

TRABAJO DE LA CLÍNICA MATERNAL DE SANTA MADRONA

## ROTURA UTERINA, DESPUÉS DE VERSIÓN INTERNA CON HUEVO ÍNTEGRO Y RAQUIANESTESIA. LAPARATOMÍA. CURACIÓN

por el doctor

S. DEXEUS FONT

Doña Caridad M., de 27 años. Es visitada durante su embarazo en el Dispensario de la Obra Maternal del Instituto de la Mujer que Trabaja, sin presentar anomalía alguna.

Los diámetros pelvianos son normales. Presentación de vértice en el término del embarazo, posición izquierda. Nada anormal en su historia clínica referente a cantidad de líquido amniótico. Sin albuminuria.

El día 6 de julio de 1929, tuvo las primeras manifestaciones del parto: limos sanguinolentos y contracciones iniciales. Por examen vaginal se encuentra el orificio del cuello totalmente cerrado. Pasó la noche del 6 al 7 sin reposo, a causa de su sufrimiento, dice ella, y lo confirma la comadrona que no la ha abandonado un momento.

Al día siguiente, 7 de julio, la situación no ha variado. El día 8, el médico agregado a la Obra Maternal, doctor TORRUELLA, comprueba 2 cms. de dilatación, bolsa íntegra y cabeza alta.

El día 9, idéntica situación. Por tacto rectal, comprobamos: 2 c. de dilatación, bolsa íntegra, cabeza a nivel del primer plano de Hodge. Los labios del orificio uterino están tensos, más todavía en el momento de una contracción. El corazón fetal late bien. Ordenamos 1 c. c. de spasmalgine, repetido a las 12 horas y un supositorio rectal con 1 cgr. de extracto tebaico y 2 cgr. de extracto de belladona, cada cuatro horas.

Día 10, a las siete de la mañana: la situación no ha variado al reconocimiento obstétrico. Domina el cuadro, el lamentable tono moral de la enferma, justificado por cuatro días transcurridos sin descanso, con contracciones, comprobadas por nosotros, durante los tres últimos días, de 30 segundos a un minuto o un poco más, sin la esperanza de una próxima solución.

Es ingresada en la Clínica el día 10, a las 12 horas.

Raquianestesia entre 1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup> vértebra lumbar, con 0'12 gramos de novocaína.

El orificio cervical está dilatado a 5 cms., logrando un escaso progreso mediante un intento de dilatación manual y completándola con una incisión de 3 cms. en el labio anterior. Versión por maniobras internas, rompiendo en el mismo momento la bolsa de las aguas.

La intervención es principalmente laboriosa por estar el útero fuerte y totalmente contraído. La búsqueda de los pies y su descenso a la vulva es fácil, pero la evolución fetal es, por el contrario, extraordinariamente laboriosa.

La versión fué comenzada con los dos pies, pero sólo es posible mantener uno en la vulva. La cabeza fetal no asciende por encima de un anillo de contracción que apenas se notaba al introducir la mano y que se ha acentuado notablemente en el curso de las manipulaciones. Fracasa el intento de rechazar cuidadosamente la cabeza fetal por encima de dicho anillo. Confiamos, entonces, el pie a un ayudante e introducimos la mano formando plano inclinado junto al anillo para hacer deslizar por debajo de éste la cabeza fetal, e insistiendo con una fuerza de tracción que ya empezamos a notar en realidad desmesurada, acabamos finalmente la extracción fetal no sin dificultades.

Una vez extraído el ovoide córmico, los brazos y el tronco se desprenden fácilmente, igualmente la cabeza última.

Feto de 3.400 gramos, con algunos latidos cardíacos. A pesar de todos los recursos habituales en estos casos (lobelina, adrenalina intracardíaca, respiración artificial, etc.) es imposible reanimarle.

Procedimos seguidamente a una revisión genital inmediata y notamos una rotura uterina que interesa el fondo de saco vaginal izquierdo, a través del cual, el puño penetra fácilmente en la cavidad abdominal, tocándose la masa intestinal.

Alumbramiento artificial y colocación de un apretado taponamiento vaginal.

Se cambia de posición a la enferma para proceder a una laparatomía inmediata, aprovechando la misma anestesia. Entre el cese de las maniobras por vía vaginal y el comienzo de la intervención alta, han pasado 10 minutos.

Laparatomía media infra-umbilical; escasa cantidad de sangre en la cavidad peritoneal; se encuentra una herida en la unión del cuerpo uterino con el ligamento ancho izquierdo y su parametrio, de 7 a 8 cms. de longitud. El extremo interno del trauma está situado a un centímetro escasamente del borde uterino, extendido en el sentido de la mayor dimensión del ligamento ancho; está además más próximo al ligamento redondo que al anejo correspondiente. Una exploración cuidadosa nos convence de que no sangra ningún vaso de importancia. Tres puntos de catgut en el extremo distal del desgarro; drenaje abdómino-vaginal, mediante un tubo de goma que introducido por el ángulo inferior de la herida laparotómica, pasa a través de la herida parametral, en parte suturada, y sale por la vulva, después de retirado el taponamiento. Buen estado general de la enferma al terminar la intervención.

El día 12, dilatación gástrica, decúbito lateral. Emisión, la misma tarde, de gran cantidad de gases. Día 13, excelente estado general, primera deposición. Día 15, se retira el tubo drenaje. Día 16, se quitan los puntos de crin y garrafinas; herida en buen estado.

Las temperaturas oscilaron entre 37° y 38° los catorce primeros días. El pulso, exceptuando los dos primeros días que osciló entre 120 y 130, se mantuvo regularmente por debajo de 100.

Día 21: dolor en la fosa ilíaca izquierda; rezumamiento seropurulento por el ángulo inferior de la herida. Al examen vaginal, útero poco móvil; parametrio izquierdo infiltrado y doloroso. Prescribimos irrigaciones calientes.

El día 25, la regresión de los fenómenos locales es bien manifiesta.

A los 21 días, la enferma sale de la Clínica en buenas condiciones.

Es vista a los dos meses del parto en excelente estado. Ha menstruado.

\* \* \*

Pocos comentarios precisan acerca de la producción de esta distocia y del tratamiento de la misma.

Son hechos de interés: 1.º. — La existencia de la distocia por hipertonia uterina extendida a toda la viscera, con huevo íntegro. 2.º. — La resistencia de esta hipertonia a los medios terapéuticos habituales, (opio, belladona y finalmente la anestesia raquídea) y 3.º. — La producción de una rotura uterina en el curso de una versión por maniobras internas, realizada sobre un huevo íntegro.

Cada uno de estas condiciones, aunque no de observación corriente, son posibles en la práctica obstétrica y han sido ya descritas; pero lo que constituye el interés de este caso, es, precisamente la coexistencia o reunión de todas ellas.

La anestesia raquídea no ejerce la misma influencia sobre la musculatura uterina en trabajo de parto, que sobre esta misma cuando no ha empezado todavía la parturición. Sus efectos son mucho más notables en el primero que en el segundo caso. A pesar de esta diferencia básica, es indiscutible que la anestesia raquídea favorece en general la dilatación del cuello y la mayoría de las intervenciones obstétricas llevadas a cabo durante el parto.

Cuando está menos indicada es en la versión por maniobras internas, por respetar la retractibilidad uterina. A pesar de todo, nosotros hemos practicado buen número de versiones bajo este proceder anestésico.

La presencia de la bolsa de las aguas nos llevó a la elección de este medio anestésico confiando que en estas condiciones las maniobras serían facilitadas. No fué así, puesto que la misma dilatación tuvo que completarse con una incisión del labio anterior y la extracción fetal fué tan dura que produjo la rotura de la viscera.

Delante las circunstancias en que nos encontrábamos y las dificultades a vencer, tuvimos ya en determinados momentos la impresión de que proseguir la intervención representaba un peligro para la madre. Con un pie difícilmente descendido a la vulva, pero sin lograr fácilmente la evolución fetal, tuvimos la sensación de que el esfuerzo desplegado sobre la extremidad fetal, podía ser peligroso para la integridad de la matriz.

Aquí se plantea la justificación de nuestro proceder. ¿Qué hacer en estas circunstancias? No dudamos que mejores resultados habríamos obtenido practicando *a priori* una cesárea, la cual, por las circunstancias particulares del caso habría dado, con seguridad, buen resultado materno y fetal. La misma conducta habría sido igualmente provechosa para la madre después del primer intento de versión, al constatar las dificultades técnicas del caso; pero en aquellos momentos los resultados para el hijo eran ya aleatorios. Finalmente, después de reiterados intentos, la solución por vía alta era ya *a priori* un fracaso fetal. El feto había sufrido con la repetición de las manipulaciones endo-uterinas, y los diez o quince minutos que eran indispensables para resolver la distocia por vía alta, habrían sido suficientes para completar el desenlace.

El obstetra que se encuentra con frecuencia con las dificultades de una versión laboriosa, conoce perfectamente la angustia de semejantes momentos. La inmensa mayoría de las veces bordea el peligro, pero el operador puede finalmente sortear una situación difícil. El médico acaba la intervención con buen resultado materno y en un porcentaje no despreciable de casos con buen resultado fetal.

La insistencia, empero, de estas maniobras, no siempre benignas, puede conducir a lo que acabamos de descubrir en nuestro caso. La prudencia, teniendo solamente en cuenta los intereses maternos, aconseja practicar una embriotomía una vez abandonada la versión.

Téngase en cuenta, como justificación de la conducta seguida, la repugnancia de esta operación sobre un feto vivo, aunque esté en peligro de muerte.

El hecho de encontrarse la enferma en una clínica, permitió la solución rápida del trauma. Frente a éste había dos conductas a seguir: la expectación o la intervención.

Abogaba en favor de la última, el poco tiempo transcurrido desde el momento de la rotura y la gravedad de ésta abandonada a su evolución espontánea, con el consiguiente riesgo de hemorragia y el mayor todavía de infección.

El pulso y el estado general de la enferma, no siendo deficiente; la intervención estaba además justificada en este caso por dos razones: 1.ª. — Siendo una rotura que interesaba el fondo de saco vaginal lateral y por lo tanto una región evidentemente vascular, precisaba practicar la hemostasia de la herida. 2.ª. — Siendo un trauma de producción reciente, la infección estaría solamente en su comienzo, y era de desear establecer un amplio drenaje del foco traumático, el cual, en comunicación con la cavidad vaginal séptica, no tardaría mucho probablemente a infectarse.

Decidida ya la intervención, ¿debía ser ésta conservadora o radical? Una vez abierto el abdomen comprobamos que no sangraba ningún vaso importante. Siendo una primípara y por la circunstancia de haber perdido en esta distocia el primer hijo, la sencilla colocación de un drenaje abdómino-vaginal, ofrecía una incontestable superioridad sobre la histerectomía, que además de salvaguardar las funciones endógenas genitales de una mujer joven todavía mantenía la esperanza de una futura maternidad.

#### RÉSUMÉ

*Exposition d'un cas clinique dans le quel il y eut rupture uterine après une version interne avec oeuf entier et rachianesthésie. Profitant de l'effet anesthésique on a pratiqué immédiatement une laparotomie moyenne infra-ombilicale avec suture utérine. La malade fut guérie en peu de jours.*

#### SUMMARY

*Exposition of a clinical case in which there was an uterine rupture after an internal version with integral egg and rachianaesthesia. Making use of the anaesthetic's effect immediately the median infra-umbilical laparotomy with uterine suture was practised, and after a few days the female patient recovered from her sickness.*