
RUPTURA DEL UTERO GRAVIDO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN UN ESTUDIO DE 10 AÑOS 1978 - 1987

*G.A. Patiño G., C.E. Velásquez R. *

PALABRAS CLAVES: *Ruptura Uterina, Dehiscencia cicatriz uterina.*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo para evaluar la incidencia de ruptura uterina en el Hospital General de Medellín, en un período de 10 años. Se presentaron 42 casos para una proporción acumulada de 1:4466 partos y una tasa de incidencia de 26.59 casos por 100.000 partos.

Los 2 principales factores de riesgo fueron el antecedente de cicatriz uterina en el 50% de las pacientes y el uso de oxitocina exógena en el 30.9%. El 73.8% de las pacientes presentó algunos de los factores de riesgo estudiados y entre las posibles causas, el trabajo de parto prolongado (TPP) y la distocia mecánica, fueron las dos más importantes en su orden.

El tratamiento consistió en histerectomía total en el 47.6% e hysterorrafia en una proporción igual de las pacientes. Dos pacientes (4.7%), fueron solamente observadas. Como tratamiento complementario se realizó hemotransfusión en el 73.8% de los casos, entre otros.

No hubo muertes maternas; sin embargo, la mortalidad fetal fue de 64.2% y la perinatal del 69%. Sólo el 27.5% de las muertes perinatales ocurrieron en el grupo de bajo peso (2.500 gr.).

* Dr. Gustavo Adolfo Patiño G.
Residente Ginecoobstetricia
Clara Ester Velásquez R.
Interna - Facultad de Medicina
Instituto de Ciencias de la Salud CES.
Medellín - Colombia

El 95.3% de los casos ocurrieron después del inicio del trabajo de parto y el 4.7% (2 casos) antes; ambos causados por acretismo placentario con perforación del peritoneo visceral.

SUMMARY

A descriptive retrospective study was performed to evaluate the incidence of uterine rupture at Hospital General de Medellín, Colombia. A ten years time span was evaluated, and 42 cases were found for a cumulative proportion of 1 per 4.466 births, and an incidence rate of 26.59 per 100.000 births.

The most important risk factors were: Previous uterine scar in 50% of the cases and use exogenous oxitacin in 30.9%. In 73.8% of the patients at least one risk factor could be found. The most important causes were: protracted labor and mechanical dystocia in that order. Treatment was divided in: total hysterectomy in 47.6% of the cases and hysterorrhaphy in the same percentage. Two patients (4.7%) were only observed. Complementary treatment consisted in hemotransfusion in 73.8% of the cases.

There were maternal deaths, but fetal mortality as 64.2% and perinatal mortality 69%. Only 27.5% of perinatal deaths were in the low-birth weight group (under 2.500 gr). Rupture occurred after labor had began in 95.3% of the cases, only two ruptures (4.7%) occurred before labor, both of them because of placental acretism with visceral peritoneum perforation.

KEY OWRDS: Uterine rupture, Previous Uterine Scar

INTRODUCCION

La ruptura del útero grávido es la disrupción de la pared uterina luego que se ha determinado la viabilidad fetal (1,2), aunque muchos estudios se refieren a este diagnóstico desde la semana 16 de amenorrea (3). Es responsable de cerca del 5% de las muertes maternas (4) y dos reportes la implican como causa del 53.8% de las histerectomías de urgencia en obstetricia (5,6).

Se clasifica en completa e incompleta de acuerdo con el compromiso o no del peritoneo visceral, o según el factor etiológico en: espontánea (desproporción fetopélvica, anomalías de situación fetal, tumores pelvianos), traumática (maniobras obstétricas o accidentes), por oxitócicos exógenos y alteraciones de la pared uterina (cirugías previas, placenta acreta). Como factores predisponentes están la sobredistensión uterina, multiparidad y malformaciones uterinas.

El 50% o más de los casos se asocian con cicatrices uterinas previas (7,8,9,10,11), de las cuales en la mitad se ha usado oxitocina (7,10) y es dos a diez veces más frecuente si el antecedente es de cesárea clásica (corporal) comparada con la cesárea segmentaria.

La incidencia varía notablemente según la calidad de la asistencia obstétrica (12) y la frecuencia de partos domiciliarios o en áreas rurales (13), donde la mayoría son rupturas espontáneas por demora en el diagnóstico del parto obstruido. La sintomatología va desde molestia leve con hemorragia pequeña hasta dolor intenso y colapso vascular. En la ruptura completa puede expulsarse el feto a la cavidad peritoneal, cesando las contracciones y palpándose el útero pequeño y duro en la pelvis. Si la ruptura es incompleta los síntomas pueden ser moderados y continuar el parto; el desarrollo del shock es insidioso.

El diagnóstico se hace por exploración intrauterina manual (14), siendo el diagnóstico diferencial el abrupcio placentae (1,13,15).

El mejor tratamiento es el profiláctico (adecuada atención obstétrica). La sola sospecha debe conducir a laparotomía exploradora, en la que se realizará: 1) Histerorrafia (más tubectomía si se considera necesario), 2) Histerectomía subtotal, 3) Histerectomía total; la elección se hace con base en condiciones de la madre, tipo de ruptura y futuro obstétrico. Medidas generales son hemotransfusión y antibióticos (12,13,14,15,16). El pronóstico depende del diagnóstico y tratamiento precoz (3).

Con el presente estudio se trató de conocer la magnitud del problema en nuestra institución, de gran importancia para la búsqueda de soluciones y la normatización de los aspectos relacionados con la atención obstétrica.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Hospital General de Medellín entre el 1º de Enero de 1978 y el 31 de Diciembre de 1987. Se analizaron las historias clínicas del archivo de registros médicos y hospitalarios de la institución con los diagnósticos de "Ruptura del útero antes del inicio del trabajo de parto", "Ruptura del útero durante el trabajo de parto o después", "parto con ruptura del útero". Las historias fueron analizadas directamente por los investigadores, previa unificación de criterios y definición de términos:

1. Ruptura Uterina: Diagnóstico quirúrgicamente comprobado; no cumple criterios de dehiscencia.
2. Dehiscencia: 4 o más de los siguientes:
 - Cicatriz uterina
 - No shock hipovolémico
 - No hemorragia externa
 - No histerectomía
 - No complicación materna
3. Trabajo de parto prolongado: Duración del período de dilatación entre 4-5 cms. y el parto mayor de 6 horas para nulíparas y mayor de 5 horas para multíparas (17).
4. Expulsivo prolongado: Mayor de una hora 15 minutos para nulíparas y mayor de 40 minutos para multíparas (17).
5. Sobredistensión uterina: Embarazo múltiple, hidramnios, feto macrosómico (4000 gr.).
6. Gran multiparidad: 5 partos.

Se excluyeron pacientes con embarazos menores de 16 semanas, con perforaciones uterinas por inserción de DIU, maniobras abortivas, dilatación y curetaje. Se revisaron 107 historias, de las cuales 51 (47.6%) se desecharon por cumplir criterios de exclusión, codificación incorrecta, etc.

Se diligenció un formulario de recolección de datos para cada historia y se procesaron en un computador IBM modelo 50-Sistema II.

RESULTADOS

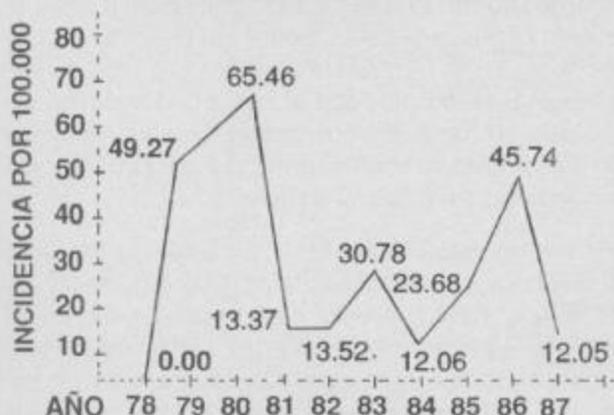
Durante los 10 años estudiados se encontraron 56 casos de ruptura uterina, de los cuales 42 fueron clasificados como rupturas y 14 como dehiscencias.

La proporción acumulada fue de 1:4466 partos, para una tasa de incidencia de 26.59 casos por 100.000

partos. En la gráfica 1 se discriminan las tasas de incidencia por año. Se encontraron como factores de riesgo de ruptura uterina y dehiscencia respectivamente, el antecedente de cicatriz uterina (50% de las pacientes con ruptura y 100% de las que tenían dehiscencia eran precesareadas, mas, no hubo casos con otro tipo de cirugía previa diferente de la cesárea segmentaria), sobredistensión uterina (7.1% para ambas), uso de oxitacina exógena (30.9% y 21.4%) y gran multiparidad (23.8% y 7.1%). De las 42 pacientes con ruptura 26.19% no presentaron ningún factor de riesgo, 54.76% presentaron uno, 16.66 tuvieron 2 y 2.38% con 3.

GRAFICA 1

TASAS DE INCIDENCIA DE RUPTURA UTERINA POR 100.000 PARTOS - H.G.M. 1978 - 1987



Entre las posibles causas asociadas se encontraron: TPP (35.7% para ambas), distocia mecánica (30.9% y 42.8%), forceps (16.6% y 28.5%), expulsión prolongada (11.9% y 21.4%), placenta acreta (9.5% y 0%), situación transversa (7.1% y 0%) y versión-extracción (7.1% y 0%).

Teniendo en cuenta la cesárea previa como el factor de riesgo más frecuente, se evaluaron otros factores de riesgo y causas asociadas en las 35 pacientes con este antecedente, encontrando el 37.1% sometidos a TPP, 34.2% con distocia mecánica, 20% intervenidas con forceps, 20% recibieron oxitacina exógena y 11.4% tuvieron expulsivo prolongado.

El tratamiento de la ruptura uterina se hizo mediante histerectomía total e hysterorrafia en igual proporción (47.6%) y 2 pacientes (4.7%) fueron observadas. Para la dehiscencia, la hysterorrafia fue el tratamiento de 85.7% de las pacientes y el 14.2% se observaron únicamente.

Se realizó hemotransfusión al 73.8% de las pacientes con ruptura y al 14.2% de las pacientes con dehiscencia. Los antibióticos se emplearon en el 90.4% y 64.2%, respectivamente. La tubectomía se practicó a 19 (59.3%) de las pacientes a quienes se les hizo hysterorrafia.

No se presentaron muertes maternas. La mortalidad perinatal fue del 69% (29 casos) en el grupo de ruptura uterina. No hubo muertes en el grupo de dehiscencia. El 93.2% de las muertes fueron antes del parto y el resto después de él. Los neonatos que sobrevivieron fueron seguidos hasta el alta del hospital; sólo uno murió al 5º día con diagnóstico de anencefalia.

El 59% (10 casos) de las muertes perinatales se asociaron con ruptura completa (con salida del feto y/o placenta a la cavidad peritoneal); el 69% ocurrieron en pacientes cuyo evento obstétrico fue atendido desde el comienzo en el H.G.M. (no remitidas) y 12 muertes (41.4%) ocurrieron después del ingreso al hospital (Tabla 1). El 79.4% se presentaron en pacientes cuyo diagnóstico de ruptura fue hecho por parámetros clínicos y no quirúrgicos.

TABLA 1

CASOS DE MUERTE PERINATAL DESPUES DEL INGRESO SEGUN FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS. HGM 1978-1987

No. CASO	FACTORES DE RIESGO				CAUSAS					PESO (GRS)	REMITIDA	OBSERVACIONES	
	PRECESAREADA	SOBREDISTENSION	OXITACINA	MULTIPARIDAD	TPP	EXPULSION PROLONGADA	DISTOCIA MECANICA	PLACENTA ACRETA	FORCEPS				VERSION Y EXTRACCION
1	X										3800		Lesión de vasos uterinos
2	X						X		X		3800		Retención de hombros
3	X		X		X		SD				3750		Feto en peritoneo
4			X	X	X	X	X		X		3620		Forceps fallido. Prolapso del cordón
5	X						SD				3600		Feto y placenta en peritoneo
6	X				X		X				3500		Placenta en peritoneo
7	X		X		X		X				3100	X	Feto en peritoneo
8	X				X		SD		X		3100		
9	X				X		SD				3000		Feto en peritoneo
10				X			X				2900		
11		X	X								1100		Pretérmino-Podálca
12	X							X			550	X	Placenta perfora la serosa

Con respecto al peso de los fetos muertos, sólo 8 de ellos (27.5%) correspondía al grupo de bajo peso (2.500 gr.); 12 pesaron entre 2.500 y 3.500 gr.; 8 pesaron más de 2.500 gr. y uno no tenía el dato.

Analizando la morbilidad materna, se observó que los signos y síntomas presentados por las pacientes con ruptura uterina fueron en su orden: hipotensión (52.3%); hemorragia externa (38%) y dolor abdominal (23.8%); en las pacientes con dehiscencia fueron: dolor (21.4%), hemorragia (14.2%) e hipotensión (7.1%).

La ruptura fue completa en el 57.1% e incompleta en el 26.2%. Todas las dehiscencias fueron incompletas.

La infección puerperal se presentó en 16.6% de las pacientes con ruptura y 7.1% de las dehiscencias (todas ellas habían recibido antibióticos profilácticos). También se presentaron más infecciones en el grupo a quienes se practicó histerorrafia con respecto al de histerectomía total como tratamiento (18.8 Vs. 10%).

Entre las complicaciones postquirúrgicas de las pacientes se encontraron: absceso parametrial (1 caso), fístula vesicovaginal (1), hematoma retroperitoneal (1), hematoma del segmento uterino inferior (1), hematoma del ligamento ancho (1), hematoma de la cúpula vaginal (1), lesión de vasos uterinos (3), shock hipovolémico (4), reacción transfusional (2), úlcera de stress (1). Sólo 2 casos de ruptura uterina (4.7%) se presentaron antes del inicio del trabajo de parto. El resto de rupturas y todas las dehiscencias se presentaron después.

Del total de 56 pacientes con ruptura y dehiscencia, el 60.7% ocurrieron después de la semana 38 de gestación, el 10.7% entre 29 y 37 semanas, el 7.1% entre 21 y 28 semanas y en el 21.4% no se registró la edad gestacional. El 90.4% de las pacientes tenían entre 20 y 39 años de edad, 4.7% menores de 20 y 4.7% mayores de 40.

DISCUSION

El H.G.M. es una institución que atiende una proporción importante de pacientes obstétricas del departamento de Antioquia (aprox. 16.000 partos anuales), siendo el nivel terciario para atención de problemas relacionados con el embarazo y el parto.

Comparativamente con lo reportado en la literatura mundial, la incidencia de ruptura uterina en el Hospital General de Medellín en el período estudiado es significativamente inferior (1:4466, contra reportes que hablan hasta de 1:866 (18), lo que podría explicarse por un subregistro de dicho diagnóstico en nuestra institución

o por la inclusión de los casos de dehiscencia en las cifras dadas por otros estudios.

Al evaluar la información en tasas de incidencia por año (gráfica 1) se observa una curva errática, aunque se esperaría una verdadera tendencia a la disminución, considerando que ha mejorado la atención perinatal en términos de tecnología y calidad, lo que habla de que el problema no cuenta aún con ningún tipo de control.

Analizando la presencia de factores de riesgo en las pacientes con ruptura, vemos que el 73.81% de ellas presentaba por lo menos un factor de riesgo (como cicatriz uterina, sobredistensión uterina, gran multiparidad, etc.), los cuales son fácilmente detectables durante el control prenatal y desde esta época debiera alertarnos sobre un cuidado más atento del trabajo de parto en estas pacientes. Sobre las posibles causas asociadas, llama también la atención el hecho de que las dos más frecuentes son el TPP y la distocia mecánica (aún en las pacientes precesareadas), que son sólo detectables con una cuidadosa atención y adecuado monitoreo del trabajo de parto.

No hubo muertes maternas durante los 10 años estudiados, lo cual es inferior a las cifras reportadas por la literatura, aunque existen varios trabajos en los que se obtuvo el mismo valor (10, 11, 19). La mortalidad fetal fue del 64.2%, la cual es significativamente alta comparada con los reportes de la literatura que hablan de valores tan bajos como 14.2% (10).

La mortalidad perinatal fue del 69% (29 casos), de los cuales 41.4% (12 casos) ocurrieron después del ingreso al Hospital. La tabla 1 nos muestra un análisis de estas 12 historias para detectar las posibles causas y su potencial de ser prevenidas. Podemos así ver que en 10 de los casos, los fetos tuvieron un peso mayor o igual a 2.900 gr., lo cual nos habla de las enormes posibilidades de viabilidad, mientras que sólo 2 pesaron menos de 1500 gr., por lo cual sus muertes pudieron explicarse en forma parcial por inmadurez.

Nueve pacientes eran precesareadas y sin embargo a 6 de ellas se les permitió un TPP, de las cuales 3 presentaron distocia mecánica. Dos pacientes precesareadas recibieron oxitocina exógena, lo cual es exceptado por la mayoría de los autores, siempre y cuando se haga una estricta vigilancia del trabajo de parto, pero además tuvieron un TPP y una de ellas tenía distocia mecánica. Las 3 pacientes no precesareadas tuvieron algún factor de riesgo, una tuvo 4 causas asociadas a la ruptura y otra tuvo también una causa asociada. Con respecto a las demás variables estudiadas como signos y síntomas, forma de diagnóstico, tratamiento definitivo, tratamientos complementarios, complicaciones,

etc., lo encontrado en nuestro trabajo concuerda mucho con lo reportado en la literatura hasta el momento.

Podemos así concluir que la ruptura uterina es una entidad que se acompaña de una alta morbimortalidad perinatal y materna, sumado a los altos costos que acarrea para nuestra institución. Debido a que los factores de riesgo y causas encontrados son fácilmente detectables y susceptibles de prevención y tratamiento oportuno, es válido pensar que los casos encontrados fueron potencialmente prevenibles.

Todo esto nos hace pensar en la importancia de una mejor evaluación de la indicación de la primera cesárea ya que este es el factor de riesgo más frecuente en el grupo estudiado; capacitación al personal encargado del control prenatal para la detección de estos factores de riesgos, para que dichas pacientes continúen siendo evaluadas por el grupo de alto riesgo obstétrico y poder planear así el manejo del trabajo de parto mucho antes

de que éste comience, diferencias a nivel del diagnóstico, la ruptura uterina y la dehiscencia de la cicatriz uterina por tratarse de dos entidades con morbimortalidad muy diferente, aunque comparten su etiología.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Isabel Cristina Ruiz, Médica-Epidemióloga, Jefe del Departamento de Programas Especiales del Servicio Seccional de Salud de Antioquia.

Al Dr. Jaime Uribe Duque, Ginecólogo-Oncólogo, profesor del Instituto de Ciencias de la Salud (CES)

Al personal de Archivo de Registros Médicos y Hospitalarios del H.G.M.

Ellos con su valiosa colaboración hicieron posible la culminación de esta investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. IFFY, L.; KAMINETZKY, H.A.: Rotura Uterina. Obstetricia y perinatología, Principios y práctica. Vol. 2. Ed. Médica Panamericana S.A. Buenos Aires. 958, 1985.
2. DONNELLY, J.P.; FRONZONI, K.T.: Uterine Rupture, a 30-year survey. *Obstet. and Gynecol.* 23: 774, 1964.
3. POSNER, L.B.; RAMIREZ, J., POSNER, A.C.: Rupture of the Uterus. *Obstet. and Gynecol.* 13:288, 1959.
4. Hemorrhagic Shock in Obstetrics. *Clinics in Perinatology.* 12: 756, 1986.
5. AL-SIBAI, M.H.; RAHMAN, M.S.; BUTALACK, F.; RAHMAN, J.: Emergency Hysterectomy in obstetrics - a review of 117 cases. *Aust. N.Z.J. Obstet Gynaecol.* 27: 180, 1987.
6. ABOELMAGD, M.S.; KASRWI, R.; HALTHOUT, H.: Emergency Hysterectomy in Obstetric practice: five year review. *Int. J. Gynaecol Obstet.* 25: 437, 1987.
7. GARNET, J.D.: Uterine Rupture during pregnancy. An analysis of 133 patients. *Obstet and Gynecol.* 23: 898, 1964.
8. PEDOWITZ, P.; PERRELL, A.: Rupture of the uterus. *Am. J. Obstet and Gynecol* 76: 161, 1958.
9. FERGUSON, R.K., DUNCAN, E.R.: Rupture of the uterus: A twenty year report from the Boston Lying in Hospital. *Am. J. Obstet. and Gynecol.* 76: 172, 1958.
10. YUSSMAN, M.A.; HAYNES, D.M.: Rupture of the gravid uterus. A 12 year study. *Obstet and Gynecol.* 36: 115. 1970.
11. PLAUCHE, W.C.; ALMEN, W.V.; MULLER, R.: Catastrophic uterine rupture. *Obstet and Gynecol.* 64: 792, 1984.
12. TAYLOR, E.S.: Rotura uterina. *Obstetricia de Beck.* Novena Edición. Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.U. Mexico: 478, 1973.
13. GONZALEZ-MERLO, J.; DEL SOL, J.R.: Traumatismos del canal del parto. *Obstetricia.* Salvat Editores S.A. Barcelona. 522, 1982.
14. MCLENNAN, CH.E.; SANDBERG, E.C.: Rotura del Utero. *Compendio de Obstetricia.* Novena Edición. Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.U. Mexico. 388, 1977.
15. PRITCHARD, J.A.; MCDONALD, P.C.; GANT, N.F.: Rotura del útero. *Williams Obstetricia.* Tercera Edición. Ed. Salvat. Barcelona. 677. 1986.
16. Traumatic injuries during pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology.* 26: 908, 1983.
17. FRIEDMAN, E.A.: Labor: Clinical Evaluation and Management. Segunda Edición. New York. Appleton-Century-Crofts. 1978.
18. VAN DER MERWE, J.V.; OMBELET, W.V.: Rupture of the uterus: A changing picture. *Arch. Gynecol.* 240: 159, 1987.
19. FEDORKOW, D.M.; NIMROD, C.A.; TAYLOR, P.J.: Ruptured Uterus in Pregnancy: A Canadian Hospital's experience. *Can. Med. Assoc. J.* 137: 27. 1987.



REPRESENTACIONES RONELLY LTDA.

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO

Representantes Mayoristas de las marcas:

- * Travenol
- * Rymco
- * Electrowest
- * B.D.F. Colombia

Nit: 890.929.073-5

**Carrera 76 No. 43-18 - Tels: 243 52 63 y 248 49 53
Of. 201 A.A. 56430 - Medellín**