

RUPTURA UTERINA (*)

DR. MANUEL GONZALES DEL RIEGO

QUIERO dejar expresa constancia de mi reconocimiento a los Organizadores de este magnífico certamen, que de modesta expresión local se ha convertido gracias a la generosa presencia de tan ilustres y preclaros exponentes de ésta Rama de la Ciencia Médica Americana, en una maravillosa y promisoramente justa Internacional. Es pues por este inmerecido honor de haberseme escogido como portavoz de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología para traer a Uds. los resultados de la discreta labor cumplida en la Maternidad de Lima, en lo que a Rupturas Uterinas se refiere en el lapso comprendido entre los años 1950 al 58 inclusive, que deseo decir muy alto de mi gratitud, de mi emoción y de la grave responsabilidad en que he incurrido al aceptarla. La Sociedad al designar como primer tema de Obstetricia "Las Rupturas Uterinas" ha querido poner de relieve la importancia de esta complicación tan conocida y tan temida; de la que se han ocupado los principales cultores de ésta especialidad, en todas las épocas y en todas las latitudes renovando conceptos, adaptando y adoptando las nuevas técnicas tendientes tanto a la previsión del accidente como a su mejor tratamiento, y realmente los resultados de la aplicación de estas novedades técnicas y terapéuticas han sido altamente benéficos en lo que a resultados positivos y finales se refiere, como son: menor mortalidad materna y fetal. Sin embargo pese a todos estos adelantos el número de accidentes si bien han disminuído en muchos países, se siguen presentando en proporción nada despreciable en muchos otros, y la mortalidad materna representa todavía una cifra significativa, multiplicada en mucho, cuando se habla de mortinatalidad. Es por eso que me parece un acierto haber traído una vez más a discusión un tema que pese a su antigüedad y a lo extensamente tratado, es por su naturaleza, por sus características individualizadas para cada País o región y por su enorme trascendencia social y humana, un tema siempre actual. Para mayor abundamiento quiero citar recientes expresiones de autores de países distintos, de diferente formación, pero de igual sensibilidad para reaccionar ante la tragedia: "Accidente de pronóstico siempre grave, puede llevar rápidamente a la muerte a la madre y al niño". (1) "La ruptura del útero grávido es todavía una de las más serias catástrofes en Obstetricia. Pese a la terapéutica moderna, la mortalidad materna asociada a este accidente permanece alta". (2) "La ruptura del útero constituye una de las más serias complicaciones de la gestación". (3) "La ruptura uterina a partir de la época de viabilidad del feto continúa siendo uno de los problemas obstétricos más serios, aún en centros de atención especializada". (4) Es pues inobjetable su importancia y útil su actualización. Nos sirve

(*) Relato Oficial al I Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, marzo - 1959.

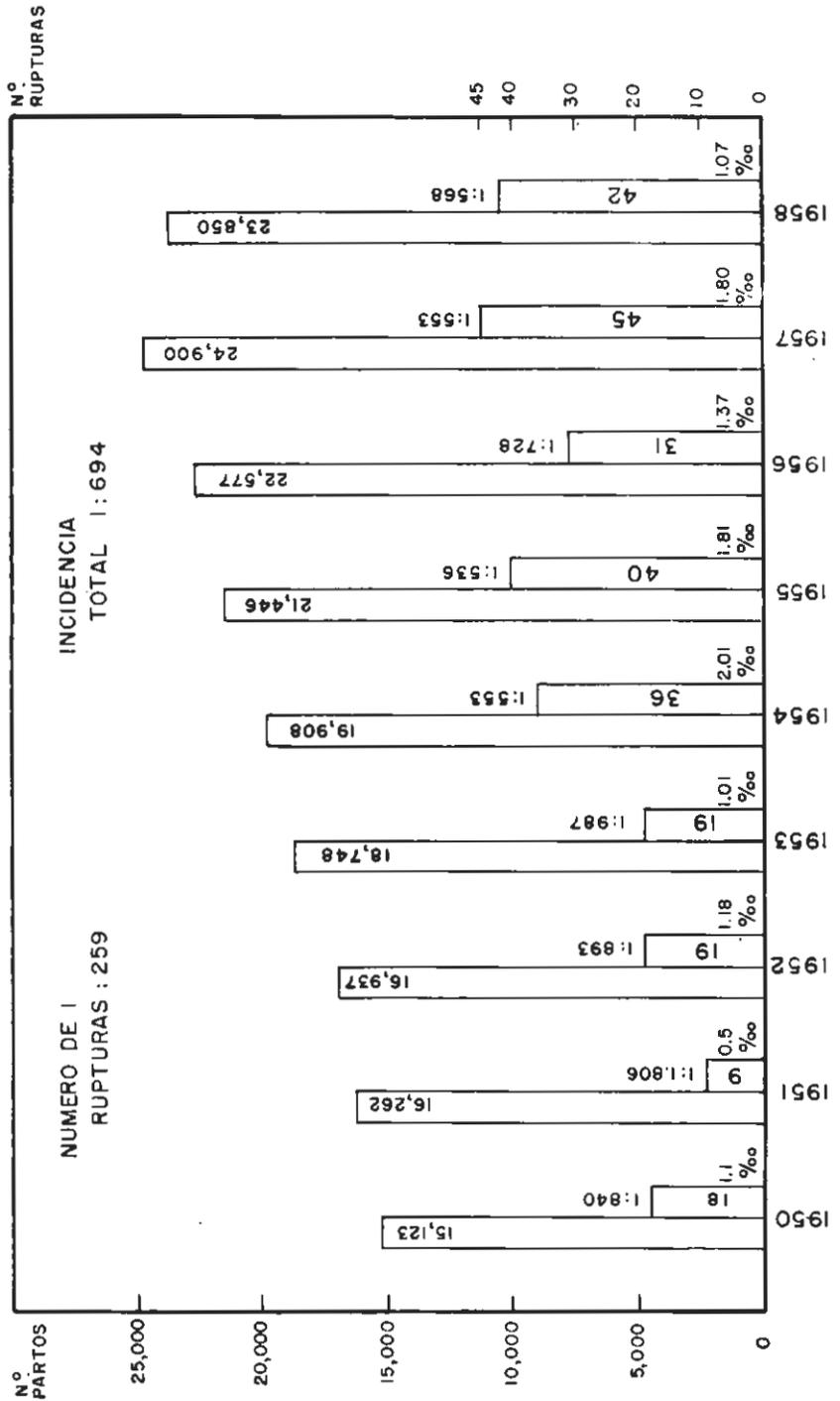
también para actualizar la discusión sobre ciertos temas hoy ya tamizados por la experiencia a través del tiempo como el verdadero lugar de la cesárea segmentaria, preconizada como ideal para la conservación de la capacidad funcional uterina y preservación de su integridad en futuros partos vaginales en madres cesareadas por causas no limitantes u obstructivas de la pelvis, y si hoy podemos dar fe de esas virtudes al compararlas con los accidentes producidos en los intentos de partos vaginales en madres portadoras de una cicatriz uterina corporal podemos también decir enfáticamente que las cicatrices de las cesáreas segmentarias también suelen producir accidentes de sintomatología peculiar impuesta por sus características anatómicas, que si bien son más benignos que los accidentes de las corporales, también es verdad que por su mayor dificultad diagnóstica y por las complicaciones que originan pueden determinar fatales resultados también. Su frecuencia es un tema de polémica aún; no es posible decir la última palabra, pues la referencia se dificulta por el abandono casi total de la incisión corporal y la preferencia Universal por la incisión segmentaria.

En el curso del presente trabajo expondremos los resultados obtenidos en el Hospital de Maternidad de Lima en el lapso de tiempo comprendido entre el 1º de enero de 1950 hasta el 31 de diciembre de 1958. Sólo nos ocuparemos de las rupturas uterinas de la gestación acaecidas durante los últimos meses, es decir, cuando el producto de la concepción se hace viable, dejando de lado en esta oportunidad las perforaciones uterinas. Así sólo nos referiremos a las rasgaduras del cuello uterino, cuando la propagación de la ruptura del segmento inferior lo comprometa, o dicho de otro modo, sólo tomaremos en cuenta las rupturas uterinas que comprometan al cuerpo o al segmento, las que en su trazo comprometen ambas secciones y a las que al extenderse hacia abajo comprometan al cuello. Hacemos énfasis en estas últimas porque ofrecen características anátomo-clínicas especiales, determinando en ocasiones accidentes que de ignorarse y no ser corregidos oportunamente, pueden ser de consecuencias. Nos referimos específicamente al compromiso de la vagina, posible en ésta última modalidad de rupturas uterinas propagadas del segmento al cuello, en las cuales, si no se practica la colporexis adecuada la hemorragia no cesa pese a la perfecta intervención abdominal.

Nuestro trabajo se basa en el estudio de 179,751 partos atendidos en la Maternidad de Lima en el lapso de tiempo anotado. Ocurrieron 259 Rupturas Uterinas, lo que nos da una frecuencia de 1 por 694 partos o sea una incidencia de 1.4 %; cifra bastante elevada y que está muy por encima de las menos favorecidas estadísticas modernas. Cuadro N° 1.

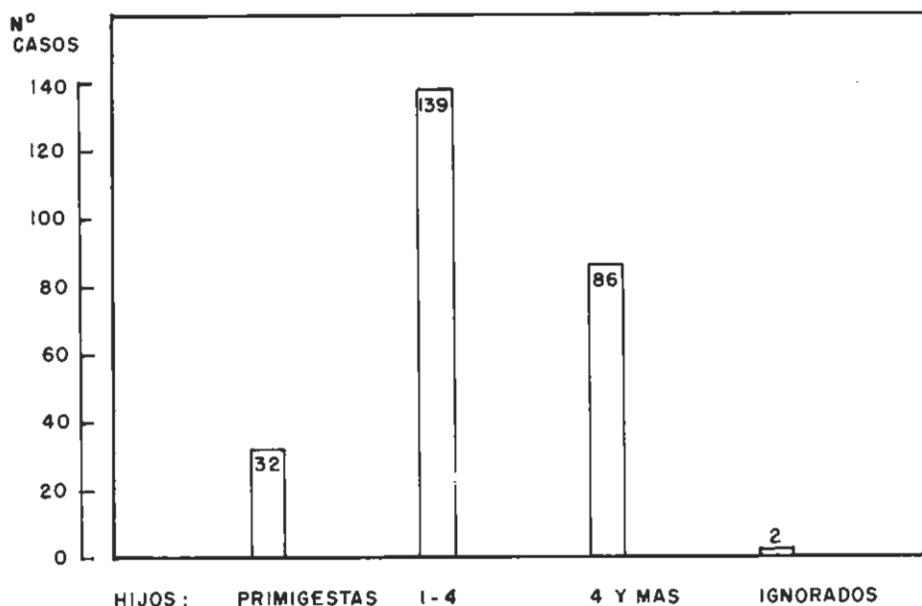
Es muy sugestivo observar como la incidencia se mantiene casi uniforme en el curso de los nueve años estudiados, pese a que como es fácil comprender los adelantos técnicos y terapéuticos permiten hoy una mejor conducción del embarazo y mejor atención del parto; debería por consiguiente haberse rebajado el número de accidentes. Esta aparente contradicción se explicaría por las peculiares características de nuestro pueblo de cultura rudimentaria

CUADRO I INCIDENCIA DE RUPTURA UTERINA EN 179,751 PARTOS EN LA MATERNIDAD DE LIMA 1950 - 1958



que debido a su ignorancia acude a los centros asistenciales en el último instante, a veces con la lesión ya producida. Si a esto agregamos la calidad del terreno óptimo para esta clase de accidentes, nos es fácil comprenderla. Además la centralización de nuestros servicios hospitalarios especializados que prestan atención a la población de grandes extensiones territoriales que utilizando las modernas facilidades para transportarse confluyen a la Maternidad de Lima, congestionando sus Servicios y creando conflictos para el manejo y atención que cada caso requiere. Además el ardor quirúrgico que ha caracterizado a estas últimas décadas ha dejado sentir su influencia por la gran cantidad de cesáreas practicadas y las rupturas que subsecuentemente determinan.

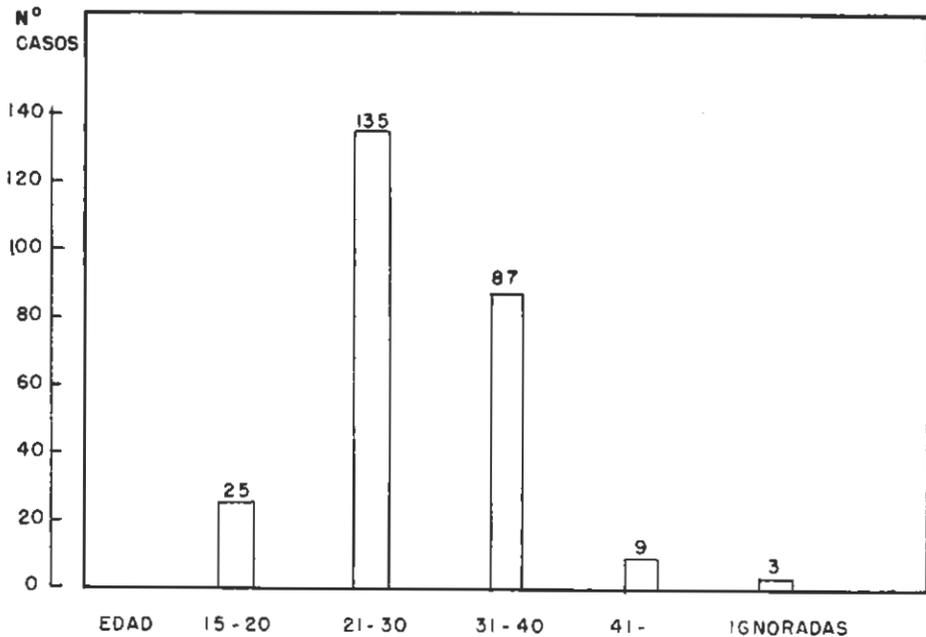
CUADRO II PARIDAD - DISTRIBUCION DE LAS RUPTURAS UTERINAS EN 259 CASOS. (MAT. LIMA 1950 - 58)



En el cuadro N° 2 podemos apreciar las rupturas agrupadas según la paridad; como es clásico en lo que a este punto se refiere, entre las multíparas el porcentaje es abrumador si lo comparamos con el grupo de nulíparas. Alcanzan el 86.87 % las primeras, y el 12.35 % las segundas. Entre las multíparas la mayor proporción se encuentra entre las de uno a cuatro hijos con 139 mujeres o sea el 71.77 % de las paras y el grupo de mujeres con más de cuatro hijos suman 86, o sea el 38.22 %.

La frecuencia según la edad como lo demuestra el cuadro N° 3. hace víctima en especial a las mujeres en la plenitud de su capacidad genital, o sea a las del grupo de 21 a 30 años; siguiéndolas el grupo de 31 a 40 años. Esta división artificial, la hemos hecho caprichosamente sin que obedezca a razón

CUADRO III EDAD - DISTRIBUCION DE LAS RUPTURAS UTERINAS EN 259 CASOS. (MAT. LIMA 1950-58)



justificable científicamente, como que tampoco se puede esgrimir razón alguna de edad como causa etiológica del paciente, salvo que nos pongamos en los extremos, en los que la inmadurez con las limitaciones de conformación ósea y deficiente desarrollo de la fibra muscular o la edad muy avanzada en la que los procesos degenerativos característicos puedan representar la causa determinante. En general la mayor incidencia corre pareja con la edad ideal de la reproducción, o sea, entre los 21 y 30 años.

En cuanto al momento que estas rupturas se han producido, las consideramos en dos grandes grupos; las producidas durante el embarazo y las que se realizan cuando el trabajo de parto se ha iniciado. Es interesante señalar la mínima proporción que corresponde al primer grupo; sólo ocurrieron 10 rupturas, de las cuales ocho se produjeron en mujeres anteriormente cesareadas y dos fueron grandes multiparas. De las 8 cesareadas ninguna llegaba a los 9 meses; tres eran de más de siete meses, tres de ocho y las dos restantes tenían más de ocho, pero menos de nueve. Todas eran segundigestas, una había sido operada hacía ocho años, las restantes variaban entre uno y dos años de operadas. Todo esto hace pensar con fundamento que la cicatrización de esas heridas fue defectuosa. Las razones no la podemos precisar. La mortalidad en el grupo de las anteriormente cesareadas fue de 4, o sea el 50%. De las dos multiparas con más de cinco hijos cada una, la ruptura ocurrió al final de la gestación. Ambas hicieron rupturas completas. No hubo decesos.

CUADRO IV. CAUSAS ETIOLÓGICAS DE LAS RUPTURAS UTERINAS DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO EN 259 CASOS. (Mat. Lima, 1950-58)

	Nº Casos	%
1. Durante el embarazo:		
Multiparidad	2	
Cesáreas u operaciones anteriores	8	
	10	3.8
2. Durante el trabajo del parto		
a) Cesáreas anteriores:		
Corporales	50	
Segmentárea	20	
	70	27.0
b) Espontáneas	121	46.7
c) Traumáticas	58	22.5
	259	100.0

Durante el trabajo ocurrieron en total 249 rupturas, o sea el 96.12 %; de las cuales 70 fueron dehiscencias de cicatrices operatorias anteriores, no se consignan otras causas determinantes inmediatas. La ruptura se produjo durante el primer estadio del parto. Conforman un porcentaje de 27 %.

El segundo grupo de esta serie lo conforman 121 rupturas en las que el accidente se produjo sin que pudiera señalarse causa externa como factor predisponente o determinante. Eran úteros aparentemente sanos, y en su patogenia sólo intervino el músculo uterino activo y el obstáculo que lo contrariaba. Son las llamadas rupturas espontáneas. Conforman el 46.7 %.

Las rupturas traumáticas, en las que la causa etiológica inmediata está representada por la maniobra o intervención obstétrica intentada para remediar la contingencia y que por diversos mecanismos llega a la ruptura del músculo uterino, suman en total 58, o sea el 22.5 % del total de las rupturas.

En las rupturas acaecidas antes del trabajo de parto se citan como factores etiológicos todos los procesos que provoquen trastornos tróficos de la fibra uterina o que la destruyan, siendo reemplazada por tejido fibroso cicatricial. Entre estos se suelen enumerar los corioadenomas y demás tumores trofoblásticos. La gran multiparidad con su propio cortejo degenerativo por las repetidas agresiones gestacionales y las determinadas por los procesos sobreagregados como en maniobras y operaciones obstétricas, alumbramientos artificiales y laceraciones de los distintos segmentos, corregidas o espontáneamente curadas y el cortejo inexorable de infecciones graves o leves que inexorablemente también dejan su indeleble secuela que a largo o corto plazo debe rendir su tributo de dolor y tragedia. Las cicatrices dejadas por las intervenciones quirúrgicas; Cesáreas, Miomectomías, Operaciones reparadoras o plásticas. No insistiremos sobre los cambios que sufren las fibras uterinas posteriormente y la calidad de tejido de sustitución, el punto está ampliamente tra-

tado y hay un consenso al respecto. En las estadísticas comentadas, encontramos en este grupo dos rupturas entre las grandes multíparas, sin ninguna muerte materna. Entre las portadoras de cicatrices de cesárea encontramos ocho, acaecidas todas antes del término de la gestación y de ellas fallecieron cuatro madres y cuatro niños.

CUADRO V. FACTORES PREDISPONENTES EN LAS RUPTURAS UTERINAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO 249 CASOS

	Nº Casos	%
1. Cesáreas previas	70	28.1
2. Espontáneas		
Vicios pelvianos	38	
Presentaciones deflexionadas	12	
Presentaciones oblicuas	30	
Gran multiparidad	12	
Trabajo prolongado	10	
No especificadas	19	
	121	48.5
3. Traumáticas		
Versión por maniobras internas	37	
Forceps	7	
Baciotripsia	1	
Alumbramiento manual	2	
Extracción podálica	8	
Ocitocicos	3	
	58	23.4
	249	100.0

Las rupturas espontáneas durante el trabajo de parto suman en nuestra estadística 121 accidentes, conformando el 48.5 % de las rupturas y dieron una mortalidad de 40 madres o sea el 56.33% de la mortalidad total. Las cifras son elocuentes y nos relevan de la necesidad de mayores comentarios acerca de su importancia y gravedad. Si puntualizamos la mortinatalidad en este grupo confrontamos una realidad pavorosa, alcanza a 87 ó sea el 60.51% de la mortalidad. Entre las causas señaladas como determinantes juegan generalmente la gran multiparidad por las razones anteriormente expuestas, los vicios pelvianos, los vicios de presentación, el trabajo prolongado, fetos sobredesarrollados; es decir, todas aquellas causas mecánicas que ofreciendo una resistencia mayor que la del útero, venzan la capacidad de la fibra uterina, ya rebajada y alteren su integridad. Entre nosotros la causa que mayores rupturas ha producido fué la pelvis viciada con treintiocho casos y el 31.40 %. Le siguen las presentaciones viciosas, entre las cuales la oblicua con presentación de hombro se presentó 30 veces con el 24.79 %. Las presentaciones cefálicas altas deflexionadas, con la gran multiparidad corren parejas con doce casos cada una, lo que representa el 9.91 %. El trabajo prolongado en 10 oportunidades

y 19 casos imposible de precisar. En las estadísticas que tratamos el defecto pelviano encontrado ha sido siempre la pelvis plana simple no reconocida como tal antes del accidente o su reducción era tan pequeña que produjo una sensación optimista en el personal asistente. Por lo demás ningún niño en estos casos tuvo sobre-peso, pues sólo en tres casos los niños pesaron 4.000 gr.

A 58 asciende el número de las rupturas uterinas traumáticas lo que representa el 23.4 % de las rupturas. La causa determinante que ha actuado en mayor proporción ha sido la versión interna seguida de extracción, con 37 casos o sea el 63.79 %; le sigue la extracción podálica con 8 casos y el 13.79 %; el forceps ocupa el tercer lugar con 7 casos y el 12 %; a continuación vienen el abuso de ocitósicos con 3 casos; el alumbramiento manual, con 2 y el uso del basiotribo con 1 caso. Confirmando el consenso Universal, en este caso también los desastrosos efectos de la versión interna han sido evidentes, las 37 intervenciones determinaron nueve muertes maternas y 18 niños muertos. Operación peligrosa, requiere: pericia, serenidad, gran ponderación y estricto cumplimiento de los requisitos previos a su realización; desgraciadamente a menudo no son éstas las personas que las hacen ni se recuerdan los postulados; de otra manera no tendríamos que señalar hasta siete casos de intento de versión con cuello incompletamente dilatado, con el accidente como corolario: cuatro rupturas complicadas con compromiso de cuello y segmento; de estas con una lesión de la vejiga, y en dos con lesiones vaginales graves que obligan a su reparación posterior para cohibir la hemorragia, presente aún después de la correcta corrección abdominal de la compleja lesión uterina. Muchos de los considerandos expuestos al ocuparnos de la Versión, podíamos repetirlos al referirnos a la extracción podálica, sobre todo cuando esta se intenta con dilatación incompleta; en los casos de hipertonia o cuando no se ha llevado a cabo una justa apreciación del valor de la pelvis y de la cabeza fetal; la nuliparidad acrecienta las propias dificultades de la maniobra misma y con ello sus riesgos. Cinco primigestas hubieron en el grupo de las versiones y dos en el de las extracciones. La aplicación de forceps ocupa el tercer lugar con 7 casos, todas fueron aplicaciones oblicuas que ofrecieron dificultades. En este grupo hubieron cuatro primigestas. En tres casos se señala como causa el abuso de ocitócicos, fueron provenientes de medios particulares donde fueron tratadas hasta el momento de su ingreso, llegando al Hospital en mal estado, diagnosticándose en dos casos inminencia de ruptura y comprobándose posteriormente la ruptura subserosa del segmento inferior y en la otra la ruptura estaba establecida y a la intervención se constató una ruptura completa del segmento inferior por la cual se insinuaba la cabeza fetal.

El alumbramiento manual, de placentas acretas, ha sido señalado en dos oportunidades y por último, una maniobra accidental al practicar una basiotripsia fue la causa de 1 caso.

CUADRO VI. ANATOMIA PATOLOGICA DE LAS RUPTURAS UTERINAS: CASOS (Maternidad de Lima, 1950-58)

	Nº Casos	%
1. Completas:		
Cuerpo	77	
Segmento inferior	95	
Corpo-segmentarias	26	
	198	76.4
2. Incompletas:		
Cuerpo	19	
Segmento inferior	38	
	57	22.1
3. Complicadas:	4	1.5
	259	100.0

Toda cicatriz de la de la superficie uterina representa un punto débil con posibilidad de fallar en el momento en que sea sometido a esfuerzos máximos y no hay ocasión más objetiva para demostrarlo que el parto. En todas las estadísticas figuran con cifras expresivas como causa de este accidente; entre nosotros se han presentado 78 casos, 8 durante la gestación, 3.1 % y 70 casos durante el trabajo, 27 % (Cuadro IV). Su importancia estriba no sólo en su frecuencia, sino en la sintomatología que exhiben diferente a la expresión sintomática clásica de la ruptura uterina. En general su sintomatología es tan discreta que en muchos casos suele pasar desapercibida y sólo posteriormente cuando se instala el shock y la anemia, son diagnosticados. También tenemos que convenir en que son de pronóstico benigno y de tratamiento más sencillo.

Las lesiones producidas por las rupturas uterinas antes y durante el trabajo pueden interesar todo el espesor del órgano, comprometiendo sus tres capas (198 casos) o sólo comprometer dos de ellas, (57 casos) generalmente la mucosa y la muscular, dejando intacta la capa serosa (Mgryer) es la más rara, sin embargo Pedowitz y Perell citan recientemente dos casos de este tipo. El sitio de la lesión puede limitarse a uno de los segmentos, a ambos o a toda la longitud del órgano comprendiendo también el cuello. Pueden comprometer los órganos vecinos y la vagina. Entre los primeros los más usualmente comprometidos son la vejiga y el recto. En cuanto a las lesiones de la vagina no se acostumbra a darle la importancia que en ciertos casos adquiere, anteriormente lo hemos señalado, y más tarde en el capítulo dedicado al tratamiento volveremos a ocuparnos insistiendo en subrayar su eventual jerarquía. En cuanto a la parte del órgano donde asienta la herida encontramos que las rupturas del cuerpo suman 96, las del segmento inferior 133, las que se extienden de un segmento a otro comprometiendo a ambos, 26. Entre las complicadas con lesión de órgano vecino, 4. En todos los casos revisados el órgano afectado fue la vejiga.

CUADRO VII. ANATOMIA PATOLOGICA. LOCALIZACION DE LA RUPTURA UTERINA 259 CASOS (Maternidad de Lima, 1950-58)

	Nº Casos	%
1. Cuerpo: Trazo longitudinal	99	38.2
2. Cuerpo y segmento: Trazo longitudinal	26	10.4
3. Segmento		
Trazo longitudinal	82	
Trazo horizontal	39	
	121	46.4
4. Segmento y cuello	13	5.0
	259	100.0

La dirección que usualmente sigue la rasgadura oscila entre las dos direcciones fundamentales: longitudinal u horizontal; entre estos dos ejes fundamentales suelen encontrarse toda la gama de variaciones posibles de desarrollarse en heridas que no obedecen a ninguna regla fundamental en su propagación y que son producidas por agentes muy diversos en su naturaleza, su acción, tiempo y zona sobre la que actúan. En la estadística que comentamos podemos señalar en 220 como de tipo longitudinal y en 39 casos el tipo transversal. Entre los primeros podemos diferenciar 87 casos de tipo francamente vertical, entre los que se encuentran las dehiscencias de cicatrices de cesáreas anteriores de tipo corporal o segmento corporal; 115 en las que la dirección es de tendencia oblicua comprendiendo total o casi íntegramente el cuerpo uterino; en 13 desde el fondo hasta el cuello; una de las caras en 90; una de las caras y el segmento inferior en 12. En 18 casos los trazos eran irregulares, con heridas complejas y a veces múltiples. Podemos analizarlas así: en cinco casos el compromiso se extendía a ambas caras del segmento inferior; en nueve casos la lesión se extendía del segmento inferior hasta el cuello y por último en cuatro casos se menciona que la herida se extendía hacia abajo comprometiendo el segmento, el cuello y la vagina; estas heridas localizadas al borde derecho se abrían al paramatrimo correspondiente con formación de gran hematoma e infiltración de los tejidos vecinos. En 39 casos la ruptura mostraba un trazo francamente de tendencia transversal, entre éstos no puedo dejar de mencionar uno que por su rareza, al menos entre nosotros, nos llamó la atención; se trataba de la dehiscencia de una antigua cicatriz de cesárea fúndica siendo el trazo francamente horizontal y abarcaba de un cuerno al otro. La localización de las restantes fue en el segmento inferior.

CUADRO VIII. LOCALIZACION DE LA INCISION UTERINA EN 259 CASOS DE RUPTURA UTERINA

Localización incisión	DURANTE EL EMBARAZO				DURANTE EL PARTO					Total General	
	Cesárea previa		Multiparidad		Cesárea previa		Espontánea		Traumática		
	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa		Incompleta
1. Clásica . . .	6	2	2		46	4	61	2	12	2	137
2. Segmentaria	—	—	—		7	13	38	20	34	10	122
	6	2	2		53	17	99	22	46	12	259

El mecanismo por el cual se produce la dehiscencia de una antigua cicatriz uterina durante el trabajo de parto o antes de su iniciación ha sido objeto de constante preocupación e inquietud de los especialistas, se acepta que la defectuosa reparación a expensas de tejido conjuntivo fibroso, es la causa más frecuente, no pudiendo precisar cuál sería el mecanismo íntimo que determina esta anomalía, puesto que en la mayoría de las operadas la reparación se hace tan perfectamente que no sólo macroscópicamente sino que aún al examen microscópico es difícil precisar el sitio de una antigua cicatriz. Desde el punto de vista funcional se comportan como todo órgano sano, ratificando su capacidad en sucesivos partos vaginales; pero aún así la cicatriz siempre constituirá el punto débil y cuando los fenómenos degenerativos de la multiparidad se hagan presentes, el asiento de la ruptura será seguramente el lecho de la antigua sutura. Así parece demostrarlo el hecho de dos grandes multíparas que en el primer parto, por causas funcionales, fueron cesareadas y continuaron en actividad gestacional, teniendo una cuatro partos normales posteriormente, siendo atendida en distintas circunscripciones por parteras y en el sexto embarazo al iniciarse el trabajo de parto del embarazo a término, sin causa aparente se produjo el accidente, rompiéndose el útero en toda la extensión de una antigua cesárea corporal. En el segundo caso, la protagonista era también una gran multípara que después de un primer parto normal, fue cesareada en el segundo por placenta previa; posteriormente tuvo cuatro embarazos, tres a término con partos normales y uno prematuro, sin incidentes; en la séptima oportunidad con embarazo a término, presentación cefálica en contacto con el estrecho superior se desarrollaba su proceso normalmente, cuando en forma también inesperada se produjo la ruptura, siendo oportunamente diagnosticada beneficiándose ambos, madre y niño, con el eficaz tratamiento. De todas maneras su frecuencia es considerable variando según la opinión de los diversos autores entre 15 y 10 %. Actualmente en casi todos los centros especializados representan el mayor porcentaje en el total de accidentes de esta naturaleza y seguramente que si fueran diagnosticadas todas las

rupturas incompletas leves que hacen su evolución silenciosa y curan espontáneamente, su número sería más elevado. En la estadística de la Maternidad de Lima en el tiempo estudiado, sobre 259 rupturas se han presentado 78 casos de disrupción de cicatrices antiguas, lo que representa el 30.1 % del total de las rupturas, que con la atingencia anterior seguramente será mayor. De éstas, ocho se produjeron antes del trabajo y 70 en plena actividad contractil del útero.

CUADRO IX. SINTOMATOLOGIA EN 259 CASOS DE RUPTURA UTERINA
(Maternidad de Lima, 1950-58)

EPOCA Y ETIOLOGIA DE LA RUPTURA		S I N T O M A S				
		Ninguno	Dolor	Shock	HEMORRIAGIA externa interna	
	Cesareadas anteriores		4	8	6	8
1.	Durante el embarazo					
	Multiparidad	—	2	—	—	—
2.	Durante el parto					
	a) Cesárea anterior		21	42	27 *	51
	b) Espontánea		51	75	66	83
	c) Traumática		15	45	36	52
(*)	Discreta.		93	170	135	194

Los síntomas clásicos de la ruptura uterina, actualmente sólo es posible encontrarlos conformando el cuadro clínico típico en las rupturas espontáneas que ocurren durante el trabajo de parto y aún así, con la difusión de los métodos de analgesia y anestesia obstétrica, aún en esta clase de roturas es menos frecuente. En cuanto a las roturas traumáticas como es necesario anestesiar a la paciente para la práctica de la operación o maniobra obstétrica determinante del accidente, la ausencia es la regla. La disrupción de las cicatrices de operaciones anteriores, tiene una sintomatología propia, en ellas la presencia de los síntomas clásicos como dolor agudo, detención de la actividad uterina, etc.; es la excepción. Sólo cuando la dehiscencia es brusca y completa, con pasaje del contenido uterino a la cavidad, el cuadro clínico se establece de acuerdo a la regla. Por lo general son insidiosas en sus manifestaciones y tardan en establecerse; el trabajo puede no interrumpirse y la hemorragia, tanto externa como interna de muy poca consideración. Por todo esto el diagnóstico se hace más difícil, retardándose el tratamiento y con ello acrecentándose el riesgo para la madre y el niño.

Entre nosotros la sintomatología ha sido muy variada analizando los distintos cuadros sin tener en cuenta nada más que la época en que se produjo, tenemos que encontramos el síntoma dolor en 6 de los casos producidos antes de la iniciación del trabajo y en 87 de las ocurridas durante el trabajo; que se descomponen así: en cesareadas anteriores 21 casos; espontáneas 51 y traumáticas 15. El Shock, se presentó en ocho de las ocurridas antes del trabajo y en 162 durante el trabajo. Pérdida sanguínea vaginal de

diversa intensidad; antes del trabajo, en 6 y durante el trabajo en 129; hemorragia interna en las 10 ocurridas antes del trabajo y en 186 durante el trabajo. No presentaron sintomatología apreciable haciéndose el diagnóstico de probabilidad o en la mesa de operaciones en 87.

CUADRO X. MORTALIDAD MATERNA Y FETAL EN 259 CASOS DE RUPTURA UTERINA. MATERNIDAD DE LIMA. 1950-58

Epoca y etiología de la ruptura	Nº Casos		Muerte fetal *			Muerte materna **		
	Nº	Total	Nº	Total	%	Nº	Total	%
1. <i>Durante el embarazo</i>								
Cesárea anterior	8		4		1.5	4		1.5
Multiparidad	2		—		—	—		—
2. <i>Durante el parto</i>								
a. Cesárea previa								
Corporales	50		24			6		
Segmentarias	20	70	9	33	12.8	4	10	3.8
b. Espontáneas								
Vicios pelvianos	38		27					
Presentación deflex. ...	12		4					
Presentación oblicua ..	30		24					
Gran multiparidad	12		4					
Trabajo prolongado ...	10		9					
No clasificadas	19	121	19	87	33.6	40	155	15.5
c. Traumáticas								
Versión interna	37		18					
Forceps	7		3					
Baciotripsia	1		1					
Alumbramiento manual	2		—					
Ext. podálica	8		6					
Ocitósicos	3	58	—	31	11.9	17	6.6	
		259		155	59.8	71	27.4	

* Referida a las rupturas uterinas.

** Mortalidad materna referida a 179,751 partos: 0. 309 %.

El shock y la anemia, junto con la pérdida de sangre por la vagina son los síntomas que más han servido para hacer el diagnóstico y en las rupturas traumáticas con paciente anestesiada, la revisión manual de la cavidad uterina. Esta maniobra que antes casi no se practicaba por temor a la infección posterior, hoy es de rutina en todos los casos en los que se haya practicado una operación o maniobra obstétrica con inconvenientes en su ejecución o dificultades en su realización y aún en los casos de alumbramiento artificial, debe hacerse. En muchas oportunidades es el único medio de llegar al diagnóstico inmediato y solucionar oportunamente graves conflictos.

La ruptura uterina entre nosotros es todavía un accidente relativamente frecuente y cuyas consecuencias apreciadas en la mortalidad materna y fetal que de ella se deriva son dignas de nuestra mayor consideración. La mortalidad materna total en la estadística que presentamos es de 71; de las cuales 14 se presentaron en cesareadas anteriormente, de éstas, 4 se presen-

taron antes del trabajo y diez durante él; de las catorce en 8 la muerte se debió al shock irreversible por tratamiento tardío o a falta del mismo; en seis, la muerte se produjo por anemia aguda. Si recordamos que el número de rupturas en mujeres anteriormente cesareadas fue de 78, vemos que la mortalidad en este tipo representa el 17.94 %. En el grupo de las espontáneas la mortalidad alcanzó a 40, las cuales todas ocurrieron durante el trabajo; 13 por hemorragia cataclísmica; 17 por shock; 1 por septicemia y causas complejas mal determinadas. Entre las rupturas traumáticas fallecieron 17; 4 por anemia aguda después de ser sometidas a tratamiento activo quirúrgico, sin poder cohibir la pérdida sanguínea debido a la falta de reparación de heridas de la vagina; en 3, la ruptura no fue diagnosticada oportunamente y las enfermas fallecieron por anemia aguda durante el acto quirúrgico reparador; 10 llegaron al acto operatorio en pésimas condiciones, murieron por el shock; de éstas 6 tenían heridas complejas, con múltiples desgarros y grandes pérdidas sanguíneas. Las cuatro restantes fueron también sometidas a intentos varios, con el fin de extraer los niños, no hemos podido determinar exactamente la causa directa o final del deceso. El diagnóstico clínico fue shock.

CUADRO XI. CAUSA DE MUERTE MATERNA: 71 CASOS MATERNIDAD DE LIMA 1950 - 58

Sintomatología	Durante el embarazo	Durante el parto			Total
		Cesárea previa	Espontánea	Traumática	
1 — Shock irreversibles	3	8	17	10	38
2 — Hemorragia cataclísmica	1	—	13	—	14
3 — Infección	—	—	1	—	1
4 — Anemia aguda	—	2	—	7	9
5 — Signos no bien determinados	—	—	9	—	9
	4	10	40	17	71

En resumen, las muertes se debieron a: Shock 38; Anemia aguda 23; infección sobre aguda 1 y causas mal determinadas 9.

De acuerdo también con la experiencia, el pronóstico para el niño es francamente malo, porque si la lesión es grave para la madre, las consecuencias que de ella se derivan son casi siempre fatales para el niño. Así podemos comprobarlo si comparamos el 27.4 % correspondiente a la mortalidad materna con 59.84 % que equivale a 155 niños muertos por esta causa. Si analizamos esta cifra vemos que en el grupo de las rupturas espontáneas, hay 87 decesos o sea 33.6 %; en las mujeres cesareadas anteriormente, se encuentran la proporción: 33 niños muertos o sea el 12.8 % le siguen las rupturas traumáticas con 31 casos, 11.9 %.

CUADRO XII TRATAMIENTO DE LAS RUPTURAS UTERINAS EN 259 CASOS
MATERNIDAD DE LIMA 1950-58

	Nº Casos	Mortalidad Materna
1. Histerectomía		
Total	19	15
Sub-Total	111	35
	130	50
2. Sutura	115	8
3. Marsupialización	1	—
4. Sin tratamiento quirúrgico	13	13
	259	71

El tratamiento que ha primado en todos los casos que componen la presente estadística, es el activo quirúrgico; así podemos comprobarlo en el cuadro adjunto en el que vemos que en 246 casos se practicó la intervención considerada adecuada, siendo la Histerectomía la más usada con 130 casos, de ello 19 fueron totales y 111 subtotales; la reparación quirúrgica de la herida se hizo en 115 casos y en un caso se practicó la marsupialización, por el grado de infección del órgano extirpado. No pudo practicarse atención quirúrgica en 13 casos, en los que la gravedad en que ingresaron impidió practicarlo. Los resultados son bastantes satisfactorios si se considera el capital humano en el que se trabaja, los medios con que se cuenta y la modestia de nuestros servicios. De 19 histerectomías totales fallecieron 15 o sea el 78.9 %. En 111 histerectomías subtotales, murieron 35, o sea el 31.5 %. En 115 casos en los que se practicó el avivamiento de la herida y sutura por planos, sólo se perdieron 8 madres o sea el 6.9 %.

La observación del cuadro precedente nos permite asegurar que la relativa baja mortalidad en nuestro medio se debe a la aplicación inmediata de métodos positivos de recuperación de shock, por medio de transfusiones a larga mano y tratamiento quirúrgico abdominal, dentro del cual va ganando terreno cada día más, el tratamiento conservador. Toda vez que el caso lo permita debe preferirse éste. No sólo desde el punto de vista social y humano es benéfico, pese a la opinión de algunos autores que aconsejan la extirpación del órgano para evitar la repetición del accidente, sino que también como medio terapéutico es el más inócuo, por su facilidad de ejecución, rápida recuperación de la enferma y se conserva en la mujer la posibilidad siempre anhelada de ser madre. Pero todo lo que se pueda decir a favor de cualquier tratamiento de la ruptura es el profiláctico. El examen prenatal realizado periódicamente por personal idóneo en centros adecuados; la selección rigurosa de los casos y la atención minuciosa de las gestantes en las que por sus condiciones de multiparidad, por sus antecedentes de partos difíciles, con intervenciones vaginales sucesivas de puerperios tormentosos, las que tengan laceraciones o razgaduras cervicales reparadas o no; las que sean sospechosas de inserciones bajas de la placenta o con historia de embarazos molares; las que

tengan vicios pelvianos de grado mínimo; las que tengan procesos fisiológicos o patológicos que distiendan exageradamente al útero; las portadoras de fetos sobredesarrollados, o en presentaciones viciosas y por último las que tengan cicatrices uterinas debidas a cesáreas, miomectomías u operaciones plásticas; todas ellas deberán recibir atención especializada en centros apropiados y por personal experimentado desde la iniciación de su labor para poder resolver oportunamente el problema que se plantee. Entonces sí podremos decir con Greenhill "cuando la Obstetricia se practica con propiedad, la ruptura del útero es casi desconocida".

COMENTARIO

Nosotros al comentar las estadísticas de la Maternidad de Lima lo hacemos con el propósito de exponer, como expresión de la realidad Nacional, la labor cumplida en el primer centro asistencial especializado del país y donde indudablemente convergen una muy considerable proporción de la población obstétrica que recibe atención hospitalaria; es también el centro mejor dotado en personal técnico como en posibilidades asistenciales de manera que por eso suponemos que lo que aquí ocurra deberá traducir nuestra realidad en la materia. Desde el primer instante nos llama la atención la elevada incidencia que tiene la ruptura uterina entre nosotros y cómo en el curso de los años estudiados, ésta no se modifica sustancialmente, al contrario, nos ofrecen el cuadro paradójico de aumentar relativamente cuando en el Mundo estas cifras han decrecido sensiblemente, según podemos constatarlo en las estadísticas publicadas en el mismo período de tiempo que estudiamos. Estas dos evidencias para nosotros como Obstetras tienen un hondo significado y nos hacen meditar seriamente sobre las raíces que las pueden determinar. Nosotros pensamos que el factor más importante entre los muchos que pueden invocarse y que indudablemente no actúan aisladamente sino en íntima concatenación con el primero, que es nuestro complejo problema étnico. El mestizaje de razas físicamente poco favorecidas que se desarrollan en un ambiente de cultura rudimentaria, en estado nutricional siempre deficitario, hacen que los exponentes de nuestra gran masa, campesina sobre todo, llegue a la época de la reproducción, edad muy temprana en condiciones físicas, psíquicas e intelectuales muy poco favorable y con una aptitud muy discutible para sobrellevarla. Primero por su desarrollo precario; segundo porque su grado ínfimo de cultura les impide comprender sus necesidades durante la gestación y los peligros que las acechan, y, tercero porque gustosamente evaden el contacto con personal técnico que puede ayudarlas a solucionar los accidentes, siendo por el contrario muy permeables a los consejos y sugerencias de empíricos. De esta manera una gran mayoría llega al Hospital tardíamente, cuando ya hay poco o nada que hacer en su favor. A esta primera gran causa étnico-social, debemos sumar la mala distribución de los Centros Asistenciales que hace que

a la Maternidad de Lima convergen una inmensa cantidad de parturientas provenientes de densos núcleos campesinos, de los que por carecer de posibilidades asistenciales proyecten hacia Lima todos los casos problemas. A tal punto que llegan a rebasar su capacidad asistencial y con ello resentir la atención.

La ruptura del útero grávido representa siempre el término de un conflicto establecido entre el continente y el contenido, y que culmina siempre con el fracaso del primero ante la persistencia e irreductibilidad del obstáculo. Bien sea durante los últimos meses de la gestación o durante el trabajo de parto, los términos son los mismos. En el primer caso el continente rebajado en su capacidad por lesiones o alteraciones de sus elementos conformativos, no puede seguir armónicamente en su desarrollo a su activo y agresivo huésped, y desde este momento queda planteado el conflicto que sólo terminará con el estallido del órgano en su porción más afectada. En este caso la lucha es sorda y pasivo el papel del útero, cuya resistencia se encuentra comprometida por la acción de un agente que altera su estructura; tumores en general, neoformaciones de origen trofoblástico, implantaciones viciosas de la placenta, cicatrices dejadas sobre el cuerpo o segmento por intervenciones hechas con fines terapéuticos, reparadoras o plásticos; por procesos que determinan alteraciones de sus fibras por sobre-distensión, o por degeneración. Durante el trabajo de parto la lucha se establece por la dificultad transitoria o permanente que encuentra el móvil para desplazarse a través del canal del parto al impulso del motor uterino, el conflicto culmina cuando el útero fracasa al desintegrarse parcial o totalmente uno de sus segmentos, minada su resistencia por alguno de los procesos anteriormente ennumerados o cuando no existiendo éste factor predisponente entra en juego alguna fuerza extraña que actuando brutalmente, destruye sus elementos. Llámese este agente externo e intempestivo la mano del cirujano que intenta alevemente la maniobra inadecuada o inoportuna, o el instrumento torpe o imprudentemente empleado o quizás el agente quimioterápico que multiplica ciegamente los esfuerzos del propio útero, hasta su fracaso. Todos y cada uno de éstos elementos han estado presentes en algunos de los casos estudiados y abrigamos la absoluta seguridad que de evitarse por elevación del nivel técnico de la atención, por estandarización de los procedimientos que impidan la práctica de operaciones en desuso por su peligrosidad y con la multiplicación y adecuada ubicación de los centros asistenciales bien dotados de personal competente y medios apropiados, la frecuencia de éste accidente decrecería sensiblemente.

El hecho de contar cada día con mejores perspectivas para el acto quirúrgico que gracias a la perfección creciente de las técnicas, los mejores conocimientos de la fisiología tisular y sus cambios físico-químicos, los invalorable elementos terapéuticos químicos y orgánicos con los que los fantasmas de la infección, el shock y la anemia, han sido casi ahuyentados de los quirófanos, sumados a la perfección y seguridad de las técnicas anestésicas han ampliado al infinito las indicaciones relativas de las cesáreas y decimos rela-

tivas, pues de las indicaciones formales es ocioso mencionarlas. Así el número de madres previamente cesareadas ha crecido, ahora en forma ya alarmante. La consecuencia inmediata de este entusiasmo quirúrgico ha determinado cambios sustanciales en las normas clásicas, creando por así decirlo esta nueva entidad clínica que hoy es: la ruptura uterina en mujeres previamente cesareadas. La importancia de las rupturas llamadas espontáneas y traumáticas ha cedido ante el auge de las dehiscencias de las cicatrices; tanto que hoy en todas las estadísticas de los centros de primera categoría, este accidente es el de mayor importancia por su frecuencia. En cuanto a la sintomatología, ya lo dijimos se ha creado una nueva entidad. Hablar de los síntomas clásicos para el diagnóstico de estas rupturas es exponerse al fracaso por adelantado. El dolor terrible, desgarrante en el que termina un período tempestuoso de actividad infructuosa del músculo uterino al que sigue un período de calma por la cesación de toda actividad del órgano y la instalación progresiva del shock hemorrágico, es hoy tan raro como presenciar una convulsión ecláptica. Las rupturas por dehiscencia de la cicatriz se caracterizan por su curso leve, a veces silencioso; dolor que se confunde con los propios del trabajo; pérdida sanguínea vaginal generalmente escasa; compromiso general casi nulo y actividad uterina suficiente para llevar a término el parto en evolución; la anemia por hemorragia interna y el shock se instalan tardíamente y generalmente no adquieren la gravedad clásica cuando se presenta. Todo esto hace que el diagnóstico se retarde con evidente perjuicio de la madre; en algunas oportunidades puede adquirir inusitada gravedad; pero en términos generales, el pronóstico es más benigno, tanto el inmediato como el posterior.

El sitio y dirección de la herida operatoria, según que asiente en el cuerpo o en el segmento es un objeto de debate. Aceptado por la gran mayoría de cirujanos el segmento inferior como el sitio de elección basándose en la constitución anatómica que toma en cuenta la dirección de las fibras musculares, la menor vascularización y que funcionalmente es un sector pasivo, se afirmaba que las posibilidades de ruptura por dehiscencia de la cicatriz eran muy remotas garantizando así la posibilidad de partos vaginales exitosos posteriormente. En oposición se tenía la cicatriz corporal asentando en plena región activa del útero, ofreciendo un peligro inminente para todo intento de parto vaginal posterior. Con el tiempo se han fijado mejor los principios y se ha llegado a la conclusión que indudablemente el sitio de elección para la incisión operatoria debe ser el segmento inferior, jugando a su favor todas las razones anteriores y además la peritonización más perfecta que es posible hacer a este nivel. Pero se sabe también que la incisión segmentaria deja una cicatriz susceptible también de abrirse, que si por las razones anátomo-funcionales antes dichas, puede ser menos frecuente y es de pronóstico más benigno, las razones fundamentales que determinan su dehiscencia son muy semejantes a los que gobiernan la solidez de toda cicatriz, es decir obedecen a la bondad del proceso de reparación, dependiendo su solidez de la proporción de tejido muscular que debe primar sobre el fibroso cicatricial. Otro tema de ardua dis-

cusión ha sido la dirección de la incisión, en el segmento inferior, si la longitudinal o la transversal. La mayoría se inclina hacia la incisión transversal, más anatómica, menos traumática y de localización siempre segmentaria. En cambio la longitudinal, si verdad menos anatómica es más cómoda, da mayor campo, puede ampliarse en caso de necesidad, ofrece bordes más uniformes que se afrontan mejor, en cambio en la transversal el borde superior casi siempre es sensiblemente más grueso. De todas maneras ambas se reparten los honores, tienen sus partidarios y detractores. Nosotros preferimos la transversal. Dewhurst y Rowley, hasta 1951 sólo, lograron recopilar 66 casos de ruptura y opinan que la dehiscencia de la cicatriz ocurre igualmente en las incisiones longitudinales o transversales, dependiendo de cómo hayan sido realizadas. Lawrence por su parte, no encontró ningún comunicado de ruptura de la cicatriz transversal uterina durante la gestación; sin embargo Pedowitz señala quince. Entre nosotros como hemos podido observar todavía hay quienes prefieren la cesarea corporal, pero indudablemente son los menos; hay marcada tendencia por la segmentaria y por la incisión longitudinal. En él los resultados nos muestran que la mayoría de los accidentes graves han ocurrido en las corporales y también vemos que con frecuencia la incisión longitudinal del segmento compromete al cuerpo. Las lesiones complicadas con compromiso del cuello y la vagina, son las más serias y de peor pronóstico por la dificultad de su reparación, por la frecuencia con que se ignoran las heridas de la vagina y por la terapéutica insuficiente que muchas veces se instituye por las razones que acabamos de enunciar.

El tratamiento de la ruptura uterina debe encarar el problema en su totalidad en la forma más amplia y rotunda, comprende dos aspectos: la profilaxia y el curativo. Como ya hemos dicho, la profilaxia sería la forma ideal de encarar el problema, no vamos a repetir argumentos ya expuestos, sólo diremos que requiere la conjunción de tres factores; labor educacional, elementos técnicos y medios asistenciales. Cualquier plan que no repose sobre estos pilares sería incompleto, capaz nulo.

El tratamiento curativo requiere atención de la herida y recuperación del estado general. Tiempos simultáneos de una misma acción, cuanto más rápidamente se proceda a la intervención quirúrgica adecuada y se remplace la sangre perdida, los resultados serán mejores. El tipo de operación estará supeditado a la naturaleza misma de la lesión, su localización y dimensiones. La histerectomía subtotal será la solución de las heridas muy amplias del cuerpo, de trazo irregular y bordes anfractuosos. En ciertas rupturas transversales extensas del segmento inferior; no es un buen procedimiento en las rupturas complejas del segmento y de las que se propagan al cuello y a la vagina; en estos casos es generalmente insuficiente, porque la reparación de la herida vaginal no puede hacerse, siendo indispensable. El procedimiento de elección es la histerectomía total que permite la reparación amplia de la herida vaginal. Hago hincapié en el necesario recuerdo de la anatomía de la vagina, órgano muy vascularizado capaz de provocar accidentes he-

morrágicos graves al ser lesionada. Es necesario pensar siempre en la existencia de esta clase de heridas vaginales en las rupturas del segmento propagadas al cuello, y su posible gravedad cuando no son reparadas. Siempre será muy útil su búsqueda y su tratamiento en el mismo acto operatorio; así nos evitaremos sorpresas desagradables, pérdidas de tiempo con real peligro para la madre accidentada y el tener que recuperar en condiciones muy poco favorables. Por último el tratamiento conservador, representa la solución ideal en los casos de dehiscencia de cicatrices de cesáreas anteriores, de dimensiones limitadas y trazo rectilíneo; las rupturas incompletas tanto corporales como segmentarias y en todos los casos que a criterio del cirujano proceda su aplicación. Su aplicación toma cada día mayor auge muy justificadamente por los sorprendentes y halagadores resultados que a diario se obtienen. Su ventaja es indiscutible sobre todo, cuando se opera a mujeres jóvenes con escasa descendencia, entre las cuales los múltiples problemas sociales derivados de la incapacidad reproductiva, no son extraños. En muchas oportunidades basta el convencimiento de su capacidad potencial para marginar conflictos. Personalmente soy ardiente partidario del método conservador, lo práctico y predico su empleo hasta donde sea compatible con la seguridad de la enferma y los fines perseguidos.

Es objeto de frecuentes consultas hasta qué número de cesáreas es permitido practicar a una mujer. Es difícil dar una sola respuesta a tan interesante interrogación. La limitación debe ser impuesta por las condiciones de la madre. Deben analizarse los factores físicos, psíquicos y sociales y adoptar la solución más conveniente. No debemos olvidar que las cesáreas repetidas acrecientan geoméricamente la posibilidad de un accidente; pero tampoco debemos sacrificar precozmente los anhelos o los principios de una madre.

El peligro que representa toda cicatriz en el útero está ampliamente comprobado y su frecuencia cada vez más alta, es un llamado a la reflexión, debiendo pesar en la conciencia de todo cirujano antes de practicar una cesárea por indicación no formal.

Esta exposición en la que hemos analizado los puntos más saltantes de los problemas que a diario se repiten en la práctica de esta emocionante y patética especialidad, en lo que a rupturas uterinas se refiere, van dirigidas, como no podía dejar de ser tratándose de un Congreso Nacional, — a mis colegas que de todos los ambientes de nuestro territorio han acudido a dar el calor y ambiente fraterno a esta cita a la que nuestros distinguidos visitantes le han dado jerarquía y prestancia.