

## ROTURA UTERINA EN UN EMBARAZO DE 17 SEMANAS

Juvenal Borrás,\* Edilma Pierulivo de Boccardo,\*  
y Nelly Villanueva de Urbina.\*\*

### INTRODUCCION

La rotura uterina espontánea tiene como causa más frecuente en la actualidad la cicatriz de una cesárea anterior.(1).

Esta eventualidad ha llevado a conductas obstétricas diferentes; desde la realización de una cesárea iterativa(2),(3) a la conducción expectante del parto posterior a la misma.(4)

Sin embargo pocas veces se han descrito casos de úteros cesareados que toleran nuevos embarazos y partos por vía vaginal y que en embarazos posteriores sufriera la rotura. Por otra parte las mismas se producen en general a partir de 36 semanas de gravidez y excepcionalmente antes.(5).

El hecho de encontrarse reunidas estas dos condiciones poco frecuentes en un mismo paciente nos hace considerar de interés la presentación de este caso.

### HISTORIA CLINICA

O.I.M.N. — H.M.C. 120841

Paciente de 29 años, multigesta, múltipara, con antecedentes obstétricos a destacar: 2 partos normales, una cesárea por placenta previa con feto vivo y viable y buen post-operatorio. A posteriori 2 partos por vía vaginal, el último hace 3 años con fetos de 2K900 y 3K100 respectivamente. Ingresa por genitorragia del 24/III/77. Tiene como FUM 7/1/77 y una altura uterina concordante con la amenorrea. Llama la atención el mal estado general, por lo cual con diagnóstico de amenaza de aborto y tratamiento correspondiente se hace un chequeo de la paciente.

En el mismo, como único elemento positivo se consta una anemia moderada (Hemato-crito 29% Hb. 9.35 gras % y una discreta hipoalbumina 49%)

Los estudios efectuados para descartar B.K., Infección urinaria así como el funcional hepático son normales.

En lo socio-económico se comprueba una importante insuficiencia alimentaria.

Es dada de alta mejorada el día 30/3/77, reingresando nuevamente por genitorragia el 26/IV/77.

Al examen se encuentra altura uterina de 3 1/2 mes, correspondiente a la amenorrea. Cuello sano, corroborado por estudio colposcópico y genitorragia. Dopphone +;Gonadotrofinas normales.

Es tratada con reposo, sedantes, útero-inhibidores, hormonas y dieta hiperproteica e hipercalórica.

El día 24/V/77 con diagnóstico de rotura prematura de membranas se decide la inducción farmacológica del parto. La misma se efectúa durante 20 hs. ininterrumpidas usando infusión intravenosa de Syntocinon en concentración de 20 U. en 500 c.c. de suero glucosado a dosis fluctuantes entre 8 y 12 mlU-minuto.

Se asocian en dos oportunidades antiespasmódicos y se efectúa una transfusión de 500 c.c. de sangre.

A las 12 hs. de inducción se constata la ausencia de latidos fetales encontrándose el cuello acortado y permeable. Desde el punto de vista general no llama la atención ninguna



sintomatología, presentando en ese momento cifras tensionales 100/60, normales para la paciente. 8 hs. después se comprueba hipertemia de 38°, pulso de 120 p.m. P.A. 100/60. Cuello de bordes gruesos, permeable genitorragia moderada con coágulos. Se interpreta el cuadro como correspondiente a una infección ovular con feto muerto y se decide exploración abdominal proyectándose la realización de una histerectomía total en block y de comprobarse en el acto quirúrgico trombosis profundas, la ligadura de cava. Se efectúa descubierta venosa, se trata con antibióticos y 6 hs. después se interviene.

En el acto quirúrgico se realiza en abordaje por mediana infraumbilical se comprueba la presencia de un importante hemoperitoneo y de feto en cavidad peritoneal.

El útero se encuentra bien contraído y totalmente roto a nivel de la zona correspondiente a la cicatriz de la cesarea anterior.

Se efectúa histerectomía subtotal por la mala tolerancia a la intervención y cierre parietal con puntos totales.

El post-operatorio transcurre sin accidentes y la paciente es dada de alta en buenas condiciones.

## COMENTARIO

La conducción del parto en una paciente portadora de una cicatriz uterina (cesárea, miomectomía) implica una importante responsabilidad por parte del obstetra.

Esta ha hecho que se aconseje el estudio de las mismas, realizándose en otros medios la histerografía como rutina.(6).

En el caso de esta paciente podemos decir que la cicatriz dió en dos oportunidades la demostración de que contaba con buena resistencia y elasticidad teniendo dos partos por vía vaginal con fetos de buen peso.

Pese a esto, esta paciente nos enseña que aún con buenas condiciones de la misma, puede hacerse presente esta complicación, ya sea en forma fácilmente evidenciable clínicamente o silenciosa, como en esta oportunidad.

Por otra parte y pese a que la mayoría de las estadísticas se refieren a rotura uterina

en el último trimestre de la gravidez y sobre todo después de la 36 semana, no debemos descuidar la posibilidad de que la misma se produzca en embarazos pequeños, cuando se sume además como en este caso la iatrogenia de la inducción.

## RESUMEN

Se presenta un caso de rotura uterina silenciosa durante inducción farmacológica, en una gravidez de 17 semanas en una paciente cesareada en su tercer embarazo después del cual tuvo dos partos vía vaginal.

## SUMMARY

A case of silent uterine rupture during the pharmacological induction in a 17 weeks-pregnancy of a patient who had undergone cesarean at her third pregnancy, after which she gave birth twice through the vagina.

## RESUME

Se présente une rupture uterine pendant l'induction pharmacologique en une grossesse de 17 semaines en une femme césariée dans le troisième grossesse après lequel elle a eu deux accouchements par voie vaginale.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.— **MEREDITH R.S.**, Rupture of the uterus. Clin. Obstet. Gynecol. 3 Hoeber-Harper. 545, 1960.
- 2.— **MORLEY G.W.** Once a cesarean always a cesarean? JAMA 178:1128, 1961.
- 3.— **CABALLERO O., GUGLIELMONE P.L.** Sexto Congreso Uruguayo de Ginecología. 495, 1974.
- 4.— **NOTTER A.**, Avenir obstetrical des femmes antérieurement césariées. Rev. Fran. Gynec. 54:825, 1959.
- 5.— **PALERME G.R., FRIEDMAN E.A.** Rupture of the gravid uterus in the third quarter. Am. J. Obstet. Gynecol. 94:571, 1968.
- 6.— **PORDEVIN L.O.S., BROCKNER V.Y.** Hysterographie study of uterus after cesarean section. J. Obstet. Gynecol. Br. Commow. 55: 278, 1958.

\* Médicos Ginecotocólogos del Dpto. de Ginecotocología del H.C. FF.AA.

\*\* Médicos Residente del Dpto. de Ginecotocología del H. C. FF.AA.