



RUPTURA UTERINA EN GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA

UTERINE BREAK IN PEOPLE WITH PREVIOUS CESÁREA BACKGROUND

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v9i1.289>

Jorge Ybaseta-Medina^{1,2,3,a}

1. Director de la Revista Médica Panacea
2. Profesor del Departamento de Ciencias Quirúrgicas, de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú.
3. Profesor del curso de Ginecología y Obstetricia de la Universidad San Juan Bautista-filial Ica, Perú.
- a. Ginecólogo Obstetra del Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú.

La ruptura uterina es la complicación obstétrica peligrosa que puede ocurrir durante el intraparto, con mayor frecuencia en aquellas pacientes que tienen historia de una cesárea, afortunadamente es infrecuente sin embargo está asociada a una significativa morbilidad y mortalidad materno perinatal (1).

La ruptura uterina se define como la disociación de la pared del cuello uterino, segmento o cuerpo uterino incluyendo su peritoneo con o sin expulsión de las partes fetales a la cavidad abdominopélvica, emergencia que necesita resolución quirúrgica inmediata que puede terminar en histerectomía (2,3).

En mujeres con antecedente de cesárea sometidas a prueba de trabajo de parto el riesgo de ruptura uterina es entre 0,2 a 1,5% (2). La probabilidad de la complicación está latente cuando el periodo interparto es menor a 24 meses, cuando el feto tiene un peso mayor a 4,000 grs, en casos de hiperdinamia, partos laboriosos, antecedente de histerorrafia en un solo plano, cicatriz uterina menor a 2,5 mm medido por ecografía y maniobra de kristeler (3,4).

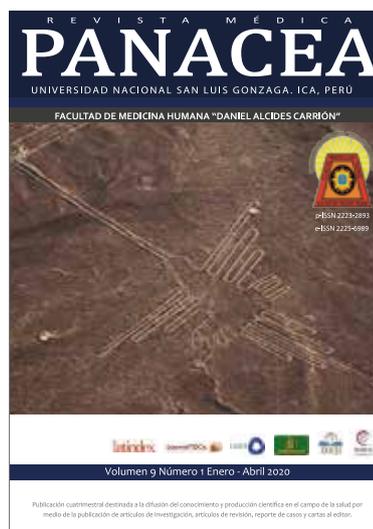
En la mayoría de los casos el origen de este accidente es atribuido a la fuerza que sobrepasa la capacidad elástica de la cicatriz a nivel del segmento uterino, con más posibilidad que ocurra en la fase activa o en el periodo expulsivo donde el musculo uterino se agota y sufre máxima presión que logra disociarla, pudiendo quedar los bordes de la lesión uterina irregular, edematoso, equimóticos, sangrantes, que ya abierta la cavidad abdominal debe delimitarse y volver a explorar a fin de hacer un control efectivo de la hemorragia y darle reparación (3).

Esta complicación es una de las más temida por los ginecólogos, los signos de ruptura uterina no son específicos, pero deben sospecharse ante la alteración de la frecuencia cardíaca fetal, dolor pélvico suprapúbico brusco irradiado al hombro, dolor que permanece entre las contracciones, polisistolía e hipertonia, genitorragia y hematuria microscópica que deben llevar a decidir el parto por la vía alta de inmediato (4). A pesar que existen riesgos inherentes a la cirugía estas se deben disminuir, es importante el consentimiento informado, se debe tener disponibilidad de: sala de operaciones, banco de sangre, unidad de cuidados intensivos, farmacia abastecida y de especialistas multidisciplinario para la atención del binomio madre e infante (5).

Finalmente las diversas bibliografías que se han revisado demuestran las ventajas del parto vaginal después de una cesárea por la baja incidencia de complicaciones como la ruptura uterina. Resultados positivos se tienen después de hacer la selección adecuada de la gestante que se va someter a trabajo de parto y al realizar una evaluación obstétrica estricta en el intraparto a fin de actuar oportunamente para evitar que se convierta en una verdadera catástrofe tanto para el feto y la madre (5), además de otros problemas administrativos, legales, etc., que comprometen al médico tratante y a la institución

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas I. Cesárea electiva y parto vaginal después de una cesárea: guías clínicas. Medwave 2010 Jul; 10(7). doi: 10.5867/medwave.2010.07.4618 <https://www.medwave.cl/medios/medwave/julio2010/1/medwave.2010.07.4618.pdf>
2. Rezai S, Labine M, Gottimukkala S, Karp S, Sainvil L, et al. (2016) Trial of Labor after Cesarean (TOLAC) for Vaginal Birth after Previous Cesarean Section (VBAC) Versus Repeat Cesarean Section; A Review. *Obstet Gynecol Int J* 4(6): 00135. DOI: 10.15406/ogij.2016.04.00135 <http://medcraveonline.com/OGIJ/OGIJ-04-00135.pdf>
3. Castro E, Díaz A. Rotura uterina. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(4):254-258 <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsme/x/gom-2010/gom104i.pdf>
4. Darwin Hernán Cervantes Ortega. Factores asociados con el éxito o fracaso del parto cefalovaginal posterior a una cesárea, en el Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante el período Junio 2016 – Junio 2017 [tesis para obtener el título especialista en Ginecología y Obstetricia]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2017. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14336/tesis%20MD%20Cervantes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Ricci A. Paolo, Perucca P. Ernesto, Altamirano A. Roberto. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición: rotura uterina, una complicación posible. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2003 [citado 2020 Feb 06]; 68(6): 523-528. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600013&lng=en&nrm=iso&tlng=en



CITAR COMO

Ybaseta-Medina J. Ruptura uterina en gestantes con antecedente de cesárea previa. *Rev méd panacea.* 2020; 9(1):2-3. doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.v9i1.289>