

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

ORGANO DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Administrador: JUAN N. BAQUERO - Apartado Nacional 276 - Calle 16, número 7-91 - Oficina No. 4 - Teléfono 25-641

Volumen III - Bogotá, Colombia - Diciembre 1951, Enero 1952 - N.º 1

NOTAS SOBRE PLACENTA PREVIA

Comentarios a la técnica del desprendimiento manual después de la muerte del feto

Por el doctor EUGENIO PEREZ GOMEZ

En la REVISTA COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, N.º 2, correspondiente a los meses de febrero y marzo de 1950, el doctor Enrique Archila, publicó un interesante artículo titulado "Tratamiento de la Placenta Previa después del óbito fetal", en el cual presentaba la técnica del desprendimiento manual, que ha introducido y preconizado, entre nosotros el Profesor José del C. Acosta.

Habiendo considerado verdaderamente interesante el tema, me propuse durante mi práctica como Residente del Instituto de Protección Materna e Infantil, observar cuidadosamente los casos de placenta previa y practicar el método antes mencionado.

Las observaciones que más adelante presento, comprenden casos ocurridos en los servicios de los Profesores Acosta y Mojica, desde el 1º de marzo de 1950 al 1º de marzo de 1951.

De este período he revisado, correspondientes al servicio del Profesor Acosta, 2.322 historias y correspon-

dientes al servicio del Profesor Mojica, 2.316 historias, lo cual da un total de 4.638 pacientes.

En este volumen escogí 25 historias de casos de placenta previa, los cuales me han servido de base para el presente estudio.

Comentaré de una manera especial, aquéllos en los cuales se puso en práctica el desprendimiento manual de la placenta después de sucedida la muerte fetal.

En numerosos textos de obstetricia consultados, no se hace mención del procedimiento, tan sólo en el Tratado de Obstetricia de Manuel Luis Pérez, se hace referencia de una manera muy vaga y sin mayores explicaciones, cuando menciona "la extracción de la placenta antes que el feto de Simpson —y que Holtermann— ha actualizado...".

Pero esto en realidad no nos enseña si los mencionados autores, practicaban la maniobra con feto vivo o con feto muerto, dejando suponer que haya sido con feto vivo, ya que de otra ma-

nera no se explica el abandono del procedimiento. También cabe pensar que no haya tenido auge por la circunstancia de carecer en esos tiempos de todos los demás recursos que son indispensables en estos casos, como la transfusión sanguínea o de plasma, etc., detalles de los cuales se tratará al estudiar las historias correspondientes.

De una manera somera, antes de presentar las historias clínicas pasaré revista a algunos aspectos de la entidad denominada inserción viciosa de la placenta o placenta previa.

Definición. Variedades.

“La placenta previa consiste en el desarrollo de la placenta, total o parcialmente, dentro de la zona de dilatación del útero”. Recordemos que de acuerdo con la relación de vecindad de la placenta con el orificio cervical, se establecen las distintas variedades de placenta previa a saber: lateral, marginal, central parcial y central total. Ha de tenerse en cuenta que las relaciones de la placenta con el orificio cervical varían del embarazo al parto en virtud de la dilatación del segmento inferior y del cuello uterino.

Mencionemos la división establecida de placenta previa anatómica y placenta previa clínica. Sobre este punto se basa la gran diferencia entre las numerosas estadísticas. Se considera como placenta previa anatómica aquella cuyo diagnóstico es retrospectivo y se basa en el estudio de las membranas, calculando que una distancia menor de nueve a diez centímetros, desde el orificio de la ruptura, hasta el borde placentario hace suponer que la placenta estaba inserta en el segmento inferior, pero sin que haya dado síntomas clínicos de

los cuales el más aparente es la hemorragia.

Naturalmente la medida del orificio de ruptura al borde placentario como guía, para concluir que se trataba de una placenta previa, es un sistema que adolece de múltiples causas de error. Entre otras cosas puede suceder que al verificarse la ruptura de las membranas sea artificial o espontáneamente, los bordes del orificio de ruptura se prolonguen más allá de la circunferencia del orificio cervical, lo cual, desde luego hace que la distancia hasta el borde placentario sea menor y entonces podría considerarse como placenta previa anatómica una placenta de inserción normal.

Por placenta previa clínica se entienden aquéllos casos que se hacen manifiestos durante el embarazo y el parto a causa de la hemorragia o los hallazgos de examen. Dentro de esta variedad cabe tener en cuenta, los casos considerados como desprendimiento parcial y prematuro de la placenta, los cuales ordinariamente no son otra cosa que desprendimientos parciales de placentas previas de inserción lateral que han escapado al examen clínico.

Frecuencia.

Los datos suministrados por los distintos autores son en extremo variables. Veamos algunos de ellos: Kemperdink: 7,1%. Sheigold: 9%. Shebesta: 15%. H. Bergk: 17%. Estos datos son de placentas previas clínicas. En cuanto a placentas previas anatómicas, Pinard da la cifra de 28%. Devraigne, considera que para las placentas previas clínicas la frecuencia es de 1 por 750 o 1.000, en la práctica corriente, llegando a ser de 1 por 250 en la práctica hos-

pitalaria, calculando que a los servicios de hospital llegan mayor proporción de casos complicados.

En cuanto a la frecuencia según las variedades tenemos lo siguiente: Marginal: 56%. Mackenzie y Wahl Central: 24%, Mackenzie. De Lee. Lateral 20% Wahl. Para Devraigne el orden sería: lateral, marginal, central parcial y la más rara, la central total.

En relación con la multiparidad tenemos: 60% en multiparas para Mackenzie; 94% para Fritsch; 85% para Devraigne; 90% para De Lee y en general para la mayoría de los autores alrededor de 90%, más frecuente en multiparas.

Etiología y Patogenia.

Entre las causas que se consideran más aceptables de placentas previas, figura la multiparidad, los embarazos gemelares, y todos aquellos estados que modifiquen la constitución normal del endometrio, como las endometritis de cualquier causa que ellas sean, los tumores del endometrio; factores de orden mecánico como viajes realizados después de la concepción (Pinard), etc. pero indudablemente los distintos autores conceden singular importancia a la endometritis.

Se consideran dos circunstancias en cuanto a la nidación del huevo en el segmento inferior: una variedad primitiva, porque el óvulo fecundado adquiere tardíamente su capacidad de implantación, la cual llegaría a suceder ya en el momento en que el óvulo estuviera en la parte más baja de la matriz cerca de ser expulsado, o simplemente porque las secreciones endometriales hubieran empujado el óvulo hasta ese sitio, y una variedad secundaria, que

vendría a tener en parte la misma causa o sea que el óvulo fecundado no encuentre apta la mucosa uterina para su desarrollo y entonces se extienda en superficie hasta lograr su implantación definitiva en el segmento inferior a distinta altura.

Para Penrose y Neumann, la inserción central sería muy frecuentemente primitiva y las otras variedades secundarias. Merece mención, la teoría de Hofmeier, según la cual la placenta previa tendría como fundamento el desarrollo del órgano sobre la caduca refleja que ha de quedar cubriendo el orificio cervical.

Anatomía Patológica.

El aspecto macroscópico de la placenta previa ofrece algunas particularidades dignas de mención. Se trata de una placenta bastante aplastada, ya que implantada sobre una zona de escasa nutrición, para compensar esta deficiencia el órgano se extiende en todas direcciones. Por la misma razón ofrece zonas en las cuales se notan fenómenos de atrofia, en las porciones que correspondían a menor adaptabilidad del endometrio para su desarrollo. En las regiones que se han desprendido y que han dado lugar a las hemorragias, los cotiledones correspondientes adquieren un aspecto distinto, notándose engrosados y con coágulos más o menos organizados, lo cual permite en la mayoría de los casos determinar la extensión del área que sufrió el desprendimiento. Como se ha dicho antes, la masa placentaria dista poco del orificio de las membranas, distancia que naturalmente es nula en los casos de variedades marginales y centrales. Cuando se retiran los coágulos en el área de des-

prendimiento se apreciaba el tejido placentario bastante más pálido que en el resto del órgano y de consistencia casi fibrosa debido a la carencia de nutrición. La forma de la placenta en general es variable de acuerdo con las variedades de implantación. El cordón umbilical se inserta ordinariamente en el borde, no siendo rara la inserción velamentosa (B. Sorrentino) y es frecuente la prociencia del cordón por el mismo hecho de estar bastante próximo al orificio cervical.

Por parte del músculo uterino, el desarrollo de los lagos sanguíneos es considerable, lo cual favorece la intensidad de las hemorragias y debido a la poca nutrición del segmento, las vellosidades penetran bastante en profundidad, llegando hasta las fibras musculares, lo cual da una adherencia anormal del órgano, circunstancia que ha de tenerse en cuenta para el desprendimiento, con mayor razón cuanto el segmento inferior tiene al final del embarazo una delgadez apreciable, detalle de importancia para evitar las rupturas muy fáciles de suceder al verificar maniobras manuales para desprender la placenta.

En cuanto a las membranas cerca de la placenta son gruesas y presentan bastante desarrollo en la circulación, dando al tacto una sensación rugosa, lo cual es digno de tenerse en cuenta cuando se hace la exploración vaginal. Los detalles anotados hacen que las membranas cerca de la placenta sean menos extensibles que en otras partes, lo cual sería una de las causas de la ruptura prematura que se observa en los casos de placenta previa como circunstancia frecuente y favorable, ya que hace que cese la tracción sobre la placenta, al impulso de las contraccio-

nes uterinas, disminuyendo como es natural la posibilidad de desprendimiento de mayor número de cotiledones y por lo tanto la intensidad de la hemorragia.

No consideramos lo sucedido en el caso de invasión del cuello por la placenta, ya que no hemos observado esta eventualidad citada por varios autores.

Sintomatología.

El síntoma capital de la placenta previa es la hemorragia. Aparece de una manera especial en el último trimestre del embarazo, con características tan especiales que fácilmente se puede establecer el diagnóstico. Se trata de hemorragia indolora, remitente, externa y espontánea con carácter progresivo. Las hemorragias que pudiera ocasionar una nidación del huevo en el segmento inferior durante los primeros meses del desarrollo concluyen en el aborto. Vignes acepta que más del 10% de abortos espontáneos obedecen a esta eventualidad.

Es de importancia también la ruptura prematura de las membranas, lo cual se acompaña a menudo del aborto o del parto prematuro. Existen también con gran frecuencia las presentaciones viciosas, en particular la presentación de hombro. Es frecuente la prociencia del cordón por las razones expuestas con anterioridad. Pero el verdadero diagnóstico se establece por el tacto vaginal. Este examen se ha de hacer con mucho cuidado y podemos decir que a veces es innecesario cuando el resto de la sintomatología es bastante completo.

Al tacto se encuentra el cuello ordinariamente desviado, la presentación está alta difícil de tocar y sobre el seg-

mento inferior se aprecia la sensación inconfundible de una masa pastosa como una almohadilla formada por los cotiledones. Con el debido cuidado se puede a menudo precisar la variedad de placenta previa, lo cual desde luego, es más fácil cuando el cuello ha iniciado su dilatación. Durante el parto el síntoma hemorragia adquiere su mayor gravedad. Es particularmente intenso durante las contracciones uterinas, disminuyendo en los intervalos de éstas. Si sucede la ruptura prematura de las membranas o bien se la provoca artificialmente, disminuye también la hemorragia. El encajamiento de la presentación se dificulta por la misma presencia de la placenta y como por la misma causa son frecuentes las presentaciones viciosas, el parto se complica con las distocias consiguientes.

Una vez expulsado el feto la hemorragia cesa a menudo, pero debido a la escasa retractilidad del segmento inferior el alumbramiento es demorado, circunstancia que favorece la aparición de nuevas pérdidas sanguíneas y con frecuencia es necesario practicar el alumbramiento por extracción manual de la placenta. Otras veces las membranas se rasgan al nivel del reborde placentario y se retienen ocasionando hemorragia que ordinariamente no es grave, viniendo a expulsarse inclusive algunos días después. Por la misma falta de retractilidad del segmento inferior los senos uterinos permanecen abiertos, lo cual hace indispensable el empleo de ocitócicos.

Diagnóstico y Diagnóstico Diferencial.

Se establece el diagnóstico por la sintomatología antes mencionada, siendo ordinariamente fácil de sustentar. Como

complemento se ha empleado la radiografía y la cistografía, lo cual consiste en instilar en la vejiga 40 c. c. de solución de yoduro de sodio al 12½%, se toma entonces una radiografía en decúbito dorsal y se sostiene que una distancia mayor de un centímetro entre el perímetro vesical y la presentación es índice de placenta previa (!). Esto serviría para embarazos de más de siete meses. Sin embargo creemos que tal método no es digno de crédito y la mayoría de las veces bastante inútil dado que clínicamente son muy raros los casos que escapan al diagnóstico.

Debe establecerse el diagnóstico diferencial con algunas entidades, de las cuales las más importantes son las siguientes:

Las várices, vaginales y vulvares y del cuello. Por medio de un examen cuidadoso utilizando el speculum se pueden comprobar y una vez localizado el punto sangrante, no existe ninguna dificultad.

El cáncer del cuello, en él la hemorragia no es tan abundante y mediante el mismo examen con speculum y simplemente al tacto se puede descartar la existencia de placenta previa.

Otro tanto sucede con los pólipos o tumores cervicales como los fibromas.

Con el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. Este accidente se presenta durante el parto lo más a menudo y entonces súbitamente la mujer siente un dolor abdominal muy intenso, con estado sincopal, aceleración de pulso, caída de la tensión arterial. Los movimientos fetales dejan de ser sentidos por la enferma que a veces informa haberlos sentido por última vez con bastante fuerza. Al examen se toca la matriz de

consistencia leñosa y de un tamaño mayor que el correspondiente a la edad del embarazo. La hemorragia vaginal aparece algo después del dolor intenso y es de sangre negruzca sin ser raros los coágulos. No se aprecian ruidos fetales ya que la muerte del producto de la concepción tiene lugar inmediatamente se desprende la placenta. Y el diagnóstico de certeza se puede hacer por el tacto vaginal en el cual no se encuentran los signos físicos suministrados por la presencia de la placenta previa.

Debe tenerse en cuenta asimismo, la mola hidatidiforme, pero en este caso la palpación abdominal así como los demás datos —amenorrea, ausencia de ruidos fetales, laboratorio, etc.— no permiten la confusión; además el tacto aclara cualquier duda.

Debe descartarse también el embarazo ectópico roto y la ruptura uterina, cuadros que mediante un examen detenido no son difíciles de discriminar.

II

A continuación presentaré las historias clínicas, en cuyos comentarios trataré de una manera especial sobre las normas seguidas en cuanto hace referencia al tratamiento, según las distintas circunstancias.

Las historias que presento se pueden agrupar en cuatro categorías así:

a) Placentas previas en las cuales se practicó el desprendimiento manual seguido o no de versión interna y extracción podálica.

b) Placentas previas que terminaron por parto espontáneo y feto muerto.

c) Placentas previas que terminaron con parto espontáneo y feto vivo

d) Placentas previas en las cuales se practicó la cesárea. De éstas hay dos clases: en las que se obtuvo feto vivo y en las que se obtuvo feto muerto.

—A—

Historia número 1.529. Servicio del Profesor Acosta. Septiembre 4 de 1950.

C. T., de 35 años de edad. Casada.

Natural de Bogotá.

Embarazo actual: N^o V.

Diagnóstico: múltipara V, a término. OID, placenta previa central total, feto muerto, mascul., de 3.160 gramos. Desprendimiento manual de la placenta. Parto espontáneo. Anemia aguda. Defunción.

Antecedentes personales: Enfermedades de la infancia. Parasitismo intestinal. Hemiplejia izquierda.

Menarquia a los 15 años. Cielo: 30 x 5.

Antecedentes obstétricos: 4 partos anteriores normales.

Embarazo actual:

Últimas reglas: diciembre 20 de 1949.

Náuseas, vómitos, acedias, mareos. Hemorragias.

Pulso, 80. Tensión arterial, 11 x 7.

Examen obstétrico:

Altura uterina: 28 centímetros. Feto número uno, tamaño regular. Presentación OID. Auscultación fetal negativa. Movimientos negativos.

La enferma viene al Hospital porque está con hemorragia desde el día 2 de septiembre a las 14 horas, y ha arrojado dos áscaris por la boca. Hay anemia marcada. Al examen por tacto, se encuentra placenta previa central total. Se le aplicó plasma, suero glucosado, coramina y morfina.

A las 16 horas, el interno practica el desprendimiento manual de la placenta. Se le pasó plasma y Pitocín y el parto tuvo lugar a las 19 horas. Se aplicó ergotrato endovenoso, coramina.

Feto muerto.

Peso de la placenta 520 gramos. Cordón paracentral, 40 centímetros de longitud.

La enferma muere a las 19 y 45 por anemia aguda.

Antes de entrar en el comentario propiamente dicho de la historia anterior, describiré la técnica del desprendimiento manual de la placenta, practicado en este caso.

Técnica del desprendimiento manual de la placenta previa después de la muerte del feto.

Condición indispensable para el desprendimiento de la placenta es que el feto haya muerto, por razones obvias. Se requiere además que el cuello uterino se halle lo suficientemente dilatado para permitir el paso de dos dedos cuando menos, teniendo en cuenta que debe facilitarse el movimiento de los dedos con amplitud.

Debe administrarse a la mujer una transfusión de sangre de 500 a 1.000 c. c. y si es necesario complementar con plasma o solución dextrosada. Este requisito es de la mayor importancia, no tanto por la sangre que pierde la enferma en el curso de la intervención, sino para mejorar el estado general, bastante precario en la mayoría de los casos en que se hace necesario desprender la placenta. De no hacerse en esta forma con pequeña hemorragia que haya durante la intervención, se coloca a la enferma en un estado de anemia aguda de carácter mortal. Además,

es necesario cuando no se hace la extracción inmediata del feto, que el organismo se supla de la energía necesaria para continuar el trabajo del parto, el cual resulta imposible para una enferma debilitada por las copiosas hemorragias que produce la placenta previa. En las historias que presento veremos cómo esto es de fundamental importancia y cómo es casi temerario practicar la intervención sin hacer la transfusión al mismo tiempo, lo cual hace que se pueda incriminar al procedimiento, la causa de la defunción que en la mayoría de los casos se pudiera evitar con una transfusión oportuna. Es de anotar que la sola administración de plasma no provee las necesidades del organismo siendo necesario la sangre total, porque no solamente se trata de una baja en el volumen circulante, sino de una falta de transporte de oxígeno a los tejidos, función que deben llenar los hematíes. Se pueden usar también como preparativos a la intervención algunos analépticos. Sabemos que los coagulantes de orden general no sirven como terapéutica en estos casos, pero se podrían emplear como coadyuvantes.

Mientras se administra la transfusión y el plasma o la solución dextrosada, se coloca a la enferma en posición ginecológica. Se puede dar una pequeña dosis de anestesia general, ya que no se necesita de una anestesia completa, que tampoco tolera la enferma. El tiempo de anestesia ha de ser lo más corto que sea posible y luego es conveniente el suministro de oxígeno a permanencia, por unas tres horas o más, con el objeto de facilitar a la sangre el transporte de este elemento a los tejidos carentes de él, como se explicaba antes, a causa de la misma anemia. Los

cuidados de asepsia son los mismos que para cualquier intervención obstétrica.

En estas condiciones se introduce la mano, debidamente lubricada, de lleno en la vagina, hasta llegar al cuello —del cual ya se tienen los datos referentes a dilatación, consistencia, delgadez, etc., detalles que se han obtenido con un tacto previo—. Ya la mano dentro de la vagina y al alcance del cuello, se insinúan entre éste y los cotiledones placentarios los dedos que permita pasar el cuello con comodidad y se inicia el desprendimiento de la masa placentaria, procediendo con cuidado y orden, desprendiendo primero una mitad y luego la otra, con suavidad y asegurándose que no quede nin-

gún cotiledón que pudiese provocar la persistencia de la hemorragia. Se aprecia que la placenta está totalmente desprendida cuando los dedos alcanzan en el reborde placentario a percibir las membranas, si éstas no se han roto durante la intervención, en cuyo caso los dedos quedan libres en la cavidad del huevo. Es natural que si las membranas se han roto en el reborde placentario, se puede, de hecho, hacer la extracción de la placenta. En caso contrario, sería suficiente abandonar el órgano, ya que la integridad de las membranas pudiera ser útil para ayudar a completar la dilatación del cuello.

(Continuará)

INFORMACIONES MEDICAS

XV Congreso de las Sociedades Obstétricas y Ginecológicas de Lengua Francesa.

Del 5 al 10 de mayo de 1952, se efectuará en Algeria y Túnez, el decimoquinto Congreso de la Federación de Sociedades Obstétricas y Ginecológicas de Lengua Francesa, bajo el auspicio del gobernador general de Algeria, del Rey de Túnez y del Presidente General de Francia.

El temario será el siguiente:

- a) El pronóstico de la mola hidatidiforme.
- b) El diagnóstico del cáncer del cuello uterino.
- c) La anoxia fetal.

d) Las distocias en el Africa Francesa.

Además de las sesiones científicas, habrá una regia serie de agasajos a los congresistas y una interesante excursión por Aumale, Bon Saada, Biskra, Palermo y Nápoles.

Quienes deseen participar en este Congreso, pueden suscribirse, dirigiéndose al doctor Bonafos, Secretario General, 133, Rue Michelet, Algeria.

Con motivo de las bodas de plata de majisterio del Profesor Laffont, se editará un libro que contendrá artículos originales de los más eminentes Profesores de ginecología y obstetricia, de lengua francesa. Preside las actividades para el mejor éxito de tan sugerente homenaje el Profesor Brindeau.