



Utilización de fórceps en un caso de ruptura uterina

Use of forceps in a case of uterine rupture

Rodrigo Zamora Escudero,^{*,†} Elías Charúa Levy,^{*,§} Angélica Almanza Mackintoy^{*,¶}

Citar como: Zamora ER, Charúa LE, Almanza MA. Utilización de fórceps en un caso de ruptura uterina. Acta Med GA. 2025; 23 (2): 178-179. <https://dx.doi.org/10.35366/119485>

Resumen

La ruptura uterina es una complicación infrecuente, pero a veces fatal después de una cesárea anterior. El uso de fórceps ha ido en caída en los últimos años. En este reporte, se narra el caso de una ruptura uterina y extracción fetal con fórceps con el propósito de disminuir la morbilidad perinatal.

Palabras clave: ruptura uterina, fórceps, morbilidad fetal, mortalidad fetal.

Abstract

Uterine rupture is a rare but sometimes fatal complication after a previous cesarean section. The use of forceps has been on the decline in recent years. In this report, the case of a uterine rupture and fetal extraction with forceps is described to reduce perinatal morbidity and mortality.

Key words: uterine rupture, forceps, fetal morbidity, fetal mortality.

INTRODUCCIÓN

La ruptura uterina es una complicación rara pero fatal, con una mortalidad materna de 1.4% y mortalidad neonatal de 12-30%.^{1,2}

Los factores de riesgo asociados a esta patología son: edad materna > 40 años, número de cesáreas previas, periodo intergenésico corto, grosor de la cicatriz miometrial < 2.8 mm, inducción y conducción del trabajo de parto, peso fetal > 3,500 g.^{1,3}

Los signos de ruptura uterina son cambios en el registro cardiotocográfico, dolor abdominal y sangrado transvaginal.^{2,4}

La falta de síntomas y signos iniciales específicos para su diagnóstico retrasan la intervención, por lo tanto, requiere una alta sospecha diagnóstica.³

Se asocia con hipoxia fetal, histerectomía o reparación uterina, hemorragia obstétrica, ingresos a terapia intensiva, muerte materna y neonatal.^{1,5}

CASO CLÍNICO

Mujer de 24 años, con antecedente de una cesárea por presentación pélvica y un parto. La gestación actual cursó sin eventualidades. Ingresó al área de labor con trabajo de parto con altura de la presentación -2, borramiento 80%, dilatación 5 cm y membranas íntegras. Se realizó bloqueo peridural, conducción de trabajo de parto con oxitocina y amniorrexia. Tras dos horas, se pasa a sala de expulsión. Durante el pujo existe pérdida de presentación fetal, así como dolor en hipogastrio intensidad 10/10, por lo que se sospecha de ruptura uterina. Con la presentación en 0, se colocan ramas de fórceps Salas con extracción completa de la cabeza fetal, obteniendo recién nacido femenino, peso 2,535 g, apgar 7/8. Neonato requiere dos ciclos con ventilación de presión positiva, además presenta hipoxia perinatal leve. Se identificó solución de continuidad de la cicatriz uterina, por lo que se realiza laparotomía exploradora. Se encuentra dehiscencia de histerorrafia

* Hospital Angeles Lomas, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

† Profesor adjunto de Ginecología y Obstetricia.

§ Profesor asociado de Ginecología y Obstetricia.

¶ Médico residente de cuarto año Ginecología y Obstetricia.

Correspondencia:

Dra. Angélica Almanza Mackintoy

Correo electrónico: angelica.almack@gmail.com

Recibido: 17-05-2024. Aceptado: 22-07-2024.



de aproximadamente 15 cm que se prolonga a cérvix 5 cm. Se inicia la reparación de dehiscencia por planos. Se decide alta hospitalaria al tercer día postquirúrgico por mejoría clínica.

DISCUSIÓN

La ruptura uterina es una complicación obstétrica con alta morbilidad materna y neonatal. Es una entidad rara, este caso es el único reportado en los últimos años.

La paciente presentó dehiscencia de histerorrafia en segmento inferior, sitio más frecuente de esta entidad hasta en 82.3% de los casos.

Sólo 0.4% de los casos con cicatriz uterina previa presentan esta entidad, por lo que este es un caso raro.

El cuadro clínico fue característico confirmado por laparotomía, en cuanto al manejo, se utilizó un fórceps para extracción fetal, hasta el momento el único caso reportado. El neonato presentó hipoxia fetal, aunque fue leve a comparación de haber esperado la laparotomía como resolución, además, la reparación uterina fue exitosa. La histerectomía puede tener un impacto social catastrófico, por lo que se evitó.

CONCLUSIONES

La ruptura uterina es una entidad rara, sin embargo, debe tenerse presente su cuadro clínico y factores de riesgo para poder diagnosticarla. Esta entidad debe tener una sospecha temprana, esto con el fin de optimizar los resultados maternos y fetales. Su manejo debe ser lo más conservador posible, siempre y cuando la situación obstétrica lo permita.

REFERENCIAS

1. Tanos V, Toney ZA. Uterine scar rupture-Prediction, prevention, diagnosis, and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2019; 59: 115-131.
2. Savukynė E, Bykovaite-Stankeviciene R, Machtejeviene E, Nadisauskiene R, Maciuleviciene R. Symptomatic uterine rupture: a fifteen year review. *Medicina (Kaunas).* 2020; 56 (11): 574.
3. Abbas AM, A Shehata M, M Fathalla M. Maternal and perinatal outcomes of uterine rupture in a tertiary care hospital: a cross-sectional study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2019; 32 (20): 3352-3356.
4. Zhao P, Su C, Wang C, Xu J, Bai X. Clinical characteristics of uterine rupture without previous cesarean section: a 25-year retrospective study. *J Obstet Gynaecol Res.* 2021; 47 (6): 2093-2098.
5. Donati S, Fano V, Maraschini A; Regional Obstetric Surveillance System Working Group. Uterine rupture: results from a prospective population-based study in Italy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021; 264: 70-75.