ABRUPTIO PLACENTAE

Análisis clínico de 132 casos

Doctores **Germán Ochoa M.** * y **Luis Fernando Restrepo A.** **

El material de este trabajo comprende 132 casos de *abruptio placentae*, atendidos en los Servicios de Obstetricia del Hospital Universitario de San Vicente de Paúl y de la Clínica León XIII, del I. C. S. S. de Medellín, en los años de 1961, 1962 y primer semestre de 1963. El motivo que nos indujo a llevar a efecto este estudio, fue la elevada mortalidad perinatal, en los casos de abruptio placentae, encontrada por nosotros en los trabajos titulados Mortalidad y Letalidad Perinatal (1, 2, 3).

Incidencia. Durante este período de tiempo hubo un total de 39.795 partos, con una incidencia de 3.3%; 1 por 300 partos. Como puede observarse en el cuadro 1, la frecuencia es mucho menor en la serie nuestra; esto se debe a que de acuerdo con Eastman y Hellman (4), descartamos los casos ocurridos antes de la vigésima-octava semana, considerándolos como abortos. En la serie de Daro (5), el 16% de los casos ocurrieron antes de las veintiocho semanas de gestación. Bierber (6) procedió en forma similar. Los autores no especifican la edad del embarazo. Se hace notorio que los tres últimos citados en el cuadro, que son colombianos, tienen una frecuencia sensiblemente igual.

Clasificación clínica. Los casos fueron divididos en leves, moderados y graves, de acuerdo a la clasificación de Sexton y asociados (11). Cuadro 2. Hendellman (8), en su serie de 126 casos, informa 58 casos leves, 54 moderados y sólo 14 graves, clasificados con el mismo criterio empleado por nosotros. La frecuencia de casos graves en nuestro trabajo es casi tres veces mayor que la Hendellman. Perlin (7) informó 18% de casos graves.

---

* Asociado de la Cátedra de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

** Instructor de la Cátedra de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

CUADRO 1

ABRUPTIO PLACENTAE. Incidencia

Autor	Nº de partos	Nº de casos de abruptio placentae	Incidencia %
Daro (5)	72.207	306	42
Bierber (6)	79.972	353	40
Perlin (7)	27.817	197	70
Hendelman (8)	26.470	126	48
Rozo (9)	44.119	139	31
Londoño (10)	8.495	27	31
Autores	39.795	132	33

CUADRO 2

ABRUPTIO PLACENTAE. Clasificación Clínica

	Leve	Moderado	Grave
Hemorragia	Externa	Oculta	Shock
Signos y síntomas	Pocos	Moderados	Externos
Muerte fetal	no	Sufrimiento / Muerte	Muerte
Grado de desprendimiento	15%	60%	60%
Trastornos de la coagulación	no	no	si
Muerte materna	no	no	si
Nº de casos	50	39	43
Utero de Couvelaire	no	no	si

El estudio realizado no permitió encontrar una explicación para la alta incidencia de casos graves.

Signos y síntomas. Al analizar los fenómenos clínicos, encontramos lo siguiente: la hemorragia externa estuvo presente en 104 casos, 78%. En 96 casos, 72.7%, hubo dolor, lo que está de acuerdo con la sintomatología que usualmente se atribuye al abruptio. En 36 casos, 27.3%, no se presentó dolor o, al menos, no apareció anotado en la historia; en la mayoría de éstos la hemorragia fue externa. Bierber (6), sólo encontró dolor en el 33.4% de sus casos.

CUADRO 3

ABRUPTIO PLACENTAE

Signos y síntomas de 132 casos

	Nº de casos	%
Hemorragia externa	104	78.7
Dolor	96	72.7
Hipertonía uterina	89	67.4
Trabajo de parto	85	64.4
Utero sensible	84	63.6
Palidez	78	59.0
Auscultación fetal negativa	55	41.6
Shock	33	25.0
Hemorragia oculta	28	21.3
Sufrimiento fetal	23	17.4

En 89 pacientes, 67.4%, el útero se encontró hipertónico, y sensible en un 63.6%. De las 132 pacientes, 85 (64.4%) estaban en trabajo de parto al hacer el abruptio. Esto es lógico, pues es más probable que la placenta se desprenda cuando el sitio en donde se implanta se contrae. En el momento de hacer el diagnóstico de abruptio se encontraron 36 pacientes con una hemoglobina inferior a 10 gm%.

La auscultación fetal fue negativa en 55casos, y en 33 había un sufirimento fetal evidente. La hemorragia oculta se encontró en 28 casos, 21.3%. La cantidad perdida se valoró en muy pocos casos, lo cual no permite presentar porcentajes significativos. El shock estuvo presente en 33 casos, 25%.

Etiología. Encontramos 29 pacientes con toxemia del embarazo, o sea un 22%, lo cual está de acuerdo con la mayoría de los autores, que informan una frecuencia entre el 20 y el 50% de abruptios concomitantes con toxemia. Se encontraron, además, 4 casos de hipertensión sin toxemia sobre agregada; 18 pacientes tenían antecedentes de toxemia o hipertensión. En 10 pacientes figuraba el abruptio dentro de sus antecedentes obstétricos. Una de las pacientes era nefrítica crónica y presentó tres abruptios consecutivos. Unicamente en dos casos apareció el trauma como causa evidente. El cordón corto, el hidramnios y el embarazo múltiple, que la mayoría de los autores mencionan como causa del abruptio, no aparecieron en nuestra serie. Otros hallazgos pertinentes de nuestro análisis son: 58.5% de los casos ocurrieron en el grupo de edad mayor de los 29 años. (Cuadro 4). El 93% de los abruptios ocurrieron en multíparas, y el 58.5% correspondió a las grandes multíparas (más de 5 partos). (Cuadro 5).

CUADRO 4

ABRUPTIO PLACENTAE

Edad Materna

Años	Nº de casos	%
Menos de 20	4	3.1
20 a 29	51	38.6
30 a 39	63	47.7
40 y más	14	10.6
Total	132	100.0

CUADRO 5

ABRUPTIO PLACENTAE

Paridad

Paridad	Nº de casos	%
I	9	6.8
II a V	46	34.8
Mas de V	17	58.4
Total	132	100.0

CUADRO 6

ABRUPTIO PLACENTAE

Duración de la gestación

Semanas	Bierber (6) Nº de casos	Autores Nº de casos
28	**16**	**3**
29	1	0
30	9	13
31	2	7
32	**13**	**14**
33	6	6
34	6	9
35	9	4
36	**30**	**12**
37	10	8
38	16	3
40	**64**	**41**
41	2	0
42	0	1
?	5	3
Total	203	132

Según Bierber (6), otro punto de interés es que el abruptio ocurre con más facilidad, y así ocurrió en sus casos, al final de cada mes lunar de la gestación. Al examinar las historias, se encontró que realmente un número mayor de casos ocurrió en las semanas 28, 32, 36 y 40. Estos períodos aparentemente coinciden con los cambios cíclicos que ocurren en la mujer no embarazada, durante las variaciones hormonales fisiológicas y los cambios endometriales. Con este conocimiento en mente puede ser deseable tratar las mujeres con tendencia a los abortos conservativamente con reposo en cama y posiblemente con hormonas alrededor de estos días cruciales de la gestación. Estas cifras son muy significativas, ya que tanto la serie de Bierber (6) como la nuestra muestran marcados cambios al final de cada mes lunar. (Cuadro 6).

Entre las 28 y 37 semanas ocurrieron el 57.5% de los casos. El 42.5% ocurrió después de la 37 semana del embarazo en adelante.

Complicaciones. Se presentaron 4 casos de ruptura uterina. En todos ellos se empleó el pitocín intravenoso, y por lo menos en 2 casos las causas probables de la ruptura fueron el control inadecuado y las dosis excesivas del pitocín. Una de las rupturas ocurrió en un útero de Couvelaire. En 3 casos de ruptura se hizo histerectomía y en el otro histerorrafia.

Se hizo notoria la alta incidencia de trastornos de la coagulación en la serie nuestra, 31 casos (23.5%), de los cuales 28 fueron hipofibrinogenemias demostradas. Haciendo contraste con es-

to, Perlin (7) informa únicamente 2.5% Solamente se presentaron 2 casos de útero de Couvelaire, y ambos se trataron con histerectomía total. La frecuencia elevada de trastornos de la coagulación encontrada, quizás pueda explicarse por la costumbre implantada entre nosotros, de solicitar estudio hematológico a toda paciente con el diagnóstico de abruptio, aunque no se observen signos clínicos de estos trastornos, lo cual posiblemente permite hacer un número mayor de diagnósticos.

Tratamiento. Siguiendo la conducta usual, se utilizaron en el tratamiento las medidas encaminadas a producir una rápida evacuación del útero y mejorar el estado general: inducción o aceleración del parto, con ruptura artificial de las membranas y pitocín, cesárea, analgesia, transfusiones, etc.

No se hizo ningún tratamiento en 24 casos; 22 de ellos eran de los clasificados como leves, y en su mayoría se diagnosticaron después del parto, por el examen de la placenta. Otros 2 casos fueron pacientes que llegaron en período expulsivo. Se hizo ruptura artificial de membranas en 100 casos, y ya estaban rotas al ingreso en 12 pacientes.

El pitocín se empleó en 77 pacientes, 58.3%. El número de inducciones fue de 41, y en 36 casos se utilizó para la aceleración del parto. De los 77 casos tratados con pitocín, se observaron 15 fetos vivos y 62 mortinatos. Se debe aclarar que de los 62 mortinatos, 46 estaban muertos al ingreso de la paciente y 12 presentaban gran sufrimiento; aparentemente no hubo muertes fetales imputables al pitocín. Tanto el pitocín como la cesárea fueron utilizados especialmente por indicación materna. En todos los casos, el pitocín se usó disuelto en suero dextrosado y por vía endovenosa. La dosis más usual fue de 5 unidades en 500 cc de dextrosa al 5%. Ya se mencionaron 2 rupturas uterinas por dosis excesivas y control inadecuado del pitocín.

El número total de cesáreas fue de 13 (9.7%) La frecuencia de la cesárea en el abruptio es muy variable, según los diversos autores consultados: Studdiford y Deker (12) informan un 7.8% (13). Bysshe (13) trae el 12% antes de 1950 y el 30% en los últimos años. Douglas (14), 4%. Daro (5) da el 12% antes de 1950, y en 1953 informó 104 casos, en los cuales solamente se llevó a efecto una cesárea. Rozo (9) informa 23.4%. Perlin (7), 25%. Teniendo en cuenta la frecuencia observada en los trabajos de estos autores y la tendencia en el trabajo actual del abruptio, el porcentaje nuestro de cesárea es bajo.

Las cesáreas se hicieron todas por indicación materna; prueba de ello es que en 8 casos el feto estaba muerto desde la admisión de la paciente, en 7 había hipofibrinogenemia y en todas había shock. Se hizo cesárea en 5 pacientes con feto vivo, y uno de ellos murió durante la intervención.

Se hicieron 5 histerectomías, 3.8%: 2 por ruptura uterina, una por útero de Couvelaire y ruptura uterina, y una por torción del útero e hipofibrinogenemia. Los autores consultados informan porcentajes similares.

En 80 casos para la analgesia y la sedación se usaron los opiáceos tipo demerol y narcosil. 79 pacientes recibieron transfusiones durante el tratamiento, y 83, suero, 26 recibieron antibióticos por presentar algún signo de infección, o como profiláctico, 14 pacientes recibieron A. C. T. H., y una fibrinógeno. De los 28 casos que presentaron hipofibrinogenemia, 23 fueron tratados con el ácido epsilón aminocaproico, y en todos la respuesta fue satisfactoria.

El empleo del ácido epsilón aminocaproico para controlar la hipofibrinogenemia en el abruptio placentae y estados afines, fue introducido en nuestro medio en el año de 1962 por el doctor Sigifredo Palacio (15), del cual presentamos un aparte de su primera publicación:

"En los desprendimientos prematuros de la placenta, con frecuencia se activa el plasminógeno, convirtiéndose en plasmina, lo cual conduce al cuadro hemorrágico conocido con el nombre de hipofibrinogenemia. El ácido epsilón aminocaproico es un inhibidor del plasminógeno y también de la plasmina, tanto *in vitro* como *in vivo*.

Actualmente está en preparación un trabajo que comprende todos los casos en que se ha empleado el AEAC, el cual incluye los 23 que aquí presentamos, y por lo tanto, no consideramos oportuno extendernos en el tema (16).

Mortalidad perinatal. En los 132 casos hubo 78 muertes fetales (59.1%), de los cuales 55 llegaron muertos (68.5%) y 23 con sufrimiento fetal grave. De los que llegaron vivos y sin sufrimiento no murió ninguno.

En el cuadro 7 puede observarse que los tres primeros autores, que son colombianos, son los que informan una mortalidad más alta. Debe considerarse que la serie presentada por Londoño es la más antigua. Bysshe (13), en los años anteriores a 1950, informa una mortalidad fetal de 35%, y en los años posteriores hasta 1957, una pérdida fetal de sólo 23.6%. El atribuye este hecho a que la frecuencia de cesáreas ascendió del 12 al 30%. Perlin (7), por el contrario, presenta una mortalidad sensiblemente igual en los casos manejados con tratamiento conservador y en los manejados por cesárea; además, afirma que el aumento de la incidencia de la cesárea en los últimos años no muestra una disminución real en la mortalidad fetal. Rozo (9), aún más, sostiene que la mortalidad fetal es menor cuando el abruptio se trata conservadoramente.

CUADRO 7

ABRUPTIO PLACENTAE

Mortalidad perinatal

Autores	**Año**	%
Londoño (10)	1945	100.0
Rozo (9)	1961	68.2
Nosotros	1963	59.1
Bierber (6)	1953	40.3
Perlin (7)	1963	40.0
Hendelman (8)	1960	31.0

En el cuadro 8 se observa que es difícil establecer una relación directa

entre la incidencia de cesárea y la mortalidad perinatal. Con el ánimo de averiguar cuántos fetos hubieran podido salvarse con tratamiento más activo como la cesárea, revisamos detenidamente las 23 historias de los casos en los cuales el feto llegó vivo, aunque con sufrimiento. En este análisis encontramos que habría habido la posibilidad de hacer una cesárea y salvar el feto en 6 casos.

CUADRO 8

ABRUPTIO PLACENTAE

Cesárea y mortalidad perinatal

Autores	% cesáreas	% mortalidad
Londoño (10)	42.8	100.0
Rozo (9)	23.5	68.2
Nosotros	9.7	59.1
Perlin (7)	25.0	40.0
Hendelman (8)	15.0	31.0
Bysshe (13)	30.0	23.6

CUADRO 9

ABRUPTIO PLACENTAE

Porcentaje de desprendimiento y mortinatos

Abruptio	Fetos vivos	Fetos muertos	% de fetos muertos
Total	0	51	100.0
Parcial	54	27	33.5

Se observó que la muerte fetal fue de 100%, cuando el área de desprendimiento fue mayor del 70%. No encontramos ninguna relación entre el peso de los fetos y la letalidad fetal; en cambio, es notorio el alto índice de prematuridad, 53.7%. (Cuadro 10).

CUADRO 10

ABRUPTIO PLACENTAE

Peso de los fetos

Peso	Nº de fetos muertos	Nº de fetos vivos
1.000 a 1.499	9	1
1.500 a 1.999	19	17
2.000 a 2.499	14	11
2.500 a 3.000	23	12
3.000 y más	13	13
Total	78	54

CUADRO 11

ABRUPTIO PLACENTAE

Mortalidad materna

Autores	Nº de casos	Muertes maternas	%
Perlin (7)	197	1	0.50
Nosotros	132	1	0.75
Daro (5)	306	6	1.90
Rozo (9)	139	9	6.47

Mortalidad materna. Aunque la mortalidad en el abruptio era muy alta, los métodos más inteligentes de manejo la han reducido al 1% o menos, y muchas clínicas han informado series de varios cientos de casos sin una muerte materna. En el cuadro 11 se compara la mortalidad materna de los distintos autores consultados por nosotros. Solamente tuvimos una muerte materna por abruptio, torsión del útero e hipofibrinogenemia, cuya historia resumimos a continuación:

Historia Nº 46.795. I. C. S. S. Paciente de 31 años de edad, Gr. 4 Pa 3, asistió a consulta prenatal. Antecedentes familiares, personales, obstétricos y ginecológicos, normales. Admitida con un embarazo a término, con fuerte dolor abdominal y en estado de schock. Al examen se encontró: palidez, sin pulso ni presión arterial; útero sensible, ruidos fetales negativos, presentación cefálica, cuello uterino cerrado. Fibrinógeno, 80 mg%, sangre incoagulable, fibrinolisinas ++++. Se establece tratamiento: sangre a presión, ACTH en dextrosa al 5, endovenoso gotagota, pitocín, 10 unidades en el suero: fibrinógeno, 1 grm, narcosil, 10 mg musculares, Trendelenburg y oxígeno. Se intentó hacer ruptura artificial de las membranas, pero no fue posible. Por la gravedad del caso y la falta de respuesta al tratamiento se hace laparatomía, y se encuentra un útero cuyo segmento está muy infiltrado de sangre; entonces se hace incisión longitudinal corporal en lo que aparece como cara anterior, se extrae un feto rígido, la placenta y unos 3.000 cc de coágulos, el cuerpo uterino casi no se contrae y al tratar de colocarlo en su situación anatómica se encuentra que había hecho una torción sobre el cuello en su eje mayor, de 180 grados y que la incisión quedó en la cara posterior; se hace histerectomía subtotal con conservación de anexos. A pesar de ello, la paciente no se recupera, continúa sangrando por la herida quirúrgica, por boca y nariz, etc., y muere.

RESUMEN

1. Se presentan 132 casos de abruptio placentae, ocurridos en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y en el I. C. S. S., de Medellín, durante los años de 1961, 62 y primer semestre del 63.

2. La frecuencia es de 1 por 300 (3.3%).

3. Los síntomas y signos más frecuentes son hemorragia externa, dolor abdominal, hipertonía y sensibilidad uterina. El 64.4% ingresan en trabajo de parto.

4. La toxemia se asocia al abruptio en 22.0%.

5. El hidramnios, el embarazo múltiple y el cordón corto no aparecen como factores causales. El trauma lo es en 2 casos.

6. El 58.5% de las pacientes son mayores de 29 años.

7. El 93% de las pacientes son múltíparas, y 58.5% tienen más de 5 partos.

8. El abruptio ocurre con más frecuencia al final de cada mes lunar y cerca al término (42.5% después de la semana 37).

9. Complicaciones: 4 rupturas uterinas, 2 úteros de Couvelaire, 31 casos de trastornos de la coagulación.

10. Se tratan 13 pacientes (9.7%) por cesárea y 87 (90.3%) por vía vaginal. La incidencia de cesárea es muy baja. Se hacen 5 histerectomías (3.8%).

11. Se tratan 23 casos de hipofibrinogenemia con ácido epsilón aminocaproico, con resultados satisfactorios.

12. La mortalidad perinatal es de 59.1% (78 casos); 68.5% de ellos ingresan muertos (55 casos). De los fetos que ingresan vivos y sin sufrimiento, no muere ninguno. La mortalidad perinatal es muy alta.

13. Es difícil establecer una relación entre la incidencia de la cesárea y la mortalidad perinatal.

14. La mortalidad fetal es de 100% cuando el área de desprendimiento sobrepasa el 70%.

15. No se encuentra relación entre el peso de los fetos y la mortalidad fetal.

16. La prematuridad tiene un índice alto (53.7%).

17. La mortalidad materna es del 1 por 132 (0.75%).

BIBLIOGRAFIA

1. OCHOA G.: Mortalidad perinatal. **Antioquia Médica.** 12. (1): 2-53, 1958.

2. RESTREPO L. F.: **Letalidad perinatal. Anotaciones pediátricas.** IV (25) 1-51, 1960.

3. GAVIRIA B., BOTERO J., OCHOA G., RESTREPO L. F. y colaboradores: Letalidad perinatal. **Rev. Col. de Obst. y Ginec.** XI (3). 339-350, 1960.

4. EASTMAN N. J., Hellman L. M.: **Williams Obstetrics 12.** Ed. New York, Apleton Century Crofts. 1962. P. 639-651.

5. DARO A. F.: Premature separation of the normally implanted placenta. **Am. J. Obs. and Gynec. 72:** 599, 1953.

6. Bierber G. F.: Review of three hundred fifty-three cases of premature separation of the placenta. **Am. J. Obst. and Gynec. 65:** 257. 1953.

7. PERLIN I. A.: Abruptio placentae. **A. M. J. Obst. and Gynec. 85:** 284. 1963.

8. HENDELMAN M., FRASER W. D. A.: Clinical analysis of abruptio placentae. **Am. J. Obst. and Gynec. 80:** 17. 1960.

9. ROZO L. F.: Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta en el Instituto Concepción Villaveces de Acosta. **Rev. Col. Obst. y Ginec. 12:** 162. 1961.

10. LONDOÑO A.: **Hematoma retroplacentario.** Tesis de grado, U. de Ant. 1945.

11. SEXTON L. I.: Premature separation of the normally implanted placenta. **Am. J. Obst. and Gynec. 59:** 13. 1960.

12. STUDDIFOR W. E., DECKER W. H.: Management of premature separation of placenta. **Obst. and Gynec. 1:** 418. 1953.

13. BYSSHE S. M.: Premature separation of the normally implanted placenta. S. **Clin. North America 37:** 393. 1957.

14. DOUGLAS A. G.: Premature separation of the normally implanted placenta. **J. Obst. and Gynec. Brit. Emp. 62:** 710. 1955.

15. PALACIO S.: Efectos del ácido epsilón amino caproico en 2 pacientes, con activa fibrinolisis secundaria al desprendimiento prematuro de la placenta. **Antioquia Médica 12:** 357. 1962.

16. PALACIO S.: Experiencias clínicas con el ácido epsilon amino caproico como agente antifibrinolítico en varios estados hemorrágicos. **An. Médica. 13:** (9). 1963. En prensa.