

ALFONSO ICAZA ICAZA\*

RUPTURA UTERINA  
EN EL  
EMBARAZO  
Y PARTO

LA RUPTURA uterina es de las emergencias más graves que pueden presentarse en gineco-obstetricia. Varios factores contribuyen a dar a este problema un interés especial, algunos de los cuales enumeramos a continuación:

1. Alta morbi - mortalidad materno fetal.
2. El accidente es evitable en un 50 por ciento de los casos.
3. Hay riesgo de que ocurra cuando se realizan intervenciones o maniobras obstétricas sobre todo si no hay las condiciones para ejecutarlas.
4. Posibilidad de que se presente en una embarazada con una o más cesáreas previas, o cuando se induce el parto con ocitócicos.
5. Oportunidad en el diagnóstico y en el tratamiento. La intervención quirúrgica inmediata y los recursos paraquirúrgicos pueden salvar la vida de la enferma.
6. Dificultad del diagnóstico en las roturas espontáneas silenciosas.

Su prevención y diagnóstico cuando ocurre, y el tratamiento correcto, ponen a prueba la eficiencia y capacidad del cirujano gineco-obstetra.

#### CLASIFICACIÓN

Se llama rotura uterina o ruptura, y con menos propiedad desgarro de la porción supra vaginal del cuello, segmento o cuerpo uterino.

---

\* Subdirector Médico del Hospital de Gineco-Obstetricia No. Uno I. M. S. S.

No se incluyen en esta descripción las perforaciones uterinas por legrados, ni las heridas del útero ocasionadas por arma de fuego, o por instrumentos punzo cortantes, ni traumatismos externos como: golpes, accidentes automovilísticos, caídas, etc.

Tampoco comprendemos en esta descripción a los desgarros más o menos extensos del cuello, que generalmente se describen en un capítulo aparte de la obstetricia.

Se clasifican por su situación, extensión y profundidad.

Por su situación y extensión pueden ser segmentarias, corporales y mixtas. Si la rotura abarca solamente el segmento o el cuerpo, se denominan parciales y si abarcan ambas, son totales.

Por su profundidad, en completas cuando interesan todos los planos del útero, incluso el peritoneo, e incompletas cuando queda íntegra la serosa. Si se extiende a vagina, recto y/o vejiga, se les denomina complicados.

Por el mecanismo que las produce pueden ser espontáneas y traumáticas.

Espontánea es la que se produce sin la intromisión de factores extrínsecos. Traumáticas o iatrogénicas cuando resultan de la aplicación de recursos médicos.

La ruptura por dehiscencia de cicatriz de cesárea anterior, y las traumáticas, son las que se presentan con mayor frecuencia.

### INCIDENCIA

La incidencia es variable aún en centros especializados. Es célebre la frase de Grinhill: "Cuando la obstetricia se practica con propiedad, la ruptura del útero es casi desconocida". Pero en la práctica ocurren, sobre todo cuando se atienden pacientes sin vigilancia prenatal y sin el debido control; autores hay, que mencionan una incidencia de una por c/3,000 partos, pero en otros hospitales el accidente se presenta con más frecuencia, de 1 por c/800 partos, y hay estadísticas que señalan una ruptura por c/250, 200 ó 103 partos.

### ETIOLOGÍA

Existen causas predisponentes y otras determinantes.  
Entre las primeras señalamos las siguientes:

1. Multiparidad con degeneración granulosa de la túnica muscular.
2. Procesos endometrícos, abscesos o infecciones de la pared uterina.
3. Hiperdistensión del útero en embarazos múltiples, polihidramnios, gigantismo del producto, hidrocefalia.
4. Placenta acreta e inserciones defectuosas de la placenta.
5. Tumorações benignas y sobre todo malignas del útero.
6. Presentaciones viciosas.
7. Distocias dinámicas.
8. Cicatrices de cesárea anterior.
9. Parto obstruido por desproporción fetopélvica, tumores previos o por anomalías del cuello uterino.

Estas causas que hemos llamado predisponentes son origen de las rupturas espontáneas.

Las rupturas traumáticas son ocasionadas: por el uso inadecuado de ocitócicos, y por intervenciones o maniobras obstétricas sobre todo cuando no se cumplen los requisitos para ejecutarlas.

Entre las maniobras que con más frecuencia ocasionan la ruptura uterina están: la versión por maniobras internas, la versión externa, la gran extracción podálica, aplicaciones de forceps y la maniobra de Kristeler.

#### ANATOMÍA PATOLÓGICA

La ruptura puede ser longitudinal, transversal, mixta, estrellada o muy irregular. Su extensión es variable desde 1 ó 2 cms. hasta abarcar gran parte del útero, o casi dividir el segmento del cuerpo y que permanezcan unidos mediante un puente reducido de músculo uterino. Con frecuencia la ruptura ocurre en el trayecto de una cicatriz anterior.

Los bordes pueden ser lineales, pero en general están desgarrados, equimóticos, edematosos, sanguinolentos y con pequeños coágulos. Sangran en cantidad variable y la sangre se colecta en la cavidad peritoneal.

Si la rotura es incompleta, el producto permanece dentro del útero y se forma un hematoma que disecciona los tejidos y puede llegar a ser de consideración. En ocasiones al abrir el vientre se encuentra el hematoma antes de llegar al peritoneo y es que la sangre ha despegado los tejidos y llega hasta la pared anterior. En muchas ocasiones se colecta en el ligamento ancho.

Con mayor frecuencia la rotura del útero es completa, y a menos de que sea pequeña, el producto pasa a la cavidad peritoneal, la placenta se desprende y/o pasa con el feto a la cavidad, o queda retenida dentro del útero o sale al exterior.

### SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

Antes de hablar sobre síntomas de ruptura uterina convendría describir la sintomatología de la inminencia de ruptura, sin embargo es difícil describir las características de este cuadro, ya que es muy variable. Probablemente la experiencia del médico sea la que decide si existe o no inminencia de ruptura.

La sintomatología varía según que la ruptura sea en el embarazo o durante el parto, y aún dentro de éste, es diferente si se trata de pacientes anestesiadas o si ocurre al practicar una intervención.

Los síntomas de la ruptura en el embarazo son: generalmente se trata de una paciente con embarazo de término, múltipara, con cesáreas anteriores, o con gran distensión del vientre. La mujer siente un dolor intenso localizado al sitio de la ruptura, pero que rápidamente se extiende a todo el abdomen. Este dolor va seguido de estado de angustia e inquietud, shock con palidez, sudor frío, hipotensión y taquiesfigmia.

Hay signos de peritonitis y dolor intenso a la palpación superficial en el vientre. Desaparecen los movimientos y latidos fetales si el producto ha pasado a la cavidad peritoneal, y cuando ésto ocurre el feto se palpa muy superficial, y en una de las fosas ilíacas se aprecia una tumoración dolorosa, dura, movable que corresponde al útero roto.

Por tacto si el feto no ha pasado a la cavidad peritoneal no se encuentran datos útiles, fuera de un escurrimiento sanguíneo de cantidad variable. Pero si el producto está dentro de la cavidad, al hacer la exploración encontraremos el útero vacío y podremos tocar el sitio de la ruptura y aún introducir la mano a la cavidad peritoneal.

En otros casos sobre todo cuando la ruptura es pequeña e incompleta puede haber pocos síntomas, y entre los extremos hay toda una gama de sintomatología que hace el diagnóstico difícil.

Si la ruptura ocurre durante el trabajo de parto se manifiesta por un dolor sumamente intenso, mayor y diferente que los producidos por las contracciones de parto. Generalmente va precedido de estado angustioso.

Después del dolor las contracciones uterinas desaparecen y la pa-

ciente se siente más tranquila, y es entonces cuando aparecen los signos de shock. El dolor o la palpación en el vientre, la desaparición de latidos fetales si es que el feto pasó a la cavidad, son los mismos que los señalados antes. El escurrimiento sanguíneo de color negrozco es signo muy frecuente. Por tacto si el feto pasa a la cavidad peritoneal hay ascenso de la presentación, desplazamiento del producto y se aprecia que el útero está vacío palpándose la brecha de la ruptura.

Puede ocurrir el accidente durante alguna intervención o maniobra. El único síntoma será la hemorragia postparto profusa y el diagnóstico se hace al practicar la revisión de la cavidad, que siempre debe realizarse después de alguna intervención.

### PRONÓSTICO

El pronóstico es grave tanto para la madre como el niño.

El producto casi siempre muere, por anoxia. Al pasar el feto a la cavidad peritoneal la placenta se desprende interrumpiéndose la circulación. Sólo en casos en que la ruptura es pequeña e incompleta el producto puede sobrevivir si se le extrae con rapidez.

La mortalidad materna se ha reducido últimamente gracias a los adelantos de los sistemas quirúrgicos y paraquirúrgicos, pero aún es del 7 al 10 por ciento, aunque varía en las distintas instituciones. La muerte materna cuando es inmediata es producida por *shock* y hemorragia; si es tardía por peritonitis o septicemia.

La estadística de mortalidad que hemos mencionado solamente se refiere a centros hospitalarios bien equipados, porque en el domicilio de la paciente o instituciones que no cuentan con equipos de emergencia, la mortalidad es mucho mayor.

Cuando la paciente sobrevive, lo que afortunadamente es en la mayoría de los casos, queda suprimida su función reproductora, si se le practicó histerectomía; si el tratamiento fue la histerorrafia, hay peligro de que en los partos subsecuentes vuelva a ocurrir el accidente por lo que es necesario vigilarlos con gran cuidado.

### TRATAMIENTO

Sólo pueden darse normas generales ya que la conducta debe individualizarse teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso.

En términos generales consiste en medidas profilácticas, medidas terapéuticas generales y tratamiento quirúrgico.

Entre las medidas profilácticas debemos mencionar la vigilancia personal que el médico debe ejercer, cuando emplea soluciones de ocitocina en la inducción o conducción del parto, administrando la dosis adecuada según la respuesta uterina, y suspendiendo la inducción si hay signos de hiperdinamia e hipertonia.

Las maniobras obstétricas deben ejecutarse sin brusquedades innecesarias. Las intervenciones se practicarán cuando existan los requisitos para ejecutarlas. Si hay una o más cesáreas previas, solo se atenderá el parto por vía vaginal cuando las condiciones sean favorables, de lo contrario es mejor repetir la intervención.

El tratamiento de la ruptura uterina es quirúrgico abordando el útero por vía abdominal. En ese momento se decide la conducta. Si la ruptura es pequeña y de bordes lineales se practica histerorrafia. Pero si es amplia (mayor de 6 a 8 cms.) e irregular, hay que hacer histerectomía.

La histerectomía debe hacerse total y de preferencia por la técnica subfacial para evitar lesiones de las vías urinarias, y extirpar el cuello uterino que quedaría como una porción inútil y con su variada patología.

Sin embargo, en casos muy graves y que sea conveniente acortar el tiempo operatorio para salvar la vida de la paciente, y/o si las relaciones anatómicas se encuentran alteradas considerablemente por los hematomas y hemorragias, puede practicarse la histerectomía subtotal.

Son de gran importancia las medidas generales: tratar el estado de shock hipovolémico mediante transfusiones de sangre, en cantidad suficiente (1 ó 2 litros o más si es necesario). La oxigenación continua de la paciente, y si el feto está vivo, extracción inmediata. El tiempo que transcurre entre el momento de hacer el diagnóstico y la intervención quirúrgica debe emplearse en tratar el estado general, para ello debe canalizarse una vena y pasar suero, tipificar grupo sanguíneo y factor Rh. si no se ha hecho previamente, realizar pruebas cruzadas, y empezar a pasar sangre a presión si es necesario, antes de iniciar la intervención quirúrgica.

Cuando no hay shock ni anemia aguda los métodos descritos no son de tanta urgencia pero de todas maneras hay que practicar la intervención por vía abdominal y durante ella decidir la conducta.

Los antibióticos y el equilibrio electrolítico son indispensables en el postoperatorio para evitar mayores complicaciones.