

# 6

## RUPTURAS UTERINA Y DEL COLON SIGMOIDES

POR MANIOBRAS ABORTIVAS CON  
POSTERIOR EVOLUCIÓN NORMAL DEL  
EMBARAZO. Presentación de un caso

Carlos Alberto Gómez Fajardo<sup>1</sup>  
Hernán Ramírez Arboleda<sup>2</sup>

### RESUMEN

---

Se presenta un caso de ruptura uterina en la semana 10 de gestación luego de maniobras abortivas, con lesión extensa del colon sigmoides y con contaminación fecal de la pelvis. En la laparotomía se apreció el saco gestacional intacto, razón por la cual se le practicó rafia uterina, resección parcial del sigmoides y colostomía tipo Hartmann. El embarazo transcurrió posteriormente de manera normal, obteniéndose por cesárea en la semana 41 una niña sana. Luego del cierre de la colostomía, efectuado a las 4 y media semanas del postparto, la paciente evolucionó favorablemente.

**Palabras clave:** Ruptura Uterina, Lesión del Colon, Aborto Séptico.

-----  
*1 Obstetra, Clínica León XIII, Instituto del Seguro Social, Medellín.*

*2 Cirujano General, Clínica León XIII, Instituto del Seguro Social, Medellín.*

## **SUMMARY:**

---

A case of uterine rupture in the tenth week of pregnancy is presented. The pregnant woman had been subjected to abortive maneuvers, producing extensive lesions of the sigmoid colon and fecal contamination of the pelvic cavity. On laparatomic exploration, an intact gestational sac was observed, and so a hysterorhaphy, partial resection of the sigmoid and a Hartmann operation were performed. Afterwards, the pregnancy took a normal course and a healthy baby girl was born via cesarean section in week forty-one. After the colostomy was closed, four and half weeks later, the mother's clinical course was favorable.

**Key words:** Uterine rupture, colonic trauma, Septic abortion.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 26 años, primigestante G1 PO AO. Es vista por primera vez en el servicio de urgencias de maternidad del ISS el 16 de Diciembre de 1994.

Motivo de consulta: Sangrado vaginal y dolor abdominal generalizado. Se inició en hipogastrio y luego se generalizó a todo el abdomen. Relata que le habían sido practicadas maniobras abortivas con anterioridad a esta consulta al servicio de urgencias.

FUM: 2 Octubre 1994. (En el momento con 10 semanas de atraso menstrual).

AP: Buenas condiciones generales de salud previas, sin antecedentes patológicos de importancia.

Examen físico al ingreso: PA 110/60 Pulso 100, pálida. En estado de ansiedad y temor, quejándose de dolor abdominal intenso, generalizado. Hay signo de Blumberg positivo y pérdida de la matidez hepática. Presenta sangrado vaginal en escasa cantidad y rectorragia. Se ordenó radiografía de tórax en posición de pies, con protección radiológica a la pelvis. Se observó franco neumoperitoneo.

El diagnóstico preoperatorio fue ruptura uterina y posible ruptura de víscera hueca (colon). Con esta impresión diagnóstica previa es llevada a cirugía.

Se practicó laparotomía por incisión mediana infraumbilical, bajo anestesia general con etrane y N20. Circuito semicerrado. Se aplicó pentothal, succinil colina, fentanyl y norcurón. El acto opera-

torio transcurrió sin complicación anestésica.

Hallazgos quirúrgicos: Hemoperitoneo de 150 cc. Contaminación de la cavidad pélvica con materias fecales. En el colon sigmoides había un área de aproximadamente 5 cms. con varias perforaciones y desgarros irregulares. Ruptura de la cara posterior del útero, de dos centímetros de longitud, con los bordes irregulares, hacia el lado derecho. A través de la ruptura uterina se visualizó parte del saco gestacional intacto. No hay salida del líquido amniótico por el orificio uterino.

Se practicó rafia uterina con un punto en equis con vicryl O, comprendiendo solamente la muscular del útero, sin penetrar en la cavidad uterina y sin tocar el saco gestacional. Se practicó también la resección de 5 cms. del colon sigmoides comprometido y se efectuó colostomía tipo Hartmann. Luego de lo anterior se hizo lavado y revisión de la cavidad peritoneal. Se verificó que no había otras lesiones intestinales. Recuento de gases correcto. Cierre de la fascia con vicryl O, sutura continua. Se dejó la piel abierta. En el postoperatorio inmediato recibió gentamicina 80 mg iv c/8 hs y Flagyl 500 mg iv c/8 hs.

La evolución postoperatoria fue aceptable, con la colostomía funcionando normalmente, sin sangrado vaginal, sin fiebre; el embarazo transcurrió de manera normal, sin complicaciones adicionales. Se dio de alta el día 27 de Diciembre (11 días después de la intervención), con la colostomía funcionando, tolerando la vía oral y sin signos de infección.

Se continuaron ambulatoriamente sus controles prenatales en la consulta de alto riesgo obstétrico. Diferentes mediciones de biometría fetal por ultrasonido a lo largo del control prenatal:

27 Enero 95: 15 semanas.  
7 Febrero 95: 16 semanas.  
25 Abril 95: 28 semanas.  
6 de Junio 95: 36 semanas.

Los demás parámetros del prenatal (ganancia de peso, presión arterial, altura uterina y otros exámenes rutinarios) se encontraron dentro de los límites normales a lo largo de la totalidad de las consultas de sus posteriores controles ambulatorios.

El 12 de Julio de 1995 se examinó de nuevo en el servicio de maternidad. Se encontró con 41 semanas de gestación, 34 cms. de altura uterina. PA 120/80. Pelvis ginecoide, presentación cefálica, cervix posterior, cerrado. Sin actividad uterina. Se decidió iniciar inducción con Oxitocina. Pese a esto no se obtuvo buena actividad uterina. Previamente se practicaron registros de monitoreo electrónico en los cuales se apreció una frecuencia cardíaca fetal basal entre 140 y 145 lpm, con variabilidad normal, con ascensos transitorios y sin caída de la FCF.

El día 14 de Julio se practicó Cesárea Segmentaria, bajo anestesia epidural, por incisión de Pfannenstiel. Nació una niña sana de 3200 gramos, 52 cms. de talla, con Apgar de 10 y una circular del cordón umbilical. La evolución neonatal de la niña fue normal. La evolución posterior a la cesárea fue también normal. No hubo infección de la herida quirúrgica.

El 18 de Agosto de 1995 se practicó cierre de la colostomía, a las 4 y media semanas postparto. De nuevo su evolución postoperatoria fue adecuada.

## DISCUSIÓN

Se trata en este caso de una paciente que fue sometida a un tratamiento quirúrgico conservador aún después de constatar intraoperatoriamente la presencia de un alto grado de contaminación por materias fecales de la cavidad pélvica luego de que la paciente fuera víctima de maniobras con las cuales le intentaron causar un aborto a las diez semanas de gestación. A pesar de que existió ruptura uterina y del intestino grueso, con extensa contaminación pélvica, se pudo simultáneamente verificar la integridad del saco gestacional, el cual se veía protruir intacto a través de la ruptura en la cara posterior del útero causada por un instrumento cortante. El cuadro clínico de irritación peritoneal en esta paciente estaba claramente establecido en el momento de su ingreso. Las pruebas diagnósticas efectuadas condujeron con relativa facilidad y rapidez a la impresión diagnóstica preoperatoria de ruptura de víscera hueca, razón por la cual se llevó urgentemente a cirugía, con el fin de practicar laparotomía exploradora para proceder según los hallazgos.

No conocemos referencias respecto a esta clase de traumas uterinos y rectales concomitantes en época tan precoz del embarazo. Tampoco conocemos casos de estas características que hayan cursado con desenlace tan favorable como el que se presenta. La mayoría de las referencias sobre traumas del tubo digestivo y embarazo se relacionan con heridas por

arma de fuego o armas cortopunzantes que determinan laparotomía y en algunos casos una operación cesárea de urgencia, casi todos en edades gestacionales avanzadas.

En una reciente revisión bibliográfica (1) sobre traumas durante el embarazo se destaca lo siguiente: «Los traumas abdominales más comunes son los producidos por armas de fuego y por armas cortopunzantes. A medida que el embarazo progresa y el radio -volumen fetal / volumen de líquido amniótico aumenta, el feto se presenta como un blanco mayor y por esto, más susceptible a recibir traumas. El intestino es desplazado, y la mayor parte del intestino delgado se encuentra en la parte superior del abdomen. Las heridas por arma de fuego involucran una elevada probabilidad de lesión visceral, superior a la de las heridas por arma cortopunzante. En general está recomendado que todas las heridas por bala en el abdomen sean exploradas por laparotomía, aunque Franger y otros han identificado un grupo de pacientes que podría ser enfocado inicialmente con un programa de observación clínica estricta, con las siguientes condiciones:

1. Madre estable hemodinámicamente.
2. Herida a nivel inferior al del fondo uterino.
3. Proyectil en el interior de la cavidad uterina.
4. Examen abdominal negativo.

5. Ausencia de sangre en orina o en tracto gastrointestinal.

Es de destacarse en el presente caso el aspecto psicológico de nuestra paciente. En el momento de su ingreso a la clínica su situación era de extrema ansiedad y temor respecto a su condición y la de su hijo. Desde el día siguiente a su ingreso al servicio obstétrico y a su primera intervención, la paciente manifestó una incondicional satisfacción por el hecho de que su embarazo hubiera proseguido de manera normal. A partir de ese momento la paciente manifestó espontáneamente una actitud positiva respecto a su estado, actitud que permaneció por siempre a lo largo de todo el embarazo y puerperio y que continuó hasta que tuvimos conocimiento de ella, meses después del parto. Esta constatación, que no por lógica deja de tener gran importancia clínica, hace pensar a los autores que el término «embarazo no deseado» no es un término que pueda ser sustentado por parte de los médicos abortistas como un argumento más para la supresión discriminada de vidas humanas. Mucho menos por parte de aquellos que tienen como obligación precisamente el encargo trascendental de protegerla, especialmente en el caso de los agredidos en condiciones de inferioridad física.

## REFERENCIAS

1. Vaizey CJ, Jacobson MJ and Cross FW. Trauma in pregnancy. Review. Brit J Surg 1994, 81:1406 - 1415.