

Clínica Quirúrgica "B" — Servicio del Prof. Juan C. del Campo
Hospital de Clínicas

ROTURA DE UTERO GRAVIDO POR TRAUMATISMO EXTRA - ABDOMINAL (*)

Dr. Boris Asiner y Br. E. Castiglioni

La Rotura de Utero Grávido por traumatismo extra - abdominal, es poco frecuente. En razón de la gravedad vital, "materno - fetal" resultante, y por que el cuadro abdominal secundario al traumatismo, puede pasar inadvertido (inicialmente), justifican la presentación del caso.

Creemos contribuir a su conocimiento. Reafirmamos la importancia de la "observación quirúrgica" post - traumática.

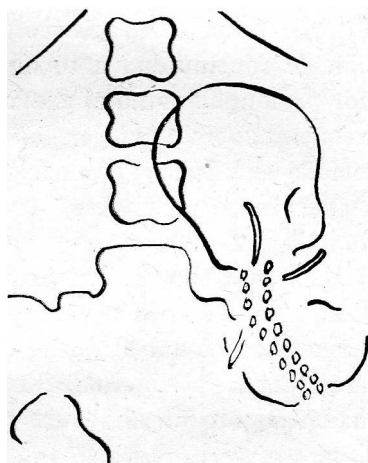
HISTORIA CLINICA. — Enferma de 21 años con un embarazo de 5 meses, secundigesta. Cayó de la azotea (unos 8 mets. aprox.) tomando contacto con el suelo por la región vértebro-dorsal. Ingresó al Instituto de Traumatología con cuadro de shock ("neurogénico?"). Se le efectuó transfusión (500 c.c.), analgésicos y reposo en cama dura, en posición decúbito dorsal.

No se comprobaron clínicamente lesiones óseas. Tres horas después llama la atención la presencia de dolor en base de cuello derecho y dolores abdominales difusos. Por tal causa el Traumatólogo de guardia, llama al Cirujano de guardia del Hospital de Clínicas (Quirúrgica "B", Dr. B. Asiner). (Práctica seguida recíprocamente en ambos Servicios Hospitalarios). Se comprueba en este momento: enferma lúcida, apirética, pulso 92, bueno, presión 10 - 6. Piel y mucosas algo pálidas. Buen relleno venoso. Escasa sed. Se queja de dolor en base de cuello derecho. No hay dolor abdominal espontáneo. Al examen de cuello s/p. El abdomen levemente distendido, depresible, en todo el hemiventre superior, difícil de palpar en el resto, con dolor neto en fosa iliaca izquierda y flanco izquierdo. No se puede delimitar la "altura uterina", por la defensa del bajo vientre. Por percusión: sonoridad algo mayor en hemiventre alto, macidez en flancos. No se palpa hígado ni bazo.

Sensibilidad algo aumentada a la decompresión en la zona señalada

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa, el día 8 de agosto de 1956.

como dolorosa. Fosas lumbares libres. Se efectúa cateterismo vesical: orina s/p. Por examen genital: genitales externos s/p. No hay genitorragias ni líquido intravaginal. Cuello con orificio externo cerrado. No se consigue individualizar con exactitud el cuerpo uterino, aunque da la impresión que su fondo está más bajo en relación al tiempo de gravidez. Fondo de saco de Douglas doloroso y ocupado. (El examen fue hecho



Radiografía de decúbito ventral. —
Obsérvese situación ectópica del
feto en F. I. I.

en cama, con las dificultades consiguientes). Se pide estudio radiológico abdominal y contralor hematológico.

Se plantea la posibilidad de hemorragia interna por:

- 1) Rotura uterina (estallido) o de otra víscera.
- 2) Desinserción mesentérica.

Esto explicaría su anemia, el cuadro abdominal y el Douglas doloroso y ocupado.

Se efectúa transfusión y contralor del estado general.

Las radiografías obtenidas (simple de abdomen) señalan: la situación ectópica y a izquierda del feto. Esto unido a los datos de la anamnesis y el examen afirman la rotura uterina.

Es intervenida y se comprueba: hemoperitoneo de grado medio. Feto y placenta en cavidad peritoneal a izquierda de la línea media. Desgarro del fondo uterino (corporal), que sangra escasamente de unos

4 cms. Se efectúa extracción del feto y placenta. Mecha intrauterina que por dilatación y apertura cervical, se coloca en la vagina, y que en el post - operatorio se retiró fácilmente. Regularización, cierre de la brecha uterina y peritonización. Evolución post - operatoria sin incidentes. Alta en buenas condiciones. El feto estaba sin vida y el informe anatomopatológico N° 21.855, hecho por el Dr. J. F. Cassinelli, señala:

Fragmento de placenta con infiltración hemorrágica anormal, reciente, separando las vellosidades coriales. Las vellosidades están bien vascularizadas, pero tienen cierto grado de fibrosis del estroma.

En la práctica ginecotocológica la “rotura uterina” (solución de continuidad a topografía corporal, o del segmento inferior prolongado o no al cuello) es bien conocida. Es relativamente frecuente, sobre todo en los últimos meses de embarazo. (Parto, período expulsivo) y puede ser espontánea u obstétrica, por inadecuación en el “motor” (útero), en el “móvil” (feto), o en el “canal” (pelvis).

La de causa traumática, por traumatismo directo, es bien conocida ya desde la clara descripción de Doederlein. Es sin embargo excepcional el hecho de su presentación por trauma indirecto, extra - abdominal. Su gravedad es clara por: a) debido al cuadro agudo de abdomen con hemorragia interna que se establece.

b) Su presentación en un órgano ya muy vascularizado y más aun por la gravidez.

c) Porque puede dar inicialmente escasa sintomatología y por ello ser tardío su diagnóstico por lo poco conocido y frecuente que es el cuadro.

En esta forma, el “binomio” materno - fetal, corre gran riesgo vital, con frecuente muerte de feto y además el futuro obstétrico incierto de la enferma. Aunque es claro que la rotura uterina es cada vez menos frecuente por la atención y observación impuesta a la embarazada. Patogénicamente la topografía de la lesión corporal, se ha querido adjudicar a:

1) Adelgazamiento de la pared uterina por:

- a) Procesos degenerativos miometales.
- b) Inserción patológica de placenta.
- c) Antigua cicatriz de cesárea corporal.
- d) Causas combinadas.

2) Distensión exagerada uterina por:

- a) Embarazo múltiple.
- b) Hidramnio.
- c) Feto grande.
- d) Causa combinada.

3) Causas mixtas.

El hecho de la situación corporal de la lesión, se explicaría por la mayor vulnerabilidad, sea en trauma directos o indirectos, al salir de la situación endopélvica el útero. Ello está en razón directa con la edad del embarazo.

R E S U M E N

1) Presentamos un caso de rotura uterina por trauma extra - abdominal cerrado en una grávida de 5 meses.

2) Reafirmamos la importancia y la necesidad de observación estricta en todo politraumatizado puesto que puede de ello surgir el diagnóstico exacto y la operación oportuna.

3) Fue planteada etiológicamente la rotura uterina, por la anamnesis y el examen (síndrome de anemia periférica con hemorragia interna), pero fue la radiología que nos dio un dato fundamental (situación ectópica del feto). No fue posible la comprobación por palpación abdominal de partes fetales "directas" sin interposición de pared uterina. Quizá el tamaño fetal (5 meses) y la "defensa" de la enferma no lo permitieron.

La importancia de la "radiología" es bien conocida en el estudio del "vientre agudo". En esta circunstancia, señalamos que el documento radiográfico fue muy demostrativo. Ayudó a evitar el error que es aun frecuente en correctas estadísticas en enfermos: A) politraumatizados cuyas múltiples lesiones enmascaran los síntomas iniciales (sea al cirujano o al paciente mismo) de la existencia de una lesión abdominal. B) traumatizados por trauma cerrado extra-abdominal con lesión abdominal o pélvica como resultado.

4) Se pudo solucionar la situación, con conservación uterina (cirugía conservadora) con posibilidades obstétricas futuras de gestación, en una mujer joven y nulípara.

BIBLIOGRAFIA

- AMBROSONI, M. — “Roturas Uterinas”, A. de M. Actas Ginecológicas de Mont., 1951, Nº 10, 11 y 12.
- DODERLEIN. — “Rotura del útero”. Trat. de Obst. III: 228, 1938.
- FITZERGARD and Col. — Surgery, V, 1949.
- GARCÉS, T. — “Algunas consideraciones sobre la Etiología de la Rotura Uterina”. Revista de O. y G. de Quito, Ecuador. V. 1, XII, 1954.
- MARINO, DONATO VICENTE. — “El abdomen agudo en la Obstetricia”.
- MAZA, H. — “R. U. espontánea del útero grávido”. Bol. de la Soc. de Obst. de B. A. XXV: 82, 1946.
- El Día Médico, B. A., 1953, Set. 7.
- MAINETTI, J. M. — “R. U. Espontánea en el 5º mes del embarazo”. Prensa Médica Arg. del 12 agosto del 55.
- MORAGUES BERNARD. — “Las R. U.”. Clínica obstétrica, 706: 946. El Ateneo.
- PEREZ. — Tratado de Obstetricia. Edit. El Ateneo.
- RODRIGUEZ LOPEZ, M. — “Roturas uterinas”, IIª JORN. Ch. de Obst. y Ginec., 1947.

Dr. Mourigán. — Felicito al Dr. Boris Asiner, por la interesante comunicación y su resultado terapéutico. Deseo contribuir con un caso que fue resuelto por el Dr. Piquerez en el que se trataba de una grávida de unos 8 meses que había recibido un traumatismo abdominal directo y en la que se pudo establecer el diagnóstico por la palpación de partes fetales directamente sin interposición de musculatura uterina.

Dr. Asiner. — Agradezco la intervención, útil como siempre, del Dr. Mourigán. Compartimos con él lo referente al examen abdominal de las grávidas que han sufrido un trauma directo de abdomen, como en el caso por él relatado. Allí la situación fue diferente. El trauma orientó a la investigación palpatoria abdominal y el feto de tamaño mayor y más apreciable hizo posible la palpación “directa” de partes fetales.

En nuestra observación, las circunstancias fueron distintas: trauma extraabdominal cerrado y aparición de signos abdominales en la evolución posterior. El examen del vientre fue por falta de colaboración de la enferma y su defensa de bajo vientre, difícil. Además era una grávida de 5 meses (feto pequeño). Así, pues, no pudimos comprobar por palpación directa “partes fetales”. Lo que deseamos aquí señalar es la importancia de la comprobación radiológica obtenida, aunque dejando bien establecido el valor de la “clínica” en este tipo de traumatismos.