

RUPTURA DE ÚTERO GESTANTE.

PRESENTACIÓN DE UN CASO.
REVISIÓN DE LA LITERATURA

DR. FRANCISCO FUSTER ALFARO*
DRA. MARIA DEL C. MORALES ARAYA*

RESUMEN:

Se presenta un caso de ruptura espontánea de un útero gestante en una paciente con embarazo de 29 semanas, con cirugía previa uterina por accidente automovilístico. Se revisan los factores causales, y la clasificación de los diferentes tipos de ruptura, así como su presentación clínica y esquema de tratamiento. Por último se revisan los casos reportados en la literatura y su sobrevivencia.

SUMMARY:

A case of spontaneous rupture of the pregnant uterus in a patient with a Pregnancy of 29 weeks is presenting with previous uterine surgery due to a Road accident. A review of the etiological factors, and the classifications of the different types of ruptures alongs with the Clinical presentation and the treatment.

We also review the cases in the literatures and their survival.

INTRODUCCION:

La ruptura espontánea del útero gestante continúa siendo una causa poco común de patología obstétrica, sobre todo de la segunda mitad del embarazo.

Su importancia reside en la elevada mortalidad fetal y morbi mortalidad materna con que cursa.

Entre los factores predisponentes, el que con mayor frecuencia se observa es, en la paciente sometida a un parto vaginal el antecedente de una cesárea anterior, lo que impone la necesidad de una práctica juiciosa de la misma y de la vigilancia cercana de pacientes embarazadas, sometidas anteriormente a este tipo de cirugía.

REPORTE DE UN CASO:

B.B.S., Fem. de 28 años, casada, VI grado de escolaridad, blanca, sin antecedentes heredofamiliares, ni personales patológicos de importancia.

* Asistente Ginecología y Obstetricia.
Hospital Dr. Calderón Guardia.

* Interno Servicio Gineco-Obstetricia.
Hospital Dr. Calderón Guardia.

AGO. Menarca: 13 años. RM: 28 x 5, planificó con G. O. durante 2-1/2 años, que suspendió por 5 meses antes de FUR.

G: 2, P: 0, A: 0, FUR: 21/9/82, FPP: 28/6/83. Embarazo de 29 semanas por FUR, en el momento del ingreso, control prenatal cada 15 días en Hospital Dr. Calderón Guardia. Embarazo de alto riesgo por antecedentes de ruptura uterina

AQT: 1/2/80: Sufrió accidente automovilístico cuando cursaba su séptimo mes de embarazo. Internada en Hospital Dr. Calderón Guardia, donde se le intervino quirúrgicamente, encontrándose:

- 1— Ruptura uterina de fondo con salida de feto muerto a cavidad abdominal.
- 2— Ruptura esplénica.
- 3— Ruptura de mesenterio.
Se practicó:
 - a— Sutura de fondo uterino.
 - b— Esplenectomía.
 - c— Sutura de mesenterio.

No se practicó Histerectomía porque:

- 1— La ruptura era lineal.

- 2- Nuliparidad.
- 3- Tiempo operatorio limitado por mala condición de la paciente.

Posteriormente evolucionó bien y egresó diez días más tarde.

Padecimiento actual:

Ingresó al Servicio de Emergencias del Hospital Dr. Calderón Guardia el 7-3-83, con embarazo de 29 semanas por FUR, e historia de 24 horas de evolución de dolor hipogástrico que apareció en forma insidiosa y aumentó en intensidad progresivamente hasta que sufrió lipotimia, razón por la cual consulta

TA: 60/40 Pulso: 140X', FCF: (-), sudorosa, Abdomen blando, útero gestante contraído leve, doloroso +++ en hipogastrio. Resto sin datos positivos de importancia.

Se planteó el diagnóstico de:

- 1- Shock hipovolémico.
- 2- Ruptura uterina espontánea Vs. Desprendimiento prematura de placenta.

Se efectuó laparotomía exploradora con el hallazgo de:

- 1- Más o menos 3 litros de sangre en cavidad abdominal.
- 2- Ruptura de fondo uterino, recurrente de más o menos 4-5 cm.
- 3- Producto muerto en cavidad abdominal.

Se practicó:

Histerectomía abdominal total conservando anexos y ovarios, (técnica de Richardson modificada).

Se trató el shock hipovolémico y la paciente evolucionó postoperatoriamente bien. Egresó 8 días más tarde.

COMENTARIO:

La ruptura uterina es una de las mayores catástrofes observadas durante la práctica obstétrica, como lo demuestra el caso anterior: una ruptura uterina traumática, violenta y completa, tratada conservadoramente, seguida de ruptura espontánea completa tres años más tarde. La morbilidad materno fetal es evidente.

CLASIFICACION DE RUPTURA UTERINA DURANTE LA GESTACION

(Según Schrinisky et. al.).

I. TRAUMATICA

- 1- Instrumental.
 - a. Sondeo, curetaje uterino.
 - b. Remoción manual de placenta.
 - c. Inducción de aborto.
- 2- Violenta:
 - Directa
 - Indirecta.
- 3- Obstétrica:
 - a. Oxitocina - Fórceps.
 - b. Manipulación intrauterina: Versión interna fórceps
 - c. Craneotomía: Hidrocéfalo.
 - d. Negligencia.

II. ESPONTANEA

A. CIRUGIA UTERINA PREVIA.

- 1. Cesárea:
 - a. Clásica.
 - b. Segmento inferior.
- 2. Miomectomía.
- 3. Salpingectomía.
- 4. Ventro fijación.
- 5. Remoción manual de placenta o cirugía.

B. SIN CIRUGIA UTERINA PREVIA:

- 1. Anomalías uterinas congénitas.
- 2. Embarazo corneal.
- 3. Mola hidatidiforme.
- 4. Placenta percreta.
- 5. Sin causa aparente.

III. MIXTA

TIPOS DE RUPTURA UTERINA

1. INCOMPLETA.

No abarca todo el grosor de la pared uterina. Generalmente secundaria a dehiscencia de una cicatriz por cirugía uterina previa. Es de inicio gradual, presentándose con sangrado y dolor mínimo y el feto no sale a la cavidad abdominal.

2. COMPLETA

Abarca todo el grosor de la pared uterina. El curso clínico es catastrófico, con inicio súbito, dolor abdominal severo y shock hipovolémico.

El feto sale a cavidad abdominal.

Las rupturas uterinas traumáticas, generalmente se ponen en evidencia por la relación directa causa-efecto que las caracteriza y que puede desencadenarlas en cualquier momento durante el curso del embarazo.

Las rupturas espontáneas reportadas, por su parte, se observan casi siempre en el tercer trimestre del embarazo, tal vez explicado por el crecimiento fetal rápido y el estiramiento asociado de la musculatura uterina. Este tipo de rupturas se dividen en dos grupos, basados en la presencia o ausencia de cicatriz uterina previa. Esto porque la presentación y curso clínico varía notablemente según la existencia o no de esta condición. (Cuadro No. 1).

INCIDENCIA:

La incidencia de ruptura uterina varía según los diferentes reportes en la literatura, pero en general se acepta

que es de 1: 1000 – 1: 1500 embarazos en Estados Unidos. Se le considera responsable del 5% anual de muertes maternas en este país. (4).

PRESENTACION CLINICA:

El cuadro clínico varía según el tipo de ruptura uterina. Se ha descrito un cuadro clínico clásico de ausencia de ruidos cardiacos fetales, dolor abdominal severo y súbito, cese de contracciones uterinas y shock hipovolémico, sobre todo en pacientes con ruptura espontánea sin antecedentes de cirugía uterina.

Por otro lado se puede presentar en forma insidiosa, antes de iniciada la labor de parto (dehiscencia de cicatriz por cesárea clásica) o a menos de 10 horas de haber iniciado esta (dehiscencia de cicatriz por cesárea en el segmento inferior).

Puede ser indistinguible de un desprendimiento prematuro de placenta o cursar asintomática y ser parte de un hallazgo, durante la revisión sistemática de cavidad uterina, posterior a un parto vaginal, en mujeres con antecedentes de cesárea anterior. A este respecto vale la pena mencionar que cerca del 50% de pacientes con ruptura uterina espontánea, con cicatriz previa, se diagnostican mediante este

Cuadro 1

RUPTURA ESPONTANEA

Proporción	Con cicatriz Uterina previa	Sin cicatriz Uterina previa
Factores Asociados	a. Cesárea anterior: Clásica 2% del segmento inferior 0.5% b. Ruptura uterina previa reparada.	a. Uso de Oxitocina. b. D.C.P. c. Multiparidad. d. D.P.P. e. Sin causa aparente.
Presentación Clínica	50 % asintomáticas posteriores a un parto vaginal.	Shock, ausencia de dolor abdominal
Mortalidad Materna	0 – 1%	10%
Mortalidad Fetal	22%	74%
Edad Madre	21 – 25 años	36 – 40 años
Tipo Ruptura Uterina	Generalmente incompleta, transversa y en el área de cicatriz previa.	Generalmente completa, longitudinal o compuesta.
Proporción casos con cicatriz/ sin cicatriz previa	3	1

procedimiento, ya que las mismas no refieren sintomatología en el post-parto inmediato; de aquí la importancia de realizar dicha revisión manual, bajo anestesia, en este grupo de pacientes. (3).

ETIOLOGIA:

Entre los factores predisponentes, el más frecuente es la cicatriz uterina por cesárea anterior, principalmente la clásica, realizada a nivel del fondo uterino, la que se dice cursa con dehiscencia durante un embarazo posterior, en el 2% de los casos. La cesárea del segmento inferior, no contráctil, tiende a romperse en 0.5% de los casos (Hellman y Pritchard) (4).

Para Schrimsky y Benson (5) ambos tipos de cesárea tienen igual tendencia a romperse, por lo que recomiendan poner en práctica el concepto "once a cesarian always a cesarian". (una vez cesárea, siempre cesárea).

En cuanto a la ruptura uterina espontánea sin cicatriz previa, los factores que influyen son: la edad y la paridad que son directamente proporcionales a la incidencia de la misma lo que se atribuye a debilidad muscular y cicatrización por embarazos previos y al aparente adelgazamiento y fibrosis progresiva del Miometrio del que habló Felmus. (2).

También el uso de ocitóxicos, el desprendimiento prematuro de placenta y la desproporción céfalo-pélvica se han encontrado como predisponentes. Existe un 11% del pacientes en que no se ha encontrado ninguna causa aparente.

Revisando en la literatura costarricense, Delcore (1) en 1960 hace una revisión de 24 casos, entre los años 1954-59 hallando una incidencia de 1:1.655 partos, lo que corresponde al 0.06 %. La edad promedio de las pacientes fue de 32.9 años y se halló que según paridad la incidencia fue de 8.33% primigestas, 54.16% de multíparas. En cuanto a su etiología él las enumera en:

a. Mal uso de oxitóxicos; b. Versión interna y extracción podálica; c. Labor prolongada; d. Cesárea anterior; e. D.C.P.; f. Ruptura espontánea.

En este trabajo las causas más frecuentes fueron: Cesárea anterior y Parto abandonado.

El tratamiento en el 79.1% de las pacientes fue de Histerectomía subtotal y en el 20.8% de las pacientes solo sutura de la ruptura.

La mortalidad materna fue de 8.33^o/o y la fetal de 79.1^o/o.

TRATAMIENTO

La intervención quirúrgica inmediata es la piedra angular del tratamiento. La cirugía se debe individualizar según la condición general de la paciente, la edad, paridad, sitio y extensión de la ruptura uterina.

En general se acepta que la histerectomía es el objetivo quirúrgico pero que se puede considerar la reparación del defecto cuando ésta da un margen razonable de seguridad para futuros embarazos y cuando es de fácil acceso, sin embargo se debe tomar en cuenta que el riesgo de ruptura uterina en un embarazo subsecuente es muy elevado.

Case recomienda que una cesárea clásica previa y una ruptura uterina reparada, debe ser seguida por cesárea en los embarazos posteriores. La prueba de parto se debe hacer sólo cuando la cesárea ha sido del segmento inferior. (2) En este caso una estricta vigilancia de la labor y una revisión de cavidad uterina posterior al parto, es lo recomendable.

El tratamiento básico de la ruptura uterina es la resucitación inmediata, seguido, según recomiendan la mayoría de autores, de histerectomía. Cuando se haga la decisión de reparar el defecto, se debe considerar ligar las trompas. (5).

BIBLIOGRAFIA

1. Delcore. Acta Médica Costarricense; 3 (1); 29-38. 1960.
2. Gibbs, C.E.: "Planned Vaginal Delivery Following Caesarian Section". Clin. Obstetrics. Gynaecology, 23: 507, 1980.
3. Golan, A.; et al: Rupture of the Pregnant Uterus. Obstetrics & Gynaecology. 56 (5): 549, 1980.
4. Hellman, L.M. Pritchard, J.: "Obstetrics Williams" Forteen Edition. New York, Appleton - Century crofts. P. 936, 1975.
5. Uterus: A. Review". Obst. Gynaecol. Surven. 33: 217, 1978.