales con constitución de un voluminoso hematoma pelviano.

Las lesiones vesicales deben siempre ser investigadas. Cuando existen suelen ser de notable importancia, llegando incluso a un estallido de la misma. Por la sonda sale sangre pura,

vertiéndose orina en la cavidad abdominal. Esta es la forma de diferenciar los desgarros vesicales de las simples contusiones de dicho órgano, frecuentes en el curso de partos difíciles, y de buen pronóstico, traducidas por la coloración más o menos hemática de la orina. Se ha mencionado un 13% de lesiones vesicales.

5. Formas de roturas provocadas:

Muy diferente es el aspecto clínico de las roturas provocadas. Carecen de prodromos, ya que se constituyen en el momento de la intervención obstétrica causante del accidente; la mujer está adormecida y por lo tanto no se puede contar con los datos subjetivos, anunciándose el shock por la caída brusca de la presión arterial. Por esta razón es esencial la revisión del útero después de intervenciones obstétricas difíciles: Forceps alto (en deshuso), versión interna, embriotomía, incisiones del cuello, etc. Esta necesaria verificación permite descubrir y apreciar un desgarro del segmento inferior, aunque su técnica no es fácil. El segmento inferior una vez vacío el útero, se encuentra flaccido, laxo y como flotante siendo causa de numerosos errores. El examen debe ser completo sobre todo en los desgarros con punto de partida cervical, por la inspección mediante valvas.

En caso de desgarro segmentario el ángulo superior de la herida sobrepasa la inserción vaginal.

DIAGNOSTICO

Debe sospecharse cuando una mujer embarazada o en trance de parto o post-parto sufre dolor abdominal brusco seguido de señales clínicas de shock especialmente si el parto ha sido largo u obstaculizado.

Relativamente fácil en la rotura espontánea es a menudo difícil en la cicatrizal o traumática. Ante una buena historia clínica, antecedentes quirúrgicos o traumáticos y el cuadro clínico que se está desarrollando, especialmente si descubre anillo de retracción patológico el diagnóstico es el más probable. Cuando esto sucede se manifiesta dolor abdominal agudo, ceden los contracciones uterinas, señales de hemorragia, hipotensión, feto palpable, fuera del útero, ausencia de latidos cardíacos y al tacto no se percibe la presentación.

En presencia de una rotura uterina lo importante y a veces lo difícil es efectuar el diagnóstico positivo y después el de variedad y de extensión.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Resulta fácil. La inserción viciosa de la placenta en el segmento inferior no sobreviene en las mismas condiciones obstétricas, pues carece de los prodromos y signos descritos de la rotura uterina. La hemorragia de sangre roja es mucho más importante, los signos generales son los de la anemia aguda y del colapso vascular, en relación con la abundancia de la pérdida sanguínea. Feto está siempre en útero.

En la apoplejía utero-placentoria (D.P.P.) los signos generales y los síntomas de shock, sin proporción con la mínima pérdida de sangre negra, pueden asemejarse a los de las roturas pero las circunstancias de aparición son muy diferentes. El útero continúa siendo regular de dureza leñosa, aumenta de volumen, y el examen de la orina por lo menos al comienzo de la apoplejía, revela existencia de albuminuria en ocasiones, masiva.

Un fibroma complicado no deberá ser confundido con el útero roto, pequeño o retraído, al lado del feto vertido a la cavidad abdominal.

Hay que tener en cuenta que al tacto el segmento uterino inferior flacido y prominente, puede simular una rotura del útero. A veces tampoco es fácil distinguir entre una cubierta peritoneal delgada y una rotura incompleta. En tales casos sigue siendo válido el precepto de que ante toda sospecha de rotura uterina está siempre indicada la laparotomía.

Además se tomarán en consideración todas las afecciones abdominales agudas, principalmente con hemorragia vaginal intraperitoneales: Roturas de las venas de una cápsula (miomas, quiste), embarazo extrauterino avanzado, rotura de un aneurisma, (vasos esplenicos), desgarro del bazo o hígado, etc.

A pesar de todos los síntomas indicadores existen siempre casos en que el diagnóstico, no se establece hasta que se produce una laparotomía a causa de un Ileo, una peritonitis o se practica una autopsia.

TRATAMIENTO

En la rotura inminente debe someterse inmediatamente la paciente a la narcosis profunda, con el fin de interrumpir en lo posible la actividad contráctil uterina (halotano). Después el parto debe ser lo más preservador posible. Con feto vivo, se practicará en la mayoría de los casos una cesárea. También con feto muerto deberá practicarse cesárea en interés de la madre, cuando mediante la perforación de la cabeza no pueda vencerse fácilmente el obstáculo al parto. La Fetotomía en una presentación transversa constituye una intervención peligrosa.

Una vez producida la rotura o ante una sospecha muy fundada de su existencia, está indicado la laparotomía inmediata, en conjunto con las medidas de reanimación y profilaxis de la infección.

El tratamiento quirúrgico; las roturas uterinas se operan por vía abdominal, único sistema de apreciar con exactitud la extensión de las lesiones y de elegir la técnica de la intervención, tras la celeotomía, se puede optar por dos operaciones:

A. Histerectomía: Hasta hace poco tiempo no se practicaba otra intervención. Todavía está indicada en roturas de importancia, con complicaciones de lesiones vecinas, siempre que se trate de una rotura contusa, irregular, extensa, acompañada de lesiones vasculares, o incluso aunque no se acompañe de todos estos caracteres menos violentos, en una multípara relativamente de edad.

Se trata de una intervención de seguridad que no ofrece dificultades técnicas especiales, sí exceptuamos a veces, la ligadura del pedículo uterino del lado lesionado. La arteria puede estar desgarrada retraída e incluso trombosada y difícil de encontrar, se conservan los ovarios siempre que sea posible.

La amputación uterina supra-vaginal como operación de urgencia se practica muy rápidamente y su técnica es sencilla.

b. Sutura de la herida uterina: Se realiza cada vez más con frecuencia la sutura del útero roto. Esta operación conservadora cuyos beneficios son considerables en las mujeres jóvenes, pero que no debe efectuarse en casos muy deteriorados, también intervienen en la decisión la edad de la mujer, el número de embarazos anteriores, el estado general, el tiempo transcurrido desde la rotura y su consecuencia: la posible infección naturalmente, hay que asegurarse de las condiciones que la indican: sección uterina no demasiado extensa y sin complicaciones vecinas, con bordes más o menos contusos.

c. Drenaje: En otros tiempos, el drenaje amplio abdominal, casi siempre por Mi Kulicz o por vía vaginal, era necesario. Actualmente se trata de una cuestión de oportunidad. En general, puede admitirse a el utilizar antibióticos locales antes de cerrar la pared abdominal y por vía general.

d. Tratamiento del shock: Debe iniciarse si es posible inmediatamente después de identificada la

rotura uterina. Nunca se insistirá demasiado a cerca de la fragilidad de estas pacientes. Todo traslado o manipulación agravan el shock. Esta es una razón de la gravedad de las roturas uterinas desencadenadas en los domicilios. En medios quirúrgicos, el tratamiento del shock debe efectuarse en el mismo quirófano, donde permanecerá la operada, el tiempo necesario para recuperarse.

e. Tratamiento anti-infeccioso: Se comprueba su importancia ya que hasta hace poco tiempo la causa más frecuente de mortalidad era la peritonitis en el puerperio. Los antibióticos se administran a grandes dosis por vía paranteral, a título preventivo, inmediatamente después de la intervención y durante muchos días, hasta la estabilización de la temperatura normal.

H. Profilaxis: El tratamiento profiláctico es esencial. Explica la disminución de frecuencia de las roturas uterinas. Es preciso conocer la distocia, saber valorar una pelvis estrecha, reconocer un tumor previo, una hidrocefalia, saber conducir una prueba de parto para detenerla oportunamente; no permitir la instauración de retracciones uterinas, saber manejar oxitócicos y espasmóliticos, no recurrir a operaciones contraindicadas; no fórceps en el estrecho superior, ni de intervenciones por vía baja sin dilatación completa; nada de versiones arriesgadas, ni con úteros retraídos, no practicar incisiones en cuello sino en perfectas condiciones, cabeza encajada, fondos de saco vaginales profundos, no hacer dilataciones forzadas de cuello.

En suma se atenderá tanto a la exactitud de la indicación operatoria como a la perfecta ejecución de las mismas. La de la rotura cicatrizal se inicia con una técnica correcta de sutura. En la actualidad se propone que toda paciente sea sometida a una revisión de histerografía después de una cesárea.

Una buena asistencia durante el embarazo con visitas frecuentes en las últimas semanas de la gestación y al comienzo de las contracciones uterinas poseen importancia para el diagnóstico de cualquier distocia.

Si se desconocen el tipo y el curso de la cesárea precedente nos decidiremos rápidamente por una nueva cesárea.

I. PRONOSTICO:

PRONOSTICO FETAL:

Es muy sombrío, al menos en las roturas espontáneas. El feto ha sucumbido durante el período de retracción uterina o muere después de la rotura. A veces continúa viviendo en las roturas tardías y discretas, puesto de manifiesto solamente durante el alumbramiento, sobre todo en los dehiscencias cicatriziales. En general para el feto son casi uniformemente malas variando los índices de mortalidad en los diversos informes entre 50 - 75%; sin embargo, si el feto está aún vivo en el momento del accidente, su única posibilidad de sobrevivencia consiste en la realización de una laparotomía inmediata, de lo contrario, la hipoxia como consecuencia de la separación de la placenta es inevitable.

PRONOSTICO MATERNO

Antes de 1945 la mortalidad materna por rotura uterina ascendía a más del 50%. Los índices de mortalidad materna después de la rotura de una cicatriz cesárea son de alrededor del 5%. En el índice de mortalidad, después de una rotura espontánea o traumática es mayor y varía entre 20 y 40%. La mortalidad dentro del trabajo de parto es aproximadamente del 5 a 6% debida a la rotura uterina.

Actualmente es una rara gravedad, generalmente intervienen ciertas situaciones como por ejemplo: las urgencias en los médicos rurales, regiones geográficas atrasadas, donde se encuentran en la actualidad formas clásicas de rotura uterina. La mujer puede morir en las horas siguientes a la rotura. Por la hemorragia y sobre todo de shock. Otra de las complicaciones mortales tardía; la peritonitis puerperal. La gravedad es todavía muy grande en las roturas complicadas con efracción de la vagina o desgarro vesical. Las roturas subperitoneales propiamente dichas se agravan con accidentes de shock y de infección del hematoma del tejido celular.

El pronóstico actual es diferente, incluso bueno cuando las condiciones de instalación permiten usar todos los recursos modernos. Las razones de esta transformación son las siguientes: Las roturas uterinas, aparte de su menos frecuencia, se manifiestan en sus formas anatomoclínicas menos grave, más a menudo que antes, el huevo permanece en útero, circunstancia favorable. El peligro de infección, uno de los más temidos antiguamente, es casi siempre dominado.

Por otra parte el tratamiento de shock se ha beneficiado con las técnicas modernas de reanimación. En casos extremos, la curación puede obtenerse sin sacrificar el útero lo que hasta hace poco era absolutamente necesario.

INCIDENCIA

La incidencia de rotura uterina, es muy variable y diferente en cada estadística, dependiendo de múltiples factores, siendo los más importantes:

1.- Falta de control prenatal.
2.- Mala asistencia durante el parto.

A continuación se exponen las diferentes estadísticas encontradas por los diferentes autores:

Willson	1:1500 a 2,000 partos
Kaser	1:578 a 3,000 partos
Hoffman	1:1500 a 2,000 partos
Gornet en E.E.U.U.	1:1000 a 1,500 partos
Dr. C. Aspuru (1940)	Hospital San Juan de Dios 1:1515 partos
Dr. E. Lima (1957)	Hospital Roosevelt 1.7:1000 partos

FRECUENCIA:

Según Merz el 94% de roturas sobrevienen en multíparas. Loures indica que el 3 a 4% de pacientes presenta rotura uterina después de realizarles incisión

itsmica transversal. Reudle Short de Kampala en Uganda comunica una frecuencia del 1%. El Doctor Aspuru en 1940 (Guatemala), encontró una frecuencia del 0.14%.

El Dr. Lima en 1957 (Guatemala) encontró una frecuencia de 0.17%.

PRESENTACION DE RESULTADOS Y ANALISIS

CASO #1

V.R.S. de 25 años, unida, ladina, residente en Cuyuta Masagua, Escuintla, de oficios domésticos, ingresó 14-3-78.

MC: Hemorragia vaginal de 4 horas de evolución. Refiere historia que paciente había iniciado trabajo de parto hacía más o menos 11 horas; cesando los movimientos fetales hacía 4 horas anteriores al ingreso e iniciando abundante hemorragia vaginal con coágulos, por lo que consultó a médico particular quien refiere antecedentes: Menarquía ? 6:5 P:2 ab:2 L:0 C:0 HV:2 FUR 23-5-77 FPP 2-3-78 S/V P/A 90/50 - FC 106x' T.O. 38.0°

Paciente en mal estado general, taquicardia, pulmones libres, abdomen Au 26 cms., se palpa feto en transversa, no se ausculta foco fetal, difícil de palpar por dolor, no se perciben contracciones. Genitales externos normales. Hay presencia de abundante hemorragia vaginal.

No se hizo tacto vaginal.

Ingresa: 1) Embarazo 43 semanas x UR
Embarazo 33 semanas x AU
2) Feto muerto en transversa
3) Hemorragia del tercer trimestre
4) a. Placenta previa
b. D P P NI

Evolución: Paciente reevaluada en malas condiciones, quejumbrosa, hipotensa, se piensa en ruptura uterina

y se solicita sala de operaciones; por no haber anestesia ni sangre disponible en el hospital y sala de operaciones séptica se decide trasladar a paciente al hospital de Amatitlán.

Se traslada para su tratamiento quirúrgico con soluciones IV del tipo Hartman.

En el Hospital Nacional de Amatitlán:

Preoperatorio: soluciones IV y atropina

Anestesia: Raquídea

Incisión: infraumbilical de más o menos 15 cms.

Hallazgos sp: Feto en cavidad abdominal muerto, abundante sangre en cavidad, útero estallado, involucionado, contraído, y rotura en cara lateral izquierda con bordes irregulares.

Operación practicada: Histerectomía Subtotal.

Tratamiento Preoperatorio: lavado de cavidad abdominal

Complicaciones post-operatorias: ninguna

Tratamiento post-operatorio: ampicilina y cloramfenicol.

Días de Hospitalización: seis días egresó en buen estado general

CASO #2

B.L.G.A. de 19 años, casada, ladina, quien consulta por dolor abdominal de 24 horas d e evolución con historia de ingreso del 9-7-78 de dolor y ardor al orinar por lo que consultó con médico particular quien le dio tratamiento para una infección urinaria. Posteriormente presentó evacuaciones diarreicas en número de siete al día de regular cantidad, sin moco, ni sangre y el abdomen se le distendió y acentuó más el dolor por lo que consultó a este hospital.

Con antecedentes obstétricos, los siguientes:

Menarquía: 13 años. Ritmo 28x3.
U.R.: 28-6-78 F.P.P.: 5-6-79
G: 2 P.:0; Ab:0; C:1
Hijos vivos: 0 Hijos muertos: 1

Cesárea hace más o menos año y medio realizada en San Salvador por situación transversa con feto vivo, sin complicaciones pre-operatorias y post-operatoria; niño fallece por fiebre y diarrea a los 9 meses.

Revisión por sistemas:

Anorexia de 3 días de evolución; náusea, fiebre no cuantificada por termómetro y dolor abdominal generalizado de 24 horas de evolución y hemorragia vaginal leve, sin dolor e intermitente del mismo tiempo de evolución.

Al examen físico: Paciente ingresa caminando a emergencia en mal estado general, quejumbrosa y orienta-

da en las dos esferas.

S/V P/A: 70/40 T:37° F.C: 100 x' R:40 x';
Solo lo positivo: Taquicardia, abdomen globuloso rui
dos presentes, dolor a la palpación y defensa muscu-
ar lo que dificulta evaluar el fondo del útero, no foco
fetal.

Ginecológico: Vagina normotérmica, se palpa una ma
sa de más o menos 10 cms. de diámetro de forma regu
lar, dura, localizada en introito vaginal y presencia -
de hemorragia vaginal leve.

Se ingresa con los siguientes síntomas:

1. Embarazo 22 semanas x U.R.
2. Masa de cuello uterino
   a. absceso
   b. ab. en curso
3. Abdomen agudo

Evolución:

Paciente en su segundo día de estar hospitaliza-
da se encuentra en mal estado general, P/A 90/70, con
abdomen globoso distendido, ocupado por útero, sin
ruidos intestinales, dolor a palpación y rebote insinua
do, no foco fetal. Por vía vaginal se obtenía material
achocolatado y presentaba dilatación completa con pro
ducto fetal cefálico en altitud cero y no presenta con-
tracciones. Se decide colocar tracción fetal con 5 li-
bras y se administra ampicilina I.V. 500 mgs. cada
seis horas, se deja tracción por 8 horas, luego pacien
te se pasa a sala de operaciones por presentar disto-

cia cuello a cuello, logrando extraer producto macera
do y placenta no se logra extraer por sentirse adheri-
da y rotura del segmento y cuello anterior; por lo que
se decide laparotomía exploradora.

Pre-operatoria

Atropina, soluciones, antibióticos, sonda vesical, anes
tesia general, succión nasogástrica continua, incisión
infra-umbilical de más o menos 12 centímetros.

Hallazgos operatorios: Rotura segmento cuerpo ante-
rior posiblemente de varios días. Operación practica-
da: Uterrafia más Pomeroy y legrado uterino.

Tx. Pre-operatorio: Legrado uterino. Puntos de con
tensión
Complicaciones post-operatorias: peritonitis
Tx. Post-operatorio: Penicilina cristali-
na, cloramfenicol, gentamicina.
Días de hospitalización: 17 días. Egresa en buenas -
condiciones.

CASO #3

M.A.Q. de 35 años, unida, indígena, residente en fin-
ca La Florida, La Democracia Escuintla, de oficios do
mésticos, ingresó 14-3-78.

M.C.: Trabajo de parto de más o menos de 10 horas
de evolución y cesárea anterior hace un año. Refiere
la historia que hacía más o menos 10 horas había ini-
ciado contracciones irregulares por lo que fue atendi-
da por una comadrona indicando que no la manipuló. -

Asimismo refiere que hace un año se le efectuó cesárea en el Hospital Nacional de Escuintla. No sabe indicación de dicha cesárea.

Antecedentes: Menarquía: ? G:10 P:8 C:1 ab:0 L:0 Se ignora indicación de cesárea anterior la que se efectuó 11-3-77.
FUR: ? FPP: ?
S/V 130/90. FC: 78x' FR: 20x' TO: 37.4°C.

Paciente tranquila, colaboradora, orientada, en buen estado general, cardiopulmonar negativo, abdomen doloroso al palparlo, no se ausculta foco fetal. AU 38 cms.; al tacto cuello blando sin dilatación, no se palpa presentación, edema genital moderado.

Ingresa 1C

1. Embarazo 46 semanas x AU
2. Polidraminios
3. Anencefala
4. Feto muerto
5. T. de P. activo
6. Cesárea anterior

Evolución: Pte. evaluada en servicio, más o menos a las 7 horas después de su ingreso, por presentar abundante hemorragia vaginal, decidiendo pasar a sala de operaciones y sospechando ruptura uterina. Se re-interroga a paciente quien indica que cesárea anterior fue porque producto estaba en transversa.

Pre-operatorio: compatibilidad y grupo -OORHt hemagología: -Hb 10 gr. Ht 30 leucocitos 9:250; segmentados 87, linfocitos 12, monocitos 1. -sonda foley, soluciones IV, Atropina.
Anestesia: General.
Incisión: Infraumbilical de ± 12 cms.
Hallazgos operatorios: Se encuentra feto muerto en cavidad abdominal se localiza útero con abundante hemorragia y una razgadura longitudinal sobre cara anterior de cuerpo uterino, que se supone correspondía a cicatriz de cesárea anterior corpórea.

Operación practicada: Reparación de rasgadura (uterorrafía) más pomeroy.

Tratamiento Pre-operatorio: transfusión de sangre completa 0 + 1000 cc.

Complicaciones Post-operatorio: Hematuria a las 5 horas post-operación; al sexto día post-operatorio, un punto infectado.

Tratamiento Post-operatorio:
Penicilina cristalina
Cloramfenicol
Dolosal
Neomelubrina
Curación diaria a partir del cuarto día post-operatorio.
Días de Hospitalización: 8 días.
Egreso: 23-3-78 (En buenas condiciones)

CASO #4

M.L.A.M.: 27 años, unida, indígena, oficios domésticos, residente en finca Sta. Rosa Usumatán Yepocapa, Chimaltenango.

Ingresó: 26-3-79
MC: Dolores de parto de 10 horas de evolución.

Refiere que hacía 10 horas había iniciado dolores de parto cada 5 min. con buena intensidad y movimientos fetales pero que al ingreso, la paciente presentaba dolor agudo intenso, generalizado abdominal, no hay movimientos fetales, fiebre, no cuantificada por termómetro, refiere anorexia y náusea más vómitos alimenticios.

Antecedentes: menarquía 17 años, 6: 3, P: 2, Ab: 0, C: 0, LUI: 0 Hijos vivos: 2, FUR: No sabe, - FPP ?.

A su ingreso:

S/U P/A 60/20, FC 128X', FR 30X', T.O: 38.0°, pálida, sudorosa, en malas condiciones generales, corazón taquicardico, pulmones neg.; abdomen AU 36 cms. feto se palpa superficial, abdomen irregular, no se ausculta foco fetal; no responde a estímulos, en genitales externos hay edema al tacto, vagina hipertérmica, membranas rotas, dilatación 4, cefálica O I D P altitud -0 espinas Grado II Caput y traslape óseo.

Se tomó RX de abdomen observando pérdida de actitud fetal, espinas grandes, gas en útero, traslape óseo en cabeza.

Ingresa:

1. Embarazo 43 semanas por AU
2. Ruptura Uterina
3. Feto Muerto

4. Membranas rotas.
5. Edema vulvar.

Pre-Operatorio:

Sol. Hartman
Penicilina Cristalina
Cloramfenicol
Atropina
Sonda vesical
Anestesia general. Incisión: Infraumbilical.

Hallazgos Operatorios: Feto y placenta en cavidad abdominal, (Feto muerto), rotura de segmento en su totalidad en forma transversa con bordes lacerados y hematomas organizados.

Operación practicada: Histerorragía más Pomeroy, tratamiento per-operatorio.

Transfusión: 500 cc O+
Metergín.

Complicaciones Post-Operatorias:

Distensión abdominal, peritonitis, orina con hematuria estertores congestivos, endometritis al séptimo día - post-operada. Sospecha fístula vésico-vaginal, la que se diagnosticó al 28 día post-operada y se confirma - con la prueba azul de metileno. Tx: post-operatorio: Penicilina-cloramfenicol, metergin, dolosal, neomelubrina, complejo B, Folvite, vitamina C. Gantricin, curación diaria, aceite mineral, sonda foley permanente.

ías de Hospitalización: 36 días.
greso: 4-5-79 en buen estado general.

CASO #5

.R.: 24 años de edad, ladina, unida, residente en as Lisas, Taxisco, Santa Rosa, Ingresó 16-10-79.

MC: Trabajo de parto activo de más o menos 8 horas e evolución más hemorragia vaginal del mismo tiem o de evolución.

efiere la historia que paciente inició trabajo de par- o el día que fue atendida por una comadrona quien la uso a pujar sin buen resultado por lo que consultó a nédico particular quien la refiere.

ntecedentes: Menarquía: 14 años. G:4, P:3, Ab: , C:0, LUI: 0 FUR: ? FPP: ?

evisión por sistemas:

olor abdominal generalizado, no refiere dolores de arto; hemorragia vaginal abundante.

S/V P/A: 50/40 FC: 120x', FR: 26x' T.O.: 38.5°

aciente en mal estado general y nutricional, conscien e orientada, quejumbrosa, pulmones negativos, cora ón taquicardico, feto se palpa en cefálica, partes fe ales se palpan superficiales, no hay foco fetal. No hay ontracciones; al tacto vaginal: Hipertérmica, cue- lo: 3 cms. , no se palpa presentación, membranas - otas altitud móvil.

Ingresa:

1. Embarazo 38 semanas x AU
2. Feto muerto
3. Placenta previa: ?
4. Rotura Uterina

La paciente ingresa a sala de operaciones.

Pre-operatorio: Hb, Ht, recuento y fórmula, grupo y compatibilidad.
Hartman: 1000 cc iv a chorro
Atropina

Anestesia: Raquídea
Incisión: Infra-umbilical
Hallazgos operatorios:
Feto muerto en cavidad abdominal con abundante sangrado y meconio Rotura uterina en segmento inferior que se proyecta cervix en forma de L.

Operación Practicada:

Reparación de rotura uterina (uterorrafia) y pomeroy.

Tratamiento Per-operatorio:

Transfusión 500 cc. de sangre completa O+, lavado de cavidad abdominal
Se colocó sonda foley la que dio orina clara.
Complicaciones post-operatoria: ninguna.

Tratamiento post-operatorio:

Penicilina cristalina

Cloramfenicol
Dolosal
Metergin
Neomelubrina
Curación diaria a partir del cuarto día post-operatoria.
Días de hospitalización: 10 días
Egreso: 26-10-79 en buen estado general.

CASO #6

P.T. de I. de 41 años de edad, casada, indígena, que consulta por trabajo de parto activo de 24 horas de evolución habiendo sido manipulada por comadrona y presentando extensión del miembro superior derecho fetal.

Ingresó el 28-1-79

Antecedentes Obstétricos:

Menarquía: 13 años U.R.: No recuerda G:3; P:2; Ab: 0; C:0

Revisión por sistemas:

Anorexia: de 24 horas de evolución.
Dolor abdominal de 12 horas de evolución generalizado.

Al examen físico:

Paciente en mal estado general y nutricional. Orientada en tres esferas: P/A: 60/30; Pulso: 100x'; T: 37°C.

Respiración: 38x'.; taquicardia, abdomen globuloso, ocupado por útero, con AU de 30 cms. No escucha foco fetal.

Ginecológico:

Se observa por vía vaginal extensión del miembro superior derecho fetal y por maniobras de Leopold en situación transversa.

Se ingresa con Diagnóstico:

1. Transversa abandonada.
2. Rotura uterina: ?

Evolución:

Paciente el mismo día después de mejorarle el estado general se decide trasladarla a sala de operaciones para realizar fetotomía y versión interna efectuándose dicho procedimiento con suma facilidad y al mismo tiempo presenta hemorragia vaginal en regular cantidad rutilante por lo que se decide efectuar tacto vaginal palpando rotura uterina segmentaria, decidiendo entonces laparotomizar.

Pre-operatoria: Soluciones.
Anestesia: General
Incisión: Infra-umbilical más o menos de 15 cms.

Hallazgos Operatorios:

Rotura uterina segmentaria, hematoma vesico-uterino hematoma infundíbulo-pélvico.

Operación Practicada: Uterorrafia más Pomeroy.

Tx: Per-operatoria: 1500 cc sangre tipo 0+ (sin grupo ni compatibilidad del paciente)

Complicaciones: Ninguna

Tratamiento post-operatoria: Penicilina cristalina y cloramfenicol

Días de hospitalización: 13 días, egreso en buenas condiciones.

CASO #7

A.M.V.: de 19 años de edad, unida, ladina, residente en Escuintla.

Ingresó: 9-2-80.

MC: Dificultad respiratoria y dolor abdominal de más o menos 13 horas de evolución.

Paciente refirió que hacía más o menos 3 días le habían iniciado dolores de parto con salida de líquido amarillo fétido más o menos unos 1000 cc, motivo por lo que consultó con comadrona quien le dio agua de clavo, agua de limón, dos cápsulas para parto. Posteriormente con la mano de una piedra de moler le empujaba y golpeaba en el estómago para que saliera producto, presentando después de esto dificultad respiratoria y dolor abdominal por lo que consulta.

Antecedentes: Menarquía: 15 años.

G:2 P:0 C:1 Ab:0 L.U.I.:0 H.V.:1 Indicación de cesárea hace cuatro años por estrechez pélvica efectuada en el Hospital Nacional de Escuintla.

FUR: No sabe fecha exacta, solamente que hace 4 años que no menstrúa.

S/V P/A: 90/40, T.C.: 38.0° FC: 150x'

Quejumbrosa, intranquila, oálida, en mal estado general y nutricional. Corazón taquicárdico, pulmones hiperventilando, tiraje intercostal, hay aleteo nasal, con estertores gruesos en ambos campos pulmonares. Se dificulta mucho realizar maniobras de Leopold por dolor abdominal y paciente quejumbrosa.

I.C.

1. Ovito fetal
2. Ruptura Uterina: ?
3. Amnioitis
4. Anemia severa
5. DCA
6. Cesárea anterior por estrechez pélvica.

Abdomen: globuloso, doloroso a la palpación, circulación colateral, con lesiones equimóticas en epigastrio, no se ausculta foco fetal, AU: 35 cms., CA: 90 cms.- no se auscultan ruidos intestinales; cicatriz infraumbilical completa, se palpa polo cefálico altitud -1.

Membranas rotas y edema en genitales externos.

Evolución:

Se efectuó punción abdominal a paciente obteniendo sangre la cual no coagula confirmándose así rotura uterina por lo que se decide trasladar a paciente a sala de operaciones para laparotomía exploradora no sin antes realizarle lo siguiente:

Pre-operatorio: Hb y Ht. Recuento y fórmula y VS
Grupo ph y compatibilidad
Soluciones, antibióticos (penicilina—cristalina-Cloramfenicol)
Atropina, sonda vesical no obteniendo orina.

Anestesia: General

Incisión: Infraumbilical de más o menos 15 cms.

Hallazgos operatorios: Rotura del segmento uterino que se prolonga hacia cuello (en L), feto en cavidad abdominal muerto y placenta intra útero. Disección de peritoneo vésico-uterino por la misma rotura. Líquido sero-sanguinolento fétido en cavidad abdominal.

Operación Practicada: Uterorrafia y Pomeroy

Tx per-operatoria: Lavado abdominal y puntos de contensión, transfusión de 1000 cc sangre completa 0+

Complicaciones: Post-Operatoria: PERITONITIS Y ENDOMETRITIS

Tx post-operatoria: Antibióticos penicilina cristalina

cloramfenicol y sonda nasogástrica (succión contínua)
Sonda foley
Soluciones
Control ingesta y excreta
Días de hospitalización: Paciente aún hospitalizada debido a complicaciones post-operatorias.

CASO #8

V.G.O. de 32 años de edad, unida, ladina, residente en Escuintla, de oficios domésticos, ingresó 17-2-80.

MC: Consultó a la emergencia por salida de agua por vagina de 24 horas de evolución.

Historia: Paciente refiere que presenta más o menos 6 meses de embarazo y que hacía 24 horas aproximadamente presentó salida de líquido acuoso por vagina, acompañado de leve dolor de parto, asimismo este día notó no sentir movimientos fetales del mismo tiempo de evolución que la hidrorrea.

Antecedentes:

Quirúrgicos: Cesárea hace 3 años en hospital Roosevelt por situación transversa.

Obstétricos: Menarquía: 11 años G:10 P:7 Ab:2
C:1 Hijos vivos:4 Hijos muertos:3 FUR: 4-8-79

Revisión por sistemas:

Gastrointestinales: diarrea de 1 día de evolución

S/V P/A 110/70 Pulso 100x' T.C 37.5°C FC 20x'

Paciente consciente, orientada, colaboradora, en regular estado general, abdomen: globoso, útero aumentado de 20 cms., ruidos intestinales presentes normales, cicatriz infraumbilical de más o menos 12 cms., ginecológico: Genitales externos de multípara, mojados por líquido acuoso al tacto, orificios más o menos de 1 cm. de dilatación, no se aprecia salida de líquido ni si membranas están enteras o no. Extremidades: várices bilaterales.

Ingresa: IC: 1. Hidrorrea
2. Embarazo 27 semanas x AU
3. Feto vivo
4. Anemia
5. Cesárea anterior.

Evolución:

Paciente con evolución satisfactoria hasta un día después de su ingreso, refiere sentir movimientos fetales, afebril aún con dolores de parto por lo que se decide sedarla (Diazepan), descubriendo el personal médico hidrorrea por vía vaginal. Por la mañana paciente presentó trabajo de parto activo y foco 145s x', continúa con hidrorrea, sin hemorragia vaginal, no — tacto vaginal, feto se palpa en transversa por maniobras, de Leopold, lo que se verifica con Rx encontrándose además signos radiológicos de muerte fetal. Posteriormente se efectúa tacto vaginal, encontrándolo de 3-4 cms. de dilatación, por lo que se presenta el jefe de servicio, quien opina se controle curva de Fridman y si evoluciona satisfactoriamente, realizar fetotomía, resolver parto por vía vaginal dejando antibióticos de penicilina cristalina y cloramfenicol IV por ovito fetal, amnioitis y cesárea anterior.

Por la tarde, paciente con trabajo de parto activo, dilatación de 8-9 cms y transversa, se le administró dolosal y anestesia general para hacer fetotomía. — Paciente ya en sala de operaciones, no se logra extraer producto, observando útero contraído. Se revisa cavidad vaginal, localizando en segmento rotura por lo que se hace laporotomía exploradora.

Pre-Operatorio: Soluciones intravenosas tipo Hortman.

Penicilina cristalina, cloramfenicol intravenoso, atropina.
Anestesia: General
Incisión: Infraumbilical

Hallazgos Operatorios: Herida en segmento uterino de más o menos 15 centímetros, que interesa endometrio, respetando el peritoneo vesico-uterino, feto muerto, en cavidad abdominal.

Operación practicada: Histerorrafia más Pomeroy

Tratamiento per-operatorio:

Transfusión de Sangre completa O+, 500 cc.

Hartman 2000 cc a chorro más akrinor y adrenalina.

Complicaciones post-operatorio:

Hipotensión severa, shock hipovolémico, paciente falleció 30 minutos después de haber salido de sala de operaciones.

No se efectuó autopsia.

CONCLUSIONES

1. La edad promedio de nuestras pacientes es de 27 años; lo cual no coincide con la edad promedio - según Kaser que es de 37 años.

2. Todas las pacientes estudiadas son multíparas, - coincidiendo con los datos encontrados en literatura.

3. La incidencia de rotura uterina encontrada en la literatura revisada la reportan en Kaser 1 en 578 a 3000 partos, Willson 1 en cada 1500 a 2000 partos. De los 8 casos de rotura uterina estudiados en 2 años un mes, y encontrados en 3254 partos nos da una incidencia de 1 en 406 partos con frecuencia de 12.47%, lo cual sugiere una incidencia mayor que en otras áreas con mejor desarrollo.

4. De los siete casos operados de rotura uterina en el Hospital Nac. de Escuintla la mortalidad materna fue de un caso (14.2%), siendo este bajo con respecto a la registrada en la literatura obstétrica revisada (30-60%); mientras que la fetal fue de 100% lo que confirma los datos reportados por literatura.

5. De los 8 casos estudiados el error diagnóstico de ingreso fue de 37.5% (tres casos)

6. De los 8 casos estudiados a todas se les realizó diagnóstico pre-operatorio de rotura uterina.

7. De los casos estudiados la rotura uterina se produjo intra-hospitalariamente en dos (2) casos (25%) por maniobras obstétricas y 75% de roturas fue por causas extra-hospitalarias.

8. De los 8 casos revisados, cuatro presentaron antecedentes de cesárea anterior, habiendo sido indicación de éstas: situación transversa en tres casos; no sabiendo con seguridad el tipo de cesárea que se practicó. En un caso se comprobó cesárea corpórea previa.

9. De los 7 casos operados en el Hospital Nacional de Escuintla 6 se efectuaron bajo anestesia general y uno con anestesia raquídea, por carecer en esos momentos de anestesista.

10. El tipo de incisión efectuado en los casos operados fue infraumbilical.

11. De los 8 casos estudiados se encontraron en hallazgos operatorios, 2 roturas incompletas 25% y 6 roturas completas con 75%, lo que concuerda con literatura revisada.

12. Los siete casos manejados en el Hospital Nacional de Escuintla, se les efectuó Histerorrafia y ligadura de trompas (Pomeroy) a excepción de una paciente (caso 1) que fue referida al Hospital Nacional de Amatitlán y a la que se le practicó Histerectomía subtotal.

13. De los 7 casos operados la complicación más frecuente en el post-operatorio, fue peritonitis (3 casos); fístula vesico-vaginal (1 caso); tres pacientes sin complicaciones en el post-operatorio incluyendo la paciente referida.

14. De los 7 casos operados durante el per-operatorio se efectuó: 6 transfusiones, dos lavados de cavidad abdominal, dos casos con puntos de contensión, 1 legrado.

15. Con respecto a los antibióticos la asociación penicilina cristalina y cloranfenicol fue la más frecuente (4 casos); penicilina cristalina, cloranfenicol y Gentamicina (1 caso); Penicilina Cristalina y cloramfenicol Gantricin (1 caso); ampicilina y Cloranfenicol (1 caso); tratado en Hospital de Amatitlán.

16. El promedio de días de hospitalización de los 7 casos operados fue de 12 días a excepción del caso #7 quien aún se encuentra hospitalizada por las complicaciones post-operatorias.

17. De los 7 casos tratados en el Hospital Nacional de Escuintla todos fueron operados de emergencia por médicos de guardia.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda efectuar laparotomía exploradora pronto como se establezca o se sospeche rotura uterina en previsión de morbi-mortalidad materna fetal.

2. Se recomienda efectuar cesáreas segmentareas- en aquellas pacientes en que haya indicación de ésta; por el alta incidencia de rotura en cesáreas corporales.

3. Elaborar y/o poner en práctica programas de - control prenatal en todas las áreas rurales con - el fin de evitar este tipo de complicaciones en las pacientes gestantes.

4. Por el porcentaje tan alto (4%) de roturas espontáneas en cesáreas corporales según literatura se prefiere realizar cesáreas segmentareas; máxime en el Hospital Nacional de Escuintla donde la mayoría de las pacientes gestantes proceden - de áreas rurales.

5. Concientizar a las pacientes cesarizadas para que en próximos embarazos asistan a control - prenatal e insistirles que su próximo parto deberá ser por cesárea enfatizándoles no asistir con comadronas.

6. Promover educación y entrenamiento obstétrico adecuado a todo médico no especialista que por su cargo tenga que manejar pacientes obstétricas. Así como establecer cursillos para comadronas con énfasis en los casos que deben referir al médico.

BIBLIOGRAFIA

1. Kaser, R. O. et al. Ginecología y Obstetricia.- Traducido por José María Carrera Macía. Barcelona, Salvat, 1972. t. 2., p. 738-743.

2. Merger, Robert. Manual de Obstetricia. Segunda Edición. Barcelona, Toray Masson 1971. P. 455-466.

3. Willson, J.R. et al. Obstetricia y Ginecología.- Traducido por José María Carrera Macía. Barcelona, Salvat, 1974 p. 568-570.

4. William. Obstetricia. Sexta reimpresión 1978. Salvat. 1973. p. 809-620.

5. Schwarcz, Ricardo. Obstetricia. Tercera edición. Argentina. Pág. 646-650.

6. Doctor Azpuru, Eduardo Carlos. Tesis 1940, - Rupturas del Utero. Hospital General San Juan de Dios.

7. Doctor Lima Estrada, Anteo Enio. Tesis 1957. Rupturas del Utero en el Trabajo de Parto. Hospital Roosevelt.

Br. Ligia Barreto Chacón

Dr. Edgar Felipe Juárez
Asesor

Dr. Mario Efraín Nájera Farfán
Revisor

Dr. Héctor Nuila
Director de Fase III

Dr. Raúl Castillo
Secretario

Vo. Bo.
Dr. Rolando Castillo Montalvo
Decano