

Un caso de ruptura uterina espontánea en una múltipara con niño vivo

Por

Dr. Cecilio Aranda Meléndez*

Dr. Max Terán Torrents**

Dr. Max Terán Valls***

Con el uso de la cesárea, hemos sospechado que el drama de la ruptura uterina sea debido casi exclusivamente a la referida operación.

También la podemos presumir en las miomectomías extensas, en las operaciones plásticas sobre el útero, en los partos abandonados con problemas de desproporción, en el uso indebido de los ocitócicos, etc.

Una obstetricia hospitalaria correcta, elimina estas últimas causas y si bien el origen de las rupturas uterinas se deben en una gran proporción (65%) a la cesárea previa, estas rupturas, en medio hospitalario han perdido su gravedad por la atención especial prodigado a estas pacientes y por la misma índole de la ruptura que es parcial asentando en la cicatriz de la cesárea y no pasa de ser una simple deshiscencia sin riesgos para la madre y tampoco para el feto en la mayoría de ocasiones que pueda presentarse.

Nos interesa relatar y hacer hincapié en el caso de ruptura uterina total espontánea, sumamente grave, en mérito a antecedentes hallados en la paciente, lo que viene a confirmar las observaciones de J. Seneze y R. Henrion publicados en la Revista Francesa de Ginecología y Obstetricia (Año 59 N° 2 Febrero 1964).

* Profesor Adjunto Cátedra Obstetricia. Jefe Servicio Profiláctico IMIC.

** Instructor Cátedra Obstetricia. Médico Asistente IMIC. Jefe Médicos Residentes e Internos IMIC.

*** Director Cátedra Obstetricia. Director IMIC.

En el caso de antecedentes de aborto, seguido de legrado uterino, como causal de ruptura uterina y que vendría a condicionar la circunstancia de la multiparidad, hecho siempre presente en estos antecedentes.

En la escasa literatura existente, Riviere, Chastreusse, Morin y Gardrat, (Bulletin de la Federation des Sociétés de Gyn y d' Obst. de Langue Francaise Tomo 6 N° 4 1954) citan el caso de ruptura espontánea con antecedente de multiparidad e infección amniótica.

Sin embargo, confirmado por los resultados de anatomía patológica, conferimos mayor importancia al antecedente de legrado uterino post aborto.

El legrado actuaría, de acuerdo a los estudios de J. Seneze y R. Henrion, de tres maneras:

- 1° Perforación uterina istmica insospechada o tratada conservadoramente.
- 2° Abrasión de la fibra muscular miometrial en un útero imbibido por el embarazo o afectado por la infección.
- 3° Dilatación intempestiva y brusca del orificio interno cervical.

HISTORIA CLINICA

M. A. M. 33 años. Gesta = 8 Para = 5.

Antecedentes familiares y personales sin importancia.

Antecedentes Obstétricos: Menarquia 13 años. 28 x 3 Polimenorrea. Abortos seguidos de legrados uterinos, intercalados después del segundo, tercero y cuarto parto. En el último aborto transfusión por sangrado.

Ultimo embarazo a término el 24 de enero de 1964. Gestación normal, Rh = + V. D. R. L. Negativo. Ingresa en trabajo de parto el 28 de enero de 1964 con 2 cms. de dilatación a las 8 a. m.

A las 11 a. m. la dilatación se completa rápidamente, período expulsivo espontáneo y violento. Hijo vivo de 3.100 grs. talla 49 cms.

Alumbramiento dirigido. Revisión cervical y de vagina sin presentar desgarros ni laceraciones. Utero contraído.

Cinco minutos después sangrado profuso. Por revisión uterina se encuentra ruptura sub-peritoneal de 1½ cm. de longitud a la altura del istmo, en el lado derecho.

Laparatomía media infraumbilical. Al abrir cavidad no se aprecia extravasación sanguínea. En cara posterior uterina se encuentra enorme hematoma que diseca la cara posterior del útero y se extiende a ambos ligamentos anchos. Drenaje del hematoma e histerectomía total. Con transfusiones, la paciente pasa a recuperación en buenas condiciones.

A los 7 días de la intervención fuerte hemorragia que obliga a reparar con sutura continúa la cúpula vaginal.

Cuatro días más tarde nueva hemorragia grave que obliga a ligadura de las arterias hipogástricas, previa abertura y sutura de la vagina por hematoma y desgarre de cara lateral izquierda de vagina.

Informe de biopsia: Utero de tamaño 15 x 11 x 5 cms. Presenta su superficie externa de color pardo amarillento con restos de tejido fibroso a nivel de la unión cérvico - corporal. Exocér-vix congestivo, cavidad endometrial amplia y el endometrio se presenta rugoso con restos de coágulos sanguíneos.

Al igual que en la observación y Henrion no podemos incriminar la ruptura uterina espontánea a ningún otro factor que la modificación histológica creada a raíz de alguno de los respaldos anteriores. Reacción fibrosa, según el informe anatómo - patológico que explica el accidente a partir de ese cambio histológico. No existió el uso indebido de ocitócicos ni el exceso de volumen fetal. Tampoco el factor de desproporción feto-pélvica, es decir que ninguna circunstancias anteriormente citada ha jugado en la ruptura espontánea del útero.

CONCLUSIONES:

- 1º Debemos advertir la importancia del antecedente abortivo y del curetaje en el desencadenamiento de la ruptura espontánea del útero.
- 2º Las reacciones histológicas que pueden crear los raspados uterinos son la causa del accidente (fibrosis).
- 3º A fin de prevenir el accidente post abortivo, deberá plantearse seriamente la posibilidad de una cesárea electiva en los casos de vida maternal con abortos y legrados reiterados, cuyos análisis anatómo - patológicos puedan advertirnos de un cambio histológico de la fibra uterina.

BIBLIOGRAFIA

- BURGER. Rupture utérine d'origine obscure. Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française. Tomo 16. N° 1. 1963.
- RIVIERE M., CHASTRUSSE L. Rupture utérine spontanée. Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française. Tomo 6. N° 4. 1964.
- RUF H., BORSI F. Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française. Tomo 16. N° 1. 1964.
- SENEZE J., HENRION R. Ruptura uterina espontánea en una multipara. Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique. Año 59. N° 2. Febrero 1964.
- SNOECK J., BOUTE J. Ruptura utérine spontanée a cinq mois et demié gestation. Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française. Tomo 6. N° 4. 1964.