dedos a 50 centímetros y por el O. I. de dedos a 20 centímetros. Vista por varios especialistas competentes, unánimemente diagnostican un desprendimiento bilateral de la retina, simétrico, extenso, localizado en los sectores inferiores de ambas retinas, acompañado de retinopatía marcada, con exudados y hemorragias.

La tensión arterial es de 200 X 140. (La misma del primer caso). Los exámenes de orina practicados en varias oportunidades, muestran una albuminuria intensa, que poco a poco y con el tratamiento va cediendo. (Inicialmente fue de 28 gramos por 1.000, el 6 de diciembre y

de 0.30 el 23 del mismo mes). Este caso terminó en aborto espontáneo, con regresión de las lesiones oculares.

Bibliografía.

- (1) **Text-Book of Ophthalmology.** Duke-Elder. Tomo III páginas 2723, 24, 25.
- (2) Herman Elwyn. **Diseases of the Retina**, páginas 91, 526.
- (3) Fry. **Arch. of Opht.** 609, 1929.
- (4) Gourfein Wela, citado por Duke-Elder.
- (5) Raúl Argañaraz. **Manual Práctico de Oftalmología**, página 773. Tercera Edición.

Conducta en el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada

Por el doctor **JAIME CORRAL MALDONADO**
Ex-Jefe de Clínica Obstétrica

Si se incluyen los casos leves de desprendimiento prematuro de la placenta, esta complicación, que tiene gravísimas repercusiones sobre la vida del feto y pone en peligro la vida y la salud de la madre, suele ser más frecuente de lo que generalmente se cree. En 3.131 partos ocurridos en el Servicio de Maternidad del Hospital San Juan de Dios a cargo del Profesor V. Rodríguez Aponte, durante los años de 1947 y 1948, y siendo yo su Jefe de Clínica, tuve oportunidad de observar y tratar siete casos de desprendimiento prematuro de la placenta normal-

mente insertada. Estos siete casos me han servido de base para escribir este artículo y hacer algunas consideraciones acerca de la conducta obstétrica en tan grave complicación del embarazo.

En la práctica suelen distinguirse tipos graves y tipos leves de desprendimiento placentario; los primeros se presentan por lo general en los últimos tres meses de la gestación y en muchos casos tienen un origen toxémico; los segundos, que son los más frecuentes, acontecen durante el parto y probablemente son de origen mecánico.

Como causas del desprendimiento prematuro de la placenta se han señalado las toxemias del embarazo y las enfermedades cardiorrenovasculares de la madre, las enfermedades del endometrio y del huevo, y los traumatismos. Diversos accidentes suelen originar también el desprendimiento de la placenta durante el parto, tales como la súbita evacuación de un gran polihidramnios, la intensa retracción del útero que sigue algunas veces a la expulsión del primer niño en caso de embarazo gemelar, y la tracción que efectúa el cordón umbilical sobre la placenta en casos de brevedad absoluta o relativa.

Durante el embarazo, una hemorragia leve puede ser la única manifestación del desprendimiento placentario. Cuando la causa ha sido un traumatismo, puede suceder que los síntomas no se manifiesten sino al cabo de algunas horas o de varios días. Al efectuarse la expulsión de la placenta se puede comprobar la existencia de un coágulo organizado sobre su cara materna, indicio este evidente de su desprendimiento parcial.

Algunas veces la primera hemorragia, aun siendo de poca importancia, desencadena intensas contracciones uterinas lo que impide que se produzca una copiosa hemorragia intrauterina y hace que en breve sea expulsado el producto de la concepción que con frecuencia nace muerto. En otros casos el accidente puede revestir una extrema gravedad desde un principio, dependiendo la gravedad de los síntomas de la magnitud de la hemorragia y de la intensidad del shock. El síntoma habitual es un dolor súbito e intenso en

el abdomen, al principio, de carácter lancinante y que luégo se vuelve sordo y tensivo, interrumpido por exacerbaciones momentáneas. A continuación se hacen manifiestos los síntomas de anemia aguda y de shock, causado este último por la súbita distensión de la matriz. Se presentan sucesivamente vértigos, disnea, ansiedad precordial y opresión; la paciente bosteza o suspira a menudo y se queja de zumbidos de oídos, dice que todo lo ve negro y tiene sed intensa. Después permanece inmóvil en la cama o se desmaya; la pérdida del conocimiento puede durar desde unos cuantos minutos hasta media hora y va seguida de inquietud, desasosiego, agitación y aun delirio. Tal es el orden habitual de los síntomas cuando no se contiene la hemorragia. El médico advierte la palidez de la piel y de las encías, el hundimiento de los ojos, el color pálido de las conjuntivas, la frialdad de las extremidades y de la cara, a menudo el sudor frío, y, cuando se presenta el shock, un tinte adicional cianótico en los labios.

Por los órganos genitales externos suele apreciarse la salida de sangre o suero proveniente de la expresión de los coágulos intrauterinos, pero la hemorragia externa nunca es proporcional a la gravedad de los síntomas. Al explorar el abdomen se encuentra una altura uterina en desproporción con la edad del embarazo y la matriz presenta una consistencia leñosa, lo que hace imposible en muchos casos distinguir las partes fetales. Algunas veces la matriz solamente está ligeramente tensa, lo cual suele suceder cuando hay desprendimiento parcial de una placenta implantada en alguna porción

baja del útero, casos estos en los cuales la sangre tiene fácil salida al exterior. Síntomas también muy significativos son la defensa de la pared abdominal y el exquisito dolor que experimenta la paciente al efectuar la palpación. En este estado muy rara vez se puede oír el corazón fetal, como quiera que en estas condiciones generalmente ya ha muerto el feto.

Por lo común se presenta inmediatamente el parto, y si las contracciones uterinas son fuertes y el cuello se dilata rápidamente, el caso termina de manera espontánea sin peligro para la madre, aunque casi siempre fatal para la criatura.

No pocas veces son débiles las contracciones, y si no se recurre al tratamiento adecuado, muere la paciente sin haber parido a consecuencia del shock y la hemorragia. En algunas ocasiones parece estar la matriz en estado de quietud tetánica y entonces no hace ningún progreso el parto; estos casos son de suma gravedad.

Cuando el desprendimiento prematuro de la placenta ocurre durante el parto, puede o no haber hemorragia externa, las contracciones uterinas generalmente se intensifican y se hacen casi continuas y de ordinario el parto se termina rápidamente pudiendo nacer la criatura asfixiada o muerta, a no ser que se haya intervenido oportunamente, bien sea mediante una aplicación de forceps, o una cesárea, según sean el grado de dilatación del cuello, la amplitud de la pelvis y si la presentación se encuentra o no encajada. Después de la expulsión del feto, suele salir una gran cantidad de

sangre y de coágulos, lo que confirma el diagnóstico.

La conducta obstétrica en casos de desprendimiento prematuro de la placenta, naturalmente varía según que el desprendimiento ocurra durante el embarazo, al comenzar el parto, o cuando el cuello uterino esté totalmente o casi totalmente dilatado.

Entre los desprendimientos placentarios que ocurren tanto en el embarazo como en el parto, es preciso distinguir los casos leves de los casos graves.

Como ya hemos anotado anteriormente, los desprendimientos prematuros leves suelen ocurrir hacia el final del parto y generalmente van acompañados de fuertes contracciones uterinas las que hacen que en breve tiempo sea expulsado espontáneamente el producto de la concepción. Ahora bien, si en estas condiciones aparecen signos de sufrimiento fetal, tales como alteración en la frecuencia e intensidad de los ruidos cardíacos fetales, lo indicado es proceder a la terminación rápida del parto por el método adecuado a cada caso en particular.

Los desprendimientos prematuros graves requieren diagnóstico y tratamiento inmediatos, y para ello es preciso tener en cuenta en cada caso particular la gravedad e intensidad de los síntomas, la presencia o no de un estado toxémico, la viabilidad del feto, el estado de dilatación del cuello, el tamaño de la pelvis, y la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterinas. El tratamiento en estos casos ha de ir encaminado a tres fines: contener la hemorragia, combatir el estado anémico y eva-

cuar el útero. Para lograr lo primero, lo mejor es efectuar lo último, ya que una vez extraído el feto, la retracción uterina basta en la mayoría de los casos para detener la hemorragia. El estado anémico y el shock se combatirán mediante la aplicación de transfusiones de sangre o en su defecto de plasma, suero glucosado por vía intravenosa, solución salina fisiológica por vía subcutánea, analépticos cardiorespiratorios, y morfina para combatir el dolor.

Si examinada la paciente se encuentra el cuello completamente dilatado y la cabeza encajada, se procederá a extraer el feto mediante una aplicación de forceps. En los casos en que el cuello no está completamente dilatado, pero sea fácilmente dilatable, previa la aplicación de forceps, es necesario terminar manualmente la dilatación o practicar la incisión del mismo, como hubo necesidad de proceder en uno de los casos que relataremos a continuación.

Cuando la cabeza no está encajada, el feto es pequeño, la pelvis amplia, el cuello se encuentra completamente dilatado o es fácilmente dilatable, la matriz relaja bien a la anestesia profunda con éter y la bolsa de las aguas está intacta, se podrá intentar la versión por maniobras internas seguidas de extracción podálica, tal fue la conducta seguida en uno de los casos que relataré a continuación y mediante la cual fácilmente se logró la extracción del feto. Es entendido que si se sospecha una apoplejía útero-placentaria, o no se llenan a cabalidad los requisitos para practicar la versión, solamente está indicada la cesárea segmentaria, seguida o no de histerec-

tomía, si el feto está vivo, y la basiotripsia en caso de que el feto esté muerto.

Si el cuello se encuentra sin borrar ni dilatar, o apenas comenzando su dilatación, y hay hemorragia interna grave, lo más indicado será practicar inmediatamente una transfusión de sangre y proceder a extraer el feto mediante una cesárea segmentaria.

La expulsión del feto no siempre suprime el peligro, y por lo tanto debe el médico continuar observando de cerca a la paciente por seis o más horas. La hemorragia post-partum es bastante frecuente, y de ahí que sea aconsejable provocar la expulsión de la placenta mediante la aplicación de ergotrato por vía intravenosa tan pronto como haya salido la cabeza fetal. Si después de la salida del feto persiste la hemorragia de sangre fresca, se procederá a extraer manualmente la placenta y se administrará más ergotrato por vía hipodérmica. Si a pesar de seguir esta conducta, el útero no se retrae y continúa la hemorragia, se procederá a practicar un taponamiento intrauterino con gasa. Aun después de aplicar este tratamiento, puede ser aún necesario extirpar la matriz para salvar la vida de la madre.

A continuación resumiré brevemente las historias clínicas de los siete casos que tuve oportunidad de observar. En estos siete casos no hubo que lamentar ninguna muerte materna, pero la mortalidad fetal fue del ciento por ciento, lo que da una idea de la gravedad para el feto de esta temible complicación durante el embarazo.

Historia número 1275—Servicio del Profesor V. Rodríguez Aponte. Año 1947. Edad: 36 años. Cuarto embarazo. Edad del embarazo al entrar al servicio: 7 meses. Cuenta la paciente que el embarazo evolucionó normalmente hasta el día 8 de agosto a las 16 horas, cuando al dar un mal paso, sintió un fuerte dolor abdominal que le impidió caminar; sin embargo, viajó en bus a la vecina población de Soacha, continuando el dolor de una manera permanente aunque menos intenso. El 9 de agosto a las 4 horas aumentó el dolor en intensidad y apareció hemorragia vaginal con coágulos, motivo por el cual decidió hospitalizarse. La paciente llega al hospital con respiración anhelante, quejándose de intenso dolor abdominal, y con palidez muy marcada de la piel y de las conjuntivas lo que a simple vista traduce el estado de anemia en que se encuentra la enferma.

Al examen se encuentra: 120 pulsaciones por minuto, tensión máxima 12 y mínima 8. Altura uterina: 29 centímetros; matriz de consistencia dura y en estado de hipertonía. Por palpación, que es dolorosa, es fácil apreciar que el feto se encuentra en presentación de vértice O. I. I. móvil. La auscultación fetal es negativa. La paciente dice haber dejado de sentir los movimientos activos fetales desde el 8 de agosto después de ocurrido el accidente. Tacto vaginal (agosto 9 a las 20 horas). Cuello borrado con 4 centímetros de dilatación, muy blando y fácilmente dilatable, cabeza en presentación de vértice O. I. T. sin encajar, ruidos cardíacos fetales negativos, no se toca placenta, matriz de consistencia dura y bas-

tante dolorosa a la palpación en su ángulo derecho, hemorragia vaginal de sangre líquida y negra. Se hace el diagnóstico de desprendimiento prematuro de la placenta y se ordena aplicarle a la paciente 250 centímetros cúbicos de plasma mientras se le practica transfusión de sangre. Bajo anestesia general con éter, fácilmente se termina manualmente la dilatación del cuello y se rompen artificialmente las membranas que dan salida al líquido amniótico mezclado con sangre. En vista de que haciendo compresión suave sobre el fondo uterino se logró encajar la cabeza en O. I. A., se decide terminar el parto mediante una aplicación de forceps. Niño muerto de 1.700 gramos de peso. La placenta se extrae mediante suaves tracciones sobre el cordón y compresión sobre el fondo uterino, comprobándose después de su expulsión la existencia de una gran cantidad de coágulos que ocupaban aproximadamente unas dos terceras partes de su cara uterina. Puerperio normal. La paciente sale 14 días después del parto por curación.

Historia número 1794—Servicio del Profesor V. Rodríguez Aponte. Año 1947. Edad: 28 años. Undécimo embarazo. Edad del embarazo al entrar al Servicio: 9 meses. Dice la paciente que el día 5 de noviembre a las 7 a. m. sintió un fuerte dolor localizado en la región hipogástrica y que al poco tiempo apareció hemorragia vaginal, motivo por el cual se hospitaliza. Examinada ese mismo día a las 9 a. m., se encontró: altura uterina: 32 centímetros; matriz de consistencia dura y muy dolorosa a la palpación, hemorragia vaginal de

sangre negra. Por palpación no es posible determinar la posición del feto dado el estado de hipertonía en que se encuentra la matriz. Auscultación fetal negativa. Tacto vaginal: cuello completamente borrado con 7 centímetros de dilatación; bolsa rota; cabeza encajada en O. I. A., no se toca placenta. Manualmente se termina la dilatación del cuello y el parto se termina de manera espontánea. Niña muerta de 2.900 gramos de peso. Expulsada la placenta se comprueba el desprendimiento parcial de la misma, causa ésta de la hemorragia y de la muerte fetal. Puerperio normal. La paciente sale a los 12 días por curación.

Historia número 2054—Servicio del Profesor V. Rodríguez Aponte. Año de 1947. Edad: 29 años. Cuarto embarazo. Edad del embarazo al entrar al Servicio: 8 meses. Cuenta la paciente que el embarazo evolucionó normalmente hasta el día 19 de diciembre; que ese día estando lavando los pisos, sintió un intenso dolor localizado en el abdomen, que persistió, aunque con menor intensidad, los días 20, 21 y 22, fecha esta en la que apareció ligera hemorragia vaginal. Anota la paciente que desde el día siguiente al accidente sufrido, dejó de sentir los movimientos activos del feto. Examinada la enferma el día 22 de diciembre a las 20 horas, se encuentra: altura uterina: 29 centímetros, matriz en ligero estado de hipertonía; contracciones uterinas frecuentes e intensas. La palpación abdominal en el intervalo de las contracciones despierta una sensibilidad bastante marcada sobre la región hipogástrica. Auscultación fetal negativa. Feto en presentación de

vértice O. I. I. Tacto vaginal: Cuello completamente borrado y dilatado, bolsa intacta, cabeza encajada en O. I. A., en el estrecho medio, no se toca placenta. Se rompen artificialmente las membranas y el parto se verifica espontáneamente. Niño muerto que pesa 2.000 gramos. Antes y después de la expulsión de la placenta salen gran cantidad de coágulos y sangre negra, lo que permitió hacer el diagnóstico retrospectivo de desprendimiento parcial de la placenta, causa esta del dolor experimentado por la enferma, la hemorragia vaginal y la muerte fetal.

Historia número 962—Servicio del Profesor V. Rodríguez Aponte. Año 1948. Edad: 35 años. Múltipara. Edad del embarazo al entrar al Servicio: 8½ meses. Cuenta la enferma que desde las 3 horas del día 20 de junio ha sentido intenso dolor abdominal y ha presentado hemorragia vaginal abundante. La enferma llega al hospital a las 9 a. m. con anemia intensa y hemorragia vaginal considerable. Examinada a esta hora se encuentra: pulso, 120. Tensión arterial: máxima, 5; mínima, 2; matriz de consistencia dura y muy dolorosa a la palpación; no es posible determinar por palpación la posición del feto. Auscultación fetal negativa. Tacto vaginal: cuello completamente borrado, con 4 centímetros de dilatación y muy blando, bolsa de las aguas intacta, presentación cefálica de vértice O. I. A. por encima del estrecho superior, no se toca placenta. Como la paciente llega en grave estado de anemia, mientras se le practica transfusión de sangre, se ordena aplicarle una ampolla de coramina intravenosa y 500 centí-

metros cúbicos de suero glucosado cafeinado. Se hace el diagnóstico de desprendimiento prematuro de la placenta y se decide proceder a la extracción rápida del feto mediante una basiotripsia. Para tal efecto se anestesia la paciente con ciclopropano y oxígeno; se rompe artificialmente la bolsa de las aguas que da salida a abundante líquido amniótico mezclado con sangre, y fácilmente se lleva la dilatación del cuello a 8 centímetros. Se practica una incisión en la parte media del labio anterior del cuello, y como quiera que al tratar de fijar la cabeza para hacer la aplicación del basiotribo, ésta se encaja en O. I. A. y descien­de hasta el estrecho medio, se resuelve terminar el parto mediante una aplicación de forceps. Niña muerta de 2.520 gramos de peso. La placenta se logra extraer fácilmente mediante suaves tracciones sobre el cordón y compresión uterina. Una vez extraída se pudo comprobar un franco desprendimiento de cerca de tres cuartas partes de su superficie. La incisión practicada en el labio anterior del cuello se sutura mediante un punto con catgut cromado número 1. Puerperio normal. La paciente sale a los 8 días por curación.

Historia número 1302—Servicio del Profesor V. Rodríguez Aponte. Año 1948. Edad: 22 años. Primer embarazo. Edad del embarazo al entrar al Servicio: 7 meses. Manifiesta la paciente que su embarazo evolu-

cionó al principio con muchas náuseas, vómitos y agrieras, y que últimamente venía sufriendo casi continuamente de dolores de cabeza, hasta que el día 15 de agosto a las 4 horas súbitamente sintió un intenso dolor abdominal seguido luego de hemorragia vaginal en escasa cantidad. El dolor persistió de una manera continua, aunque no tan intenso, hasta las 4 horas del día 16 en que según ella comenzaron los dolores del parto. Examinada a las 9 y 15 de ese mismo día, se encuentra: pulso, 75; tensión arterial: máxima, 16 y mínima 10. No hay edemas de los miembros inferiores ni de los párpados. Altura uterina: 24 centímetros, matriz de consistencia normal, contracciones cada tres minutos, feto en presentación de vértice O. I. A., encajada, auscultación fetal positiva. Tacto vaginal: cuello completamente dilatado; bolsa intacta; cabeza encajada en O. I. A. Se puncionan las membranas y sale un líquido amniótico sanguinolento. Parto espontáneo a las 9 y 30. Niña de 1.420 gramos que respira espontáneamente. Después del alumbramiento se examina la placenta y se comprueba la presencia de un infarto placentario de unos 2 centímetros de diámetro.

Puerperio normal. El niño muere por debilidad congénita al séptimo día. La madre sale a los 8 días por curación.

(Concluirá)