Título: Traducción y comentarios sobre el artículo "Unintentional Extensions of the Cesarean Hysterotomy Incision: A Review and Proposed Classification System"

Título en español: "Extensiones no intencionadas de la incisión de histerotomía por cesárea: una revisión y propuesta de sistema de clasificación".

Nombre revisor y hospital: Alejandra Mella Delgado y Elena Serrano. Hospital Universitario Infanta Elena.

1. **Artículo Original:**

Burns LP, Wright G, Rausch AC, Premkumar A. Unintentional extensions of the cesarean hysterotomy incision: a review and proposed classification system. Obstet Gynecol. 2026;148(2):194-204. DOI:10.1097/AOG.0000000000006288.

2. **Resumen del Artículo:**

El artículo "Unintentional Extensions of the Cesarean Hysterotomy Incision: A Review and Proposed Classification System" (Burns et al., 2026) sintetiza la evidencia disponible sobre las extensiones involuntarias de la incisión en cesáreas, analizando sus factores de riesgo, morbilidad asociada, maniobras de prevención y proponiendo un sistema estandarizado de clasificación.

Se trata de una complicación frecuente pero poco estandarizada. Son desgarros accidentales que se prolongan más allá de la histerotomía inicial y aparecen especialmente durante las cesáreas realizadas en el segundo período del parto, sobre todo cuando existe una cabeza fetal impactada y una extracción dificultosa.

Los autores realizan una revisión de la literatura para analizar la incidencia, los factores de riesgo, las complicaciones y las estrategias de prevención. Uno de los principales problemas identificados es que actualmente no

existe una definición ni una clasificación universal de estas lesiones, lo que dificulta comparar los resultados entre los diferentes estudios.

Finalmente, los autores proponen un nuevo sistema de clasificación en tres grados, diferenciando las extensiones laterales de las inferiores según su extensión y las estructuras anatómicas afectadas. Concluyen que es necesario establecer una clasificación estandarizada y realizar estudios prospectivos de mayor calidad para mejorar la prevención, el tratamiento y el seguimiento de estas complicaciones.

2.1 Introducción:

Las extensiones no intencionadas de la histerotomía son complicaciones relativamente frecuentes pero mal definidas de la cesárea, descritas habitualmente como desgarros accidentales que se propagan más allá de la incisión uterina planificada.

Aunque se asocian con una elevada morbilidad materna —que incluye un aumento significativo de pérdidas hemáticas, mayores tasas de transfusión, prolongación del tiempo quirúrgico y riesgo de lesiones en órganos adyacentes—, no existía hasta ahora una definición estandarizada ni un sistema de clasificación universalmente aceptado.

Las tasas de incidencia reportadas varían ampliamente (del 0.72% al 14.5%) debido a las diferencias en las poblaciones de estudio, contextos clínicos y recogida y documentación de dicha complicación en los correspondientes protocolos quirúrgicos.

Esta revisión tiene como objetivo sintetizar la literatura existente sobre factores de riesgo, secuelas y estrategias de prevención, proponiendo además un sistema de clasificación estandarizado y pragmático para su uso clínico y en investigación.

2.2 Metodología

Diseño: Revisión narrativa de la literatura médica.

Evidencia analizada: Síntesis de estudios observacionales e intervencionales sobre definición, incidencia, factores de riesgo, complicaciones y maniobras preventivas. Los autores han evaluado las características, diseños y

definiciones de múltiples cohortes retrospectivas internacionales de países como Estados Unidos, Turquía, Israel y Francia.

Propuesta clave: Desarrollo de un sistema de clasificación estandarizado de 3 grados basado en la trayectoria anatómica (extensiones laterales e inferiores) y el compromiso de estructuras pélvicas vecinas; tomando como modelo conceptual la clasificación por grados de los desgarros perineales obstétricos.

2.3 Resultados

Los principales resultados sintetizados en la revisión son los siguientes:

2.3.1. Incidencia y Diagnóstico

- La incidencia reportada de extensiones involuntarias varía ampliamente del 0.72% al 14.5%, variación atribuida a la heterogeneidad de las poblaciones estudiadas y a la falta de una definición estandarizada.

2.3.2 Factores de Riesgo

- Cesárea en la 2ª etapa del trabajo de parto: Es el predictor independiente más consistente y potente de una extensión involuntaria, debido al adelgazamiento extremo del segmento uterino inferior y a la tracción mecánica necesaria para liberar la cabeza fetal impactada. El riesgo se asocia con el trauma del pujo prolongado sin descenso de la presentación, más que con la duración de la etapa por sí sola.
- Intento fallido de extracción vía vaginal mediante parto instrumental: Incrementa más de 28 veces las probabilidades de sufrir una extensión durante una cesárea en segunda etapa.
- Uso de oxitocina: Se identificó como un factor que más que duplica el riesgo en algunos modelos ajustados.
- Factores maternos y fetales: La nuliparidad y un mayor peso neonatal se asocian de forma independiente con un riesgo elevado. En cambio, el nivel de experiencia del cirujano en formación (residentes) no demostró ser un factor de riesgo independiente de forma consistente.

2.3.3. Morbilidad materna a corto plazo

- Hemorragia y transfusión: Se asocia de manera constante con una mayor pérdida de sangre estimada (mediana de 1000 mL vs. 800 mL), mayor caída de hemoglobina y un riesgo 5 veces mayor de requerir transfusión sanguínea.
- Complicaciones operatorias: Conlleva tiempos quirúrgicos más prolongados e incrementa el riesgo de lesiones iatrogénicas, incluyendo trauma vascular, lesión vesical, hematomas e histerectomía.

2.3.4. Morbilidad materna a largo plazo

- Parto pretérmino: El trauma cervical o del segmento inferior derivado de la extensión incrementa en más de dos veces el riesgo de parto pretérmino espontáneo antes de las 34 semanas en embarazos posteriores.
- Rotura uterina: La evidencia disponible es contradictoria y limitada; aunque un estudio inicial observó un riesgo 11.7 veces mayor, investigaciones multicéntricas posteriores no encontraron una asociación significativa.

2.3.5. Estrategias de prevención

- Técnicas de extracción fetal: La extracción en podálica inversa (método *pull*) logra una reducción del 75% en las extensiones frente a la desimpactación vaginal manual (método *push*). El uso del dispositivo *Fetal Pillow* no muestra una reducción significativa en metaanálisis no retractados.
- Técnica de histerotomía: La expansión roma reduce el riesgo en comparación con la cortante. Asimismo, expandir la incisión en sentido cefalocaudal (vertical) disminuye el riesgo de extensión en aproximadamente un 40% en comparación con la expansión transversal.

2.3.6 Sistema de Clasificación Clínico Propuesto:

Para corregir la falta de estandarización, los autores proponen un sistema pragmático de tres grados basado en la dirección anatómica del desgarro:

- Extensiones Laterales:
    - Grado 1: Extensión a ≤1 cm del ligamento ancho sin alteración del mismo.
    - Grado 2: Extensión que causa alteración del ligamento ancho sin transección de los vasos uterinos mayores.
    - Grado 3: Extensión que causa alteración o transección de los vasos uterinos mayores.
- Extensiones Inferiores:
    - Grado 1: Extensión ≤4 cm por debajo del nivel de la histerotomía.
    - Grado 2: Extensión >4 cm por debajo del nivel de la histerotomía o que involucra el estroma cervical.
    - Grado 3: Extensión que compromete el epitelio vaginal.

3.- <u>Comentario</u>:

Este artículo aborda un vacío crítico en la práctica obstétrica moderna.
A pesar de que las extensiones de la histerotomía ocurren de forma muy frecuente en la práctica clínica diaria, la falta de una definición unificada ha invisibilizado históricamente la magnitud de este problema y ha impedido correlacionar de forma precisa sus secuelas a largo plazo.
La propuesta de un sistema de clasificación por grados anatómicos —similar al que utilizamos de forma rutinaria para los desgarros perineales en partos vaginales— es una solución pragmática y de gran valor clínico.
Si se implementase esta clasificación en la descripción quirúrgica del protocolo realizado tras la cesárea se permitiría codificar de manera objetiva la gravedad del desgarro y facilitaría una adecuada estratificación del riesgo reproductivo futuro.
Esto es especialmente relevante en el caso del parto pretérmino subsecuente, ya que una extensión inferior de Grado 2 o 3 (que involucre estroma cervical) debería alertar a los profesionales en futuras gestaciones, para decidir el control obstétrico más adecuado de estas pacientes.
Por último, los resultados de la revisión son un llamado a la acción para estandarizar las técnicas de cesárea compleja. Se destaca la importancia de favorecer la expansión roma cefalocaudal de la incisión y, en casos de cabeza fetal muy impactada, considerar formalmente la extracción en podálica reversa antes de realizar maniobras vaginales de empuje que aumenten el trauma tisular.