



Hace 55 años

Rotura uterina

Por los Dres. ESTEBAN CASTRO ANAYA Y AUGUSTO DÍAZ INFANTE
SAN LUIS POTOSÍ, SLP

Se entiende por rotura uterina al desgarro de la porción supravaginal del cuello, del segmento inferior o del cuerpo del útero.

La rotura uterina es una de las complicaciones más serias del embarazo y del parto.

La primera descripción de este accidente fue hecha por GUILLEMEAU a fines del siglo XVI.

En un gran número de veces, la rotura uterina puede evitarse y dada la gravedad del caso, tanto para la madre como para el producto cuando ésta llega a efectuarse, es necesario conocer el estadio anterior, es decir, el síndrome de rotura inminente que, tratado y corregido, puede prevenir un riesgo mayor.

Es más común la rotura uterina en los casos de distocias o de partos laboriosos, y es más rara cuando espontáneamente llega a presentarse durante el embarazo.

En la mayoría de los casos el origen de este accidente debe ser atribuido a alguna cosa, materna o fetal, que sobrepasando la resistencia elástica de la fibra uterina logra romperla o disociarla, tal como ocurre cuando padecimientos propios del músculo uterino o de los anexos fetales logran producir este accidente durante el curso del embarazo.

FRECUENCIA

Es difícil presentar una verdadera estadística respecto a la incidencia de la rotura uterina, ya que en muchos casos en que el diagnóstico se hace anotando hemorragia o shock pudiera ser que se tratara de rotura uterina.

Las estadísticas norteamericanas señalan un caso de rotura uterina por cada 810 partos como término medio y hacen la aclaración de que se trata de parturientas cuyo trabajo de parto fue vigilado desde un principio por un servicio de hospital, sin anotar los casos en que la mujer fue trasladada a ese servicio como un caso de emergencia.

Sobre un total de 6,931 partos que han sido atendidos en la sala de maternidad del Hospital Central de San Luis Potosí hay un total de 19 roturas uterinas, de las cuales 11 ingresaron con la matriz ya rota y 8 sufrieron este accidente ya estando hospitalizadas. Promediando de igual manera que los servicios de maternidad norteamericanos la relación es sensiblemente igual, pues da un caso de rotura uterina por cada 870 partos.

DIVISIÓN

El desgarro del segmento inferior y el del cuerpo del útero se puede clasificar de acuerdo con su extensión y con su profundidad. En cuanto a su extensión, será parcial si comprende una sola porción, ya sea el segmento inferior o el cuerpo uterino y será total si abarca ambas porciones. En cuanto a su profundidad, será incompleta cuando interese las capas mucosa y muscular de la matriz, respetando la serosa peritoneal y será completa si al interesar el peritoneo pone en comunicación la cavidad uterina con la cavidad abdominal.

Puede tratarse también de una rotura complicada, cuando la extensión de la herida interesa algún órgano vecino.

Las lesiones de la rotura uterina son diferentes según sea la porción segmentaria o la corporal la que se vea afectada.

1o. La rotura completa del segmento inferior es la más frecuente de todas. Generalmente aparece más en la pared anterior y hacia el lado izquierdo. Su extensión es muy

Artículo publicado en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO, 1955.

www.nietoeditores.com.mx

variable y se puede observar que en la rotura longitudinal el límite superior de la herida casi siempre se termina a la altura del anillo de Bandl. La rotura transversal puede llegar a ser tan extensa que casi divide la matriz por debajo del anillo de contracción. Los bordes de la rotura son irregulares, edematosos, equimóticos y cubiertos de coágulos. Si el feto se encontraba en el útero al ocurrir el accidente, éste puede pasar a la cavidad abdominal todo o en parte, pero se observa que la placenta suele quedar adherida a la pared uterina.

En la rotura incompleta del segmento inferior, en que no llega a interesarse el peritoneo, se observa un desprendimiento, a veces bastante extenso, que puede interesar el ligamento, ancho con formación de un gran hematoma. En estos casos, el feto se queda en el útero y la placenta mantiene su inserción.

La rotura complicada del segmento inferior incluye comúnmente a la vagina haciendo un desgarró cervico-vaginal. A veces puede lesionarse la vejiga, siendo raro que se observen lesiones en el recto.

2o. La rotura del cuerpo del útero siempre es completa y puede prolongarse al segmento inferior. En estos casos, el feto y la placenta pasan a la cavidad abdominal. La rotura incompleta del cuerpo del útero es de las más raras en presentarse pero a la vez, cuando el diagnóstico se hace a tiempo, este accidente es de los más benignos.

ETIOPATOGENIA

La rotura uterina es más común en la múltipara que en la primípara. La musculatura uterina puede acusar cierto agotamiento que predisponga a su laceración.

La causa determinante de la rotura uterina es la contracción del útero, que exagerada y continua, puede llegar a vencer la resistencia del segmento inferior antes que éste permita la salida del producto.

Las roturas del útero podemos clasificarlas en espontáneas y traumáticas.

El término de *espontáneas* debe ser aplicado a aquellas roturas que se presentan en úteros en los cuales puede haber una causa predisponente que modifique la calidad de la fibra uterina y así tenemos:

La multiparidad, por degeneración granulo-grasosa o hialina de la celdilla muscular.

Los procesos endométríticos pueden debilitar la resistencia de la musculatura uterina.

La hiperdistensión de la matriz puede también ser causa que trastorne la fisiología de la celdilla muscular favoreciendo el debilitamiento de la misma y predisponiendo a la rotura.

Las inserciones viciosas de placenta y las placentas patológicas cuyas vellosidades perforan el miometrio o que no encuentran una zona apropiada para su implantación disminuyen la resistencia del útero y pueden favorecer este accidente.

Las degeneraciones neoplásicas, debido a infiltración de celdillas y tejidos diferentes al músculo uterino.

Las roturas traumáticas pueden ser ocasionadas también por diferentes factores y así tenemos:

De origen pelviano:

1o. Pelvis estrecha y pelvivicciones.

La pelvis estrecha es la causa más frecuente de la rotura traumática. El tipo de deformidad más común no es la pelvis justo minor sino la pelvis regularmente estrecha con diámetros un poco menores a la pelvis límite.

La pelvis ostiomalácica y la asimétrica se cuentan también entre las que a menudo provocan este accidente.

2o. Obstrucción del canal del parto por neoplasias.

Las exóstosis de la pelvis pueden ser causantes de distocias y provocar la rotura. Algunos tumores, no óseos, pero que por su proximidad obstruyan el canal genital, también pueden ser responsables.

De origen uterino:

1o. Cicatrices por intervenciones quirúrgicas anteriores.

La falta de elasticidad en el tejido neoformado predispone al estallamiento del útero (cicatrices por operación cesárea anterior, miomectomías).

Heridas de la musculatura uterina consecutivas a embarazos anteriores por manipulaciones internas (extracción manual de placenta, legrados) pueden ser también factores decisivos en la rotura traumática.

La cicatriz que deja la cesárea clásica, por fortuna ya poco usual, era donde la frecuencia de la rotura uterina en un embarazo o parto siguiente presentaba su mayor incidencia.

El peligro latente en estos casos demanda una cuidadosa observación durante los últimos meses del embarazo y más adelante el parto cuando a esto se han añadido antecedentes de infección posoperatoria, hiperdistensión uterina o pelvis límite.

2o. Estenosis congénitas o adquiridas del canal cervical, abdomen, péndulo, neoplasias obstructivas, son también causas que predisponen a la rotura, ya que la contracción uterina dirige el ovoide total en una dirección que casi siempre hace que la presentación se apoye sobre los bordes que delimitan el estrecho superior de la pelvis, comprimiendo la porción segmentaria del útero.

3o. Partos laboriosos con alteración de la sinergia contráctil del útero. Aun sin la aplicación de antinervinos o de ocitócicos, el automatismo contráctil del útero puede sufrir tales alteraciones, como hipertonía o tetanismo, que son capaces de lesionar el motor uterino y favorecer su estallamiento.

De origen fetal:

1o. Presentaciones viciosas y abandonadas, que añadido a esto muchas veces el traumatismo que ocasiona una versión que no llenó las indicaciones necesarias para efectuarse son causa que muchas veces directamente hacen la rotura traumática.

2o. Roturas que son el resultado de métodos impropios para terminar un parto, como dilataciones manuales o instrumentales para una aplicación de fórceps o iniciación de una versión, desgarran el cuello que, posteriormente al ser de nuevo traumatizado por el paso del producto, llevan ese desgarro hasta el segmento inferior.

3o. La mala aplicación de fórceps a través del cuello no completamente dilatado o con presentación no encajada puede también ser la causante de la rotura uterina.

4o. Una especial referencia debe hacerse al gran peligro que hay en la aplicación de ocitócicos. Numerosos son los casos en que la rotura se debe a su uso inadecuado, tanto por el desconocimiento de la dinámica uterina, como por la absorción y efecto tan variable que cada mujer manifiesta durante el trabajo de parto. Deben administrarse previo conocimiento del estado del canal genital y del momento adecuado para que la sinergia de contracción uterina no se vea afectada.

El uso de los ocitócicos es un factor tan constante en los casos de rotura uterina por nosotros observados que no dudamos en pensar que este factor casi siempre se suma a cualquiera otra de las causas enumeradas en la producción de este accidente tan serio.

En efecto, si hacemos una cuidadosa búsqueda, en la mayoría de los casos podemos reconocer el uso de los

ocitócicos y que en los últimos tiempos es la hormona del lóbulo posterior de la hipófisis la más usada.

El hecho es tan ostensible y sus resultados tan serios, que bien vale la pena buscar y controlar el uso indiscriminado de este medio terapéutico tan útil pero, a la vez, tan peligroso.

Ya en ocasión anterior, en algunas de las Reuniones Nacionales de Ginecología y Obstetricia, se ha considerado en trabajos bien documentados este hecho y se ha propuesto el control de este medicamento, plan que no se ha llevado a la práctica porque, desgraciadamente, muchas y muy buenas proposiciones planteadas en otras reuniones han dejado de hacerse efectivas por la falta de un organismo que se encargue de promover la aplicación de estas proposiciones.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la rotura uterina es de gran responsabilidad porque sólo el reconocimiento oportuno de este grave trastorno permite salvar a la mujer, ya que el producto sucumbe casi siempre irremediadamente.

El pronóstico, también es grave y sólo se puede mejorar cuando es posible reconocer los signos de rotura inminente del útero. Lo primero que llama la atención, en el cuadro de rotura inminente, es el estado anormal de la parturienta, la angustia que presenta por la intensidad y la persistencia de los dolores. El pulso está acelerado y es frecuente la presencia de fiebre. A la palpación es notable el contraste entre el cuerpo uterino contraído al máximo y el adelgazamiento y la sensibilidad dolorosa del segmento inferior. Próximo a este anillo limítrofe (anillo de Bandl) se tocan los ligamentos redondos sumamente tensos en forma de cordones duros y muy dolorosos.

Las contracciones, cuando no han dado lugar a la presencia de un síndrome de tetanismo uterino, se suceden con intervalos cada vez más cortos.

La situación del feto resulta casi imposible de determinarse por la exploración externa.

Al tacto podemos encontrar una presentación encajada o fija sobre el estrecho superior.

Los latidos fetales, cuando estos aún no han desaparecido, se perciben con dificultad debido a la actividad contráctil del útero.

Los síntomas de rotura uterina consumada hacen su aparición, con el signo casi patognomónico de la cesación

de las contracciones uterinas después de un brusco dolor en el abdomen, localizado casi siempre en el sitio topográfico que corresponde al punto del desgarro. Inmediatamente después, la mujer presenta una sensación de alivio por la desaparición de las contracciones, pero al mismo tiempo aparece un estado sincopal de acuerdo con la intensidad de la hemorragia y el cambio de la presión intraabdominal.

A la palpación es posible descubrir las partes fetales muy cercanas a la piel en una actitud, a veces, fácilmente variable. Puede encontrarse la matriz completamente retraída en la fosa iliaca o en el flanco opuesto a donde se encuentren las partes fetales.

Por el tacto, si la presentación está encajada, los signos que se recogen son poco importantes, pero si el producto ha pasado a la cavidad abdominal puede encontrarse la solución de continuidad y apreciarse su extensión, dirección y profundidad.

Por la auscultación se comprueba que han desaparecido los latidos fetales.

Los síntomas de rotura incompleta muchas veces son semejantes a los antes descritos, pero siempre menos dramáticos. Añadido a esto presenciamos muchas veces una hemorragia que está en relación con los vasos heridos.

TRATAMIENTO

Todas las veces que la dinámica uterina tenga que cumplir un trabajo enérgico y prolongado se debe estar en atenta vigilancia para conocer el momento en que pudieran apreciarse cambios que más tarde pusieran a la matriz en un estado de rotura inminente. Si la aplicación de antinervinos no ha respondido a la manera deseada, será necesario reemplazar ese método terapéutico por los recursos que más convengan.

Estando el feto vivo, y si las vías naturales lo permiten, podrá usarse el fórceps, siempre y cuando se hallan reunido las indicaciones y las condiciones necesarias para su aplicación y si añadido a esto, el segmento inferior no sea capaz de distenderse más, ni el producto agrave su sufrimiento por este método. En el caso contrario, será preferible usar la vía abdominal. Un recurso será la laparotomía, ya sea porque haya necesidad de extraer un producto que se encuentre todo o en parte dentro de la cavidad abdominal o que el fin sea con objeto de suturar una herida uterina posparto.

Se comprende que una intervención quirúrgica con la que se va a reparar una rotura uterina debe tener un

preoperatorio con miras a corregir el estado de shock y la hemorragia con que estas enfermas se presentan.

El trans y el posoperatorio irán de acuerdo con la intervención quirúrgica y con sus resultados.

Si la herida uterina es de bordes regulares, sin infiltrados sanguíneos y de una extensión tal que pueda suponerse que la morfología y la fisiología uterina no queden grandemente afectadas, se procederá a la reconstrucción con la técnica habitual para el cierre de la pared uterina en la operación cesárea. Previamente se facilitará el avienamiento del útero por la colocación de gasa exteriorizando su extremo por la vagina.

Si la herida es irregular, pero que se vea que fácilmente puede regularizarse quitando los infiltrados sanguíneos, así como las partes mortificadas de los bordes, hecho esto se procederá a la sutura.

La histerectomía estará indicada cuando la extensión de la herida y sus infiltrados sean de tal consideración que quede el peligro latente de la rotura uterina.

En la rotura incompleta superiotinial la conducta a seguir estará regida por el valor de la hemorragia y muchas veces será la laparotomía la que haga el diagnóstico preciso y establezca la conducta terapéutica.

ESTADÍSTICA

Sobre 19 casos de rotura uterina fueron sometidos a intervención quirúrgica 16, pues los tres restantes fueron enfermas que fallecieron en el momento de ingresar al servicio de maternidad de este hospital.

Roturas uterinas	19
Intervención quirúrgica	16
No operables por fallecer al ingresar	3
Múltiparas	14
Primíparas	5
Éxito operatorio	12
Muerte materna	4
Rotura segmentaria	12
Rotura segmento corporal	2
Rotura corporal	2
Sutura de herida uterina	15
Histerectomía	1
Aplicación inadecuada de ocitócicos	12
Maniobras tocoquirúrgicas y ocitócicos	5

Maniobras tocoquirúrgicas	2
De causa fetal (presentación transversa con o sin procedencia de miembro; variedad de posición posterior)	10
De causa materna (desproporción cefalopélvica)	1
De causa ovular (retención placentaria)	1
Causas puras que trastornaron la sinergia contráctil	7
Productos vivos	4
Productos muertos	15

CONCLUSIONES

La Rotura Uterina es un accidente grave para la madre y casi siempre fatal para el producto.

Su incidencia es mayor en la multípara que en la primigrávida.

Es más frecuente la rotura a nivel de la porción segmentaria del útero.

Toda causa, materna o fetal, que impida la libre expulsión del producto puede predisponer a la rotura uterina y si a esto se añade la excitación al trabajo uterino por el empleo de ocitócicos ésta se presentará casi irremediablemente.

PROPOSICIÓN CONCRETA

Dado el riesgo real y frecuente del uso inadecuado de los ocitócicos, se propone buscar la manera de reglamentar su empleo en la obstetricia.