

RUPTURA UTERINA.

Dr. Adolfo Gustavo Pinedó Reategui

RESUMEN

Se presentaron 21 casos de ruptura uterina acaecidos en un lapso de 15 años con una incidencia de 1/2,817 partos. 18 casos ocurrieron en pacientes con antecedentes de cesárea y solo encontramos 3 casos de ruptura uterina con útero íntegro. En 15 casos (72%) se requirió transfusión sanguínea de 500 a 4,500 cc de sangre total. La dehiscencia fue incompleta en 14 casos y completa en 4 casos. El tratamiento de elección en el 72% de casos fue debridamiento y sutura. Encontramos 12 muertes fetales (57%) repartidos en 10 natimueertos y 2 muertes neonatales. Hubo una muerte materna.

SUMMARY

During a 15 years period, 21 cases of uterine rupture occurred an incidence of 1/2,817 deliveries. Of them, 18 cases in patients with previous cesarean section and only 3 in patients with intact uterus. In 15 cases (72%) whole blood transfusion of 500 to 4,500 cc was required. Dehiscence was incomplete in 14 cases and total in 4 cases. Selective treatment in 72% of cases was surgical. We found 12 fetal deaths (57%), 10 of them stillborn and 2 neonatal there was one maternal death.

INTRODUCCION

La ruptura del útero gestante es una inesperada y peligrosa complicación por las altas tasas de morbilidad y mortalidad perinatal (2, 9, 12) y porque puede ser causa de morbimortalidad materna (3, 12, 13). Puede presentarse en forma espontánea o traumática y puede ocurrir en cualquier etapa de la gestación (11, 13).

La ruptura del útero íntegro es poco frecuente, mientras que la ruptura del útero con cicatriz o cicatrices anteriores es más frecuente y puede presentarse desde una ruptura asintomática hasta una ruptura evidente y catastrófica.

El incremento reciente de las tasas de cesárea y la posibilidad de parto vaginal satisfactorio en el 50-80% de estas pacientes cesareadas por primera vez (4, 7, 8, 9) hace que esta emergencia pueda presentarse en todo Servicio Obstétrico; por lo tanto, el conocimiento del diagnóstico y tratamiento es de importancia para la solución adecuada de los casos.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 21 casos de ruptura uterina, atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Hipólito Unanue, desde el 01 de Enero de 1971 al 31 de Diciembre de 1985 con un total de 15 años. En este lapso de tiempo se atendieron 59,964 partos, siendo nuestra incidencia de Hemorragias del Tercer Trimestre de 1/122 partos (10). Identificamos nuestros casos después de revisar la Oficina de Estadística, el libro de partos, el libro de Obstetricas y las respectivas historias clínicas. Se tuvieron en cuenta las

siguientes variables: edad, paridad, antecedentes patológicos intervalo de cesárea anterior, tipo de ruptura uterina, tratamiento, transfusión sanguínea, peso de producto, mortalidad perinatal y mortalidad materna.

La ruptura uterina denota solución de continuidad del miometrio. Se distingue:

LA RUPTURA COMPLETA, cuando existe solución de continuidad del miometrio y peritoneo suprayacente de tal magnitud que existe comunicación directa entre las cavidades endometrial y peritoneal (15, 16).

RUPTURA INCOMPLETA, cuando encontramos solución de continuidad a través del miometrio, pero sin desgarramiento del peritoneo. Por consiguiente, la diferencia está en la integridad del peritoneo (15, 16).

En relación a las cicatrices de cesárea previa, es importante el estado de las membranas fetales. Si estas últimas están intactas se califica la separación como "dehiscencia" de la cicatriz, pero si se rompen las membranas, el trastorno se conoce como ruptura de la cicatriz (13, 16).

RESULTADOS

El 81% de nuestras pacientes estuvieron entre los 21-30 años, sólo tuvimos un caso entre 16-20 años y un caso de 41 años o más.

Un tercio de los casos se presentaron en segundíparas y sólo encontramos dos casos en grandes multíparas (6 o más).

Más del 50% de los casos estudiados no tuvieron control alguno.

El dolor abdominal fue el signo más constante, encontrándose en los 21 casos. En 9 casos hubo además pre shock o shock. Sólo en 5 pacientes se presentó sangrado vaginal externo.

De los 21 casos de ruptura, 18 tuvieron antecedente de cesárea y 3 casos acontecieron en útero íntegro (Tabla No. 1).

En el 61.0% (11 casos) el intervalo entre la cesárea previa y el momento de la ruptura fue menor de 2 años. El máximo de intervalo encontrado fue de 9 años (Tabla No. 2).

Encontramos en el 55.5% 10 de los 18 casos que el tipo de cesárea anterior fue la segmentaria, en 6 corporal y en 2 casos en T invertida (Tabla No. 3).

De los casos de dehiscencia, es decir la ruptura con cicatriz previa, en 14 casos la dehiscencia fue parcial, y en los 4 restantes la dehiscencia fue completa y en 2 de estos casos se encontró feto y placenta en cavidad peritoneal (Tabla No. 4).

De los 3 casos de ruptura en útero íntegro, sólo en 1 caso esta fue extensa en el fondo uterino, en las dos restantes la ruptura fue menor de 2 cm.

El debridamiento y sutura fue el tratamiento de elección en mas de 2/3 de nuestros casos, incluso este tratamiento se utilizó en un caso de ruptura con útero íntegro. Sólo en 6 casos se practicó histerectomía abdominal (Tabla No. 5).

TABLA No. 1

RUPTURA UTERINA Y ANTECEDENTES

	No.	%
Cesareada anterior (1)	14	67
Cesareada anterior (2)	4	19
Legrado Uterino	2	9
Traumatismo Externo	21	100

TABLA No. 4

TIPO DE DEHISCENCIA UTERINA

	No.	%
Completa	04	22.3
Incompleta	14	77.7
	18	100

TABLA No. 2

RUPTURA UTERINA E INTERVALO DE CESAREA PREVIA

	No.	%
Menor de 2 años	11	61
De 2 a 5 años	3	17
Mayor de 5 años	4	22
	18	100

TABLA No. 5

TRATAMIENTO DE LA RUPTURA UTERINA

	No.	%
Histerectomía Total	4	19
Histerectomía Sub-total	2	9
Debridamiento y Sutura	15	72
	21	100

TABLA No. 3

RUPTURA UTERINA Y TIPO DE CESAREA ANTERIOR

	No.	%
Cesárea segmentaria	10	55.5
Cesárea corporal	6	33.3
Cesárea en I	2	11.2
	18	100

Tan solo tuvimos 2 casos en niños de peso menor de 2,500 gr., estando relacionado uno de ellos con ruptura en útero íntegro y acompañado de muerte materna. No tuvimos caso alguno de producto macrosómico (Tabla No. 6).

De 11 niños nacidos vivos, 5 tuvieron hipoxia y 2 de ellos fallecieron en el periodo neonatal, tuvimos 10 nati-muertos que aunados a las 2 muertes neonatales dan una mortalidad perinatal de 57.0% (Tabla No. 7).

TABLA No. 6

RUPTURA UTERINA Y PESO DEL PRODUCTO

	No.	o/o
1,000 - 2,499	2	10
2,500 - 2,999	5	25
3,000 - 3,499	8	40
3,500 - 3,999	5	25
	20	100

TABLA No. 7

RUPTURA UTERINA Y APGAR AL MINUTO

	No.	o/o
0 (Natimueertos)	10	47.6
1 - 3	2	9.5
4 - 6	3	14.3
7 - 10	6	28.6
	21	100

COMENTARIOS

Nuestra incidencia de ruptura uterina de 1/2,817 partos es baja en relación a lo reportado en la literatura (3, 11, 14, 15). Esta baja incidencia se explicaría por el manejo de la cesareada anterior en forma de cesárea iterativa incluido la cesareada anterior una vez; por lo tanto, nuestros casos de ruptura uterina representan en lo global, casos que llegaron al Hospital con dicho problema o se presentó en nuestro Nosocomio al poco tiempo de permanencia.

INCIDENCIA DE RUPTURA UTERINA

REFERENCIA	AÑO	No. de PARTOS	No. de RUPT.	INCIDENCIA
Schrinsky (14)	1978	126,770	74	1/2,695
Mokgokong(11)	1976	182,707	335	1/590
Spaulding (15)	1979	100,000	15	1/6,673
Golan (03)	1980	126,713	93	1/1,362
Plauche (11)	1983	52,823	23	1/2,297
Presente Serie	1985	59,963	21	1/2,817

De los antecedentes, el intervalo de cesarea previa, adquiere importancia ya que más de la mitad de nuestros casos tuvieron un intervalo menor de dos años. Este hallazgo se correlaciona muy bien con lo sustentado por Ruiz Velasco (13) que considera dentro de los requisitos para parto vaginal post cesarea el intervalo mayor de dos años desde el último parto, al parto actual.

No encontramos rupturá uterina por estimulación con ocitocina o con prostaglandinas en los casos de cesareada anterior, (1, 2, 5), porque dicho procedimiento no la prescribimos en nuestro Departamento y tan solo tuvimos un caso de rúptura por maniobras o traumatismo externo, causa frecuente en continentes como el Africa (3) o en provincias de nuestro país (12).

Encontramos una mortalidad perinatal de 57o/o, repartidos en mortalidad fetal tardía de 10 niños (47.6o/o) y mortalidad neonatal dos casos (9.4o/o). Esta incidencia es mayor a lo reportado por Plauche de 35o/o, de Schrinsky de 45.5o/o y comparativo a lo encontrado por Golan de 56o/o.

Tuvimos una muerte materna, asociado a útero íntegro, con maniobras traumáticas al parecer en una gestación de - 28 semanas y asociados además a placenta percreta. Los diagnósticos finales fueron CID, septicemia e insuficiencia renal aguda. Revisando el caso nos encontramos en que hubo tardanza en decidir la operación por dificultades en el diagnóstico. Precisamente con esta mala experiencia recomendamos al igual que Plauche (11) pensar siempre esta posibilidad diagnóstica ante un cuadro de shock en el segundo o tercer trimestre, o en caso de severa hemorragia post parto y decisión inmediata en cuanto a la intervención quirúrgica.

Queremos recalcar la importancia del tratamiento conservador, especialmente en mujeres jóvenes y además porque muchas de ellas llegan al Hospital y a la Sala de Operaciones en mal estado y algunas en shock, precisamente en el 72o/o de nuestros casos hubo necesidad de recurrir a la transfusión sanguínea entre 500-4,500 cc. Es evidente que en estas condiciones el procedimiento quirúrgico debe ser rápido para preservar la vida de la paciente. El procedimiento de debridamiento y sutura la practicamos en 15 de nuestros casos (72o/o), porcentaje superior a lo reportado por Golan 59o/o, Spaulding 40o/o y Plauche 14.3o/o. Los resultados inmediatos y tardios fueron satisfactorios, ya que 4 casos de debridamiento y sutura post cesárea segmentaria, volvieron a salir embarazadas terminando en partos sin complicaciones y en un caso post cesárea corporal se encontró tan solo cicatriz dehisciente de 1 cm.

BIBLIOGRAFIA

1. BROMHAM DR., ANDERSON R.S. Uterine scar rupture in labor induced with vaginal prostaglandin E2. *Lancet* 11: 485, 1980.
2. CLAMAN PAUL, CARPENTER R.J., REITER ALEXIS. Uterine rupture with the use of vaginal prostoglandin E2 for induction of labor. *Am. J. Obstet. Gynecol.* December 6 1984.
3. GOLAN A., SANDBANK O., RUBIN A. Rupture of the pregnant uterus *Obstetric and Gynecol* 56: 549, 1980.
4. HAROWITZ B., EDELSTEIN S., LIPPMAN L. Once a cesarean ... always a cesarean. *Obstet and Gynecol Surv.* Vol. 36, nro. 10. 1981.
5. HORENSTEIN J., PNELAN J. Previous Cesarean Section: the risks and benefits of oxytocin usage in a trial of labor. *Am. J. Obst. Gynecol.* 151: 564-9, 1985.
6. KELLY J. Hemorragia post parto. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas Interamericana*, Setiembre 1976.
7. LAVIN J., STEPHENS R., MIODOVNIK M., BARDEN T. Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. *Obstet and Gynecol* 59: 135, 1982.
8. MARTIN J., HARRIS B. Vaginal delivery following previous cesarean birth *Am. J. Obst. Gynecol* 146: 355, 1983.
9. MEIER P., PORRECO R. Trial of labor following cesarean section A two-years experience. *Am. J. Obstet. Gynecol* 144: 671, 1982.
10. PINEDO R. ADOLFO. Hemorragias del tercer trimestre en el Hospital Hipólito Unanue. VII Congreso de Obstetricia y Ginecología. Chiclayo, Perú, 1981.
- 11.—PLAUCHE W., VON ALMEN W., MULLER R. Catastrophic uterine rupture *Obstet. and Gynecol* 64: 722, 1984.
12. PURIZAGA M., HERNANDEZ R.L. Ruptura uterina. Experiencia en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura. *Acta Médica Peruana*, Vol. XII, Nro. 2, Junio de 1985.
13. SCHRINSKY D.C., BENSON R.C. Rupture of the pregnant uterus. A review *Obstet. Gynecol Surv.* 33: 217, 1978.
14. RUIZ VELASCO, VICTOR. La Operación Cesárea. *La Prensa Médica Mexicana*, 1971.
15. SPAULDING L.B., GALLUP D.G. Current episodes of management of rupture of the gravid uterus. *Obstet and Gynecol* 54: 437, 1979.
16. WILLIAMS HERBERT. Complicaciones del puerperio inmediato. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Interamericana. Volumen I*, 1982.