NOTAS SOBRE PLACENTA PREVIA

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

Por el doctor EUGENIO PEREZ GOMEZ

(Continuación de la página 74 del número anterior)

Historia número 1.209. Servicio del Profesor Mojica M. Julio 7 de 1950.

E. C., de 23 años de edad.

Natural de Jenesano (Boyacá).

Embarazo actual número IV.

Diagnóstico: Multipara IV de 7½ meses. Cesárea por placenta previa central parcial. Feto vivo, masculino de 1.860 gramos.

Antecedentes personales: fiebre tifoidea.

Menarquia a los 12 años. Ciclo 28 x 8.

Antecedentes obstétricos: no hay datos.

Embarazo actual:

Últimas reglas: enero 1º de 1949.

Náuseas, vómitos, acedías, mareos, cefaleas y hemorragias.

Examen obstétrico:

Altura uterina 28 cms. Feto número uno. Tamaño pequeño. Presentación OII. Auscultación positiva. Movimientos sí.

Cesárea por placenta previa. Julio 8, a las 0 y 30.

Anestesia raquídea con scurocaina. Feto vivo, respiración retardada.

Placenta de 680 gramos de peso. Longitud del cordón 40 cms., inserción marginal.

Post-operatorio: Suero dextrosado. Penicilina-piramidón. Sulfas vitaminas. Tintura de belladona y extracto hepático.

Temperatura durante los tres primeros días, osciló entre 36.5 y 37.5 grados. 4º día de 38 grados. Los días siguientes 37 grados.

Niño prematuro, malas condiciones. Se le administró oxígeno. Estroglan. Calor. Penicilina-insulina. Suero glucosado bebible.

Muere a los cuatro días por prematuridad.

La paciente sale del servicio el 17 de julio de 1950, por restablecimiento.

Historia número 2.159. Servicio del Profesor Mojica M. Diciembre 5 de 1950.

M. E. C. de O., de 35 años de edad. Casada.

Natural de Usme.

Embarazo actual número X.

Diagnóstico: Multipara X, a término. Placenta previa central total. Cesárea. Feto vivo, masculino de 3.000 gramos.

Antecedentes personales: fiebre tifoidea.

Menarquia a los 12 años. Ciclo: 25 x 6. Reglas irregulares.

Antecedentes obstétricos: no hay datos.

Embarazo actual:

Últimas reglas: marzo de 1950.

Náuseas, vómitos. Acedias, constipación. Mareos y cefaleas.

Tensión arterial 10 x 7.

Examen obstétrico:

Feto número uno, tamaño normal, presentación OII. Auscultación positiva. Movimientos: sí.

Altura uterina: 31 cms.

Tacto vaginal a las 9 y 15 a. m. Diciembre 5 de 1950: vulva y vagina normales, cuello borrado, blando, dilatación de cuatro cms. Se toca placenta en toda el área de dilatación. Ruidos fetales normales.

Diciembre 5 a las 13 y 5: cesárea por placenta previa central total. Se intervino por técnica usual, sin complicaciones. Transfusión de 500 c. c. de sangre, durante la intervención.

Anestesia general.

Feto masculino de 3.000 gramos: nació en estado de asfixia.

Peso de placenta 720 gramos. Córdon 50 cms., inserción paracentral.

No hubo hemorragia del alumbramiento.

Post-operatorio: Penicilina-Suero dextrosado. Calcio y vitaminas. Analgina. Sulfas. Extracto hepático.

Temperatura de 37 grados los tres primeros días del post-operatorio. 37.5 los días 4º, 5º y 6º. Normal los días siguientes.

La asfixia del niño se trató con coramina, lobelina y oxígeno. Siguió normal.

Madre e hijo salen bien del Hospital el día 16 de diciembre de 1950.

Historia número 172. Servicio del Profesor Mojica. Enero 27 de 1951.

M. M., de 33 años. Casada.

Natural de Chipaque.

Embarazo actual número VI.

Diagnóstico: Multipara VI a término. Placenta previa, esárea. Feto vivo, femenino de 3.200 gramos.

Antecedentes personales: sin importancia.

Menarquia a los 13 años. Ciclo 30 x 3.

Antecedentes obstétricos: 5 partos anteriores normales

Embarazo actual:

Últimas reglas: mayo 5 de 1950.

Pulso 86.

Estado general normal.

Examen obstétrico:

Altura uterina 32 cms. Feto número uno, tamaño normal, presentación OII. Auscultación positiva. Movimientos positivos.

Tacto vaginal el 27 de enero a las 18 y 30: cuello borrado, espasmódico, dilatación de cuatro ctms. Placenta previa central total.

Ruidos positivos.

Enero 27 a las 22: cesárea por placenta previa central total.

Feto en estado de asfixia, femenino de 3.200 gramos.

Alumbramiento: no hubo hemorragia. Placenta, 720 gramos. Cordon 40 ctms. de longitud, marginal.

Post-operatorio: sulfas. Lavado intestinal. Vitaminas y calcio. Extracto hepático.

Temperatura de 36.5 a 37.5 grados, los cinco primeros días del post-operatorio. El día 6º, subió a 38. Los días siguientes normal.

Niño bien. Alimentado artificialmente con teteros de Lacto-ácido.

Madre e hijo salen bien del Hospital, el 5 de febrero de 1951.

Historia número 1.644. Servicio del Profesor Acosta. Septiembre 18 de 1950.

J. H., de 39 años de edad. Casada. Natural de Bogotá.

Embarazo actual número XIV.

Diagnóstico: múltipara XIV, a término. Cesárea por placenta previa central total. Feto vivo, femenino de 2.520 gramos.

Antecedentes personales: enfermedades de la infancia.

Menarquia a los 14 años. Ciclo 30 x 3.

Antecedentes obstétricos: trece paritos a término, normales con fetos vivos.

Embarazo actual:

Últimas reglas: enero 6 de 1950.

Constipación, mareos. Várices y edemas. Cefaleas. Visión: normal.

Pulso 76. Tensión arterial: 10 x 7.

Examen obstétrico:

Altura uterina 32 ctms. Feto número uno. Tamaño normal. Situación oblicua, posición izquierda. Auscultación y movimientos fetales: positivos.

Tacto vaginal: vulva y vagina normales; cuello sin borrar, dilatación de dos centímetros. Se toca placenta central total.

Cesárea por placenta previa central total. Anestesia general con gases. Aplicación de plasma durante la intervención. Hemorragia considerable durante la sutura del segmento. Niño en relativas buenas condiciones.

Femenino de 2.520 gramos. Placenta, 720 gramos. Cordon, 40 ctms., paracentral. (Septiembre 18, a las 23 y 455 horas).

Post-operatorio: morfina, sueros. Penicilina. Lavados intestinales. Extracto hepático y vitaminas.

Temperatura entre 37 y 39 grados, los dos primeros días del post-operatorio. Normal en los días siguientes.

Niño normal durante su permanencia en el Hospital.

Madre e hijo salen del Hospital en buen estado, octubre 5 de 1950.

Historia número 1.122. Servicio del Profesor Acosta. Julio 5 de 1950.

D. D. de B., de 28 años de edad, casada.

Natural de La Calera.

Embarazo actual: número I.

Diagnóstico: primípara de 8 meses. Cesárea por placenta previa. Feto vivo, masculino de 2.380 gramos de peso.

Menarquia a los 14 años. Ciclo: 30 x 3.

Embarazo actual:

Últimas reglas: septiembre 21 de 1949.

Náuseas, vómitos, acedias, constipación, mareos. Cefaleas y hemorragias.

Pulso 80. Tensión arterial: 11.5 x 7.5.

Examen obstétrico:

Altura uterina 28 cms. Feto número uno, tamaño regular, presentación: OII. Auscultación y movimientos fetales positivos.

Pelvimetría externa: 22 - 27 - 30 - 19.

Desde anoche comenzó a sangrar; a los 15 minutos le cesó la hemorragia. Hoy comenzó nuevamente a sangrar sin dolores desde las 10 a. m.

Se hace diagnóstico de placenta previa central total. Hemorragia intensa. Se pasa a la sala de cirugía.

Cesárea. Julio 5 a las 20 horas. Feto vivo, masculino de 2.380 gramos, que nace en estado de asfixia. Peso de placenta 660 gramos. Longitud del cordón 40 cms. Inserción marginal.

Post-operatorio: Penicilina, sueros, sulfas, cucharadas férricas. Vitaminas, cápsulas desinfectantes. Extracto hepático. Curaciones de la herida con tirotricina y polvo de panela.

Temperatura que osciló entre 37 y 38 grados los cinco primeros días. Luego se hizo normal.

Niño normal, prematuro.

Madre e hijo salen del Hospital en buenas condiciones el 27 de julio.

PLACENTAS PREVIAS EN LAS CUALES SE INTERVINO POR CESAREA OBTENIENDOSE FETO MUERTO

A continuación presento dos historias de placenta previa en las cuales se intervino por cesárea, pero con el resultado de haber obtenido feto muerto. La primera de ellas es la número 337, Servicio del Profesor Mojica.

La enferma llega al servicio quince días después de iniciar las hemorragias. Se trataba de una primípara con gestación de ocho meses, feto muerto. Al momento de la intervención tenía tres cms. de dilatación el cuello y hemorragia. Estando el feto muerto se podría pensar en hacer el desprendimiento manual de la placenta. Pero hay que tener presente que se trata de una primípara con sólo tres centímetros de dilatación lo cual sólo permitiría el paso de un dedo, por lo tanto casi imposible llevar a cabo con éxito el desprendimiento en forma correcta. Por otra parte en una primípara el cuello es difícil de dilatar, todo lo cual hubiera hecho del desprendimiento manual una verdadera aventura más cuando las condiciones de la enferma no eran del todo satisfactorias y además que a la transfusión solicitada contestaron que no había sangre. Todo lo anterior planteaba necesariamente la cesárea como en efecto se hizo.

La muerte fetal que se había diagnosticado, tiene lugar por asfixia y a veces cuando se pierde la integridad de la placenta también por hemorragia.

En los primeros días del puerperio, hubo reacción febril que luego cedió mejorando la enferma.

Historia número 337. Servicio del Profesor Mojica. Febrero 20 de 1951.

S. C., de 25 años. Soltera.

Natural de La Uvita.

Embarazo actual número 1.

Diagnóstico: primípara a término. Cesárea por placenta previa. Feto muerto, masculino de 2.900 gramos.

Antecedentes personales: fiebre tifóidea.

Menarquia a los 17 años. Ciclo: 28 x 8. Reglas irregulares.

Embarazo actual:

Últimas reglas: julio de 1950.

Acedias, mareos.

Visión: fosfenos. Hemorragias: sí.

Estado general: anemia.

Pulso 110. Tensión arterial 5 x 10.

Examen obstétrico:

Altura uterina: 28 cms. Feto número uno; tamaño regular, presentación OII. Auscultación negativa. Movimientos: no.

Se aplica plasma para reanimar la paciente que está bastante anémica. Se pide transfusión de sangre total de 500 c. c., contestan que no hay.

Hace 15 días comenzó a sangrar por la vagina.

Estado general de la paciente: malo.

Tacto vaginal el 20 de febrero, a las 18 horas: vulva y vagina normales. Cuello borrado, blando, dilatación de dos cms. Se toca placenta y en ningún sitio membranas.

Febrero 20: a las 19 y 30: cesárea por placenta previa.

Se hace tacto vaginal: cuello borrado, dilatación de tres cms. Se toca placenta por todos lados.

Se hace la cesárea segmentaria, según técnica usual. La hemorragia es muy discreta. Durante la operación se hizo administrar plasma y suero.

Anestesia por gases.

El niño estaba muerto según diagnóstico previo.

La enferma pasa a la cama en buenas condiciones.

Peso de la placenta 520 gramos. Longitud del cordón 50 cms. Inserción paracentral.

Post-operatorio: penicilina. Dextrosa al 10% en solución salina. Estreptomina, prostigmina, vitaminas. Calcio. Extracto hepático. Sulfas. Baños vaginales. Ginergeno. Ovulos de penicilina.

Temperatura: los dos primeros días osciló entre 38 y 39 grados. Los días siguientes entre 36.5 y 37 grados. Luego se hizo normal.

Sale del Hospital por mejoría, el 11 de marzo de 1951.

La enferma de la historia número 883, Servicio del Profesor Mojica, es otro caso en el cual las condiciones del cuello hacían necesaria la operación, ya que no se podía intentar el desprendimiento manual de la placenta, por no permitirlo el cuello uterino.

Suponiendo que el feto hubiera estado vivo, se plantea una situación de difícil criterio. Más adelante veremos que el embarazo se debe considerar en esta paciente de siete meses, pero por ahora aceptamos lo que dice la historia o sea de 5½ a 6 meses. Es decir, feto no viable.

Con feto vivo, hacer cesárea a causa de la hemorragia, en embarazo de 5½ a 6 meses, equivale a practicar un aborto terapéutico, aclarado que no haya modificaciones del cuello ute-

rino. Porque es lógico que si el cuello uterino está parcialmente dilatado, entonces el caso pasa a considerarse como un aborto inevitable y en ese caso no queda otro camino que tratarlo en la forma más conveniente, por cualquier medio que sea. Pero en la suposición que el cuello no esté dilatado, opinamos que la operación se debe aplazar y acudir al tratamiento médico hasta el exceso, con cuantas transfusiones sean necesarias hasta que suceda una de dos cosas: o el feto muere, lo cual es muy frecuente en estos casos, pudiéndose entonces intervenir, o la hemorragia se conjura, lo cual no es raro como en páginas anteriores lo habíamos dicho.

En la enferma en mención no hubo lugar a estos considerandos, ya que el feto estaba muerto, pero se nos ocurre lo anterior a propósito de este caso.

Arriba dijimos que el embarazo de esta enferma en contra de lo que dice la historia se debe considerar de siete meses. Efectivamente, eso informa la altura uterina y la fecha de la última regla. El peso del feto, 900 gramos, que sí corresponde a $5\frac{1}{2}$ a 6 meses, no debe tenerse en cuenta ya que es bien sabido que en los casos de placenta previa el feto se desarrolla mal, no correspondiendo su peso a la edad.

Historia número 883. Servicio del Profesor Mojica. Mayo 14 de 1950.

B. L. M., de 19 años. Soltera.

Natural de Bogotá.

Diagnóstico: primípara de $5\frac{1}{2}$ a 6 meses. Cesárea por placenta previa central total, feto muerto. Masculino de 900 gramos.

Menarquia a los 12 años. Ciclos: 30 x 3.

Embarazo actual:

Últimas reglas: septiembre 24 de 1949.

Náuseas, vómitos, acedias. Mareos y hemorragias.

Examen obstétrico:

Altura uterina, 24 cms. Feto número uno. Desarrollo?

Presentación cefálica. Auscultación: negativa. Movimientos: no.

Tacto vaginal: Vulva y vagina normales. Cuello cerrado, sin dilatar, parcialmente borrado. Fondos de saco de consistencia pastosa. Hemorragia abundante.

Cesárea por placenta previa. Mayo 17 a las 3 y 35. Feto muerto. Peso de la placenta, 200 gramos. Cordon central: 65 cms. de longitud.

Post-operatorio: ginergeno, sulfas, citbalgina. Vitaminas. Tintura de belladona y extracto hepático.

Temperatura que osciló entre 37 y 38 grados los dos primeros días del post-operatorio. Los siguientes de 36 a 37 grados.

Sale del Hospital por restablecimiento, el 27 de mayo de 1950.

Historia número 994. Servicio del Profesor Acosta. Junio 14 de 1950.

M. G. de V., de 27 años de edad. Casada.

Natural de Tensa.

Embarazo actual número V.

Diagnóstico: multipara V, a término. Cesárea por placenta previa. Feto vivo, masculino de 2.900 gramos. Embolia cerebral. Defunción.

Antecedentes personales: enfermedades de la niñez.

Menarquia a los 14 años. Ciclo: 30 x 4.

Antecedentes obstétricos: cuatro partos normales con fetos vivos.

Embarazo actual:

Últimas reglas: octubre de 1949.

Náuseas, vómitos, acedías. Constipación. Cefaleas y varices.

Pulso 84. Tensión arterial 11 x 7.

Examen obstétrico:

Altura uterina 30 cms. Feto número uno. Tamaño normal. Presentación OI.D.

Auscultación y movimientos fetales positivos.

La enferma ha tenido hemorragia vaginal desde hace un mes, en cantidad escasa que le manchaba la ropa, indolera. Hoy a las 6 a. m., tuvo una hemorragia fuerte y ha sangrado intermitentemente.

Tacto vaginal: Cuello blando, borrado en un 80%, dilatación de dos centímetros. En la vagina hay unos coágulos de tamaño mediano.

Junio 16: Glicerofosfato, una ampolla. Antibixina.

Cesárea por placenta previa el 17 de junio a las 22 horas.

El niño nació en estado de asfixia. Se trató con Oxígeno y coramina.

Peso de la placenta 630 gramos. Longitud del cordón: 45 cms., inserción: central. No hubo hemorragia.

Post-operatorio: Pitressin. Penicilina. Sulfas, suero, lactoglandín. Prostigmina y antibixina.

Junio 24: Se le quitan los puntos. Al toser la paciente se le abre la herida completamente. Se resutura la he-

rida en cuatro planos, bajo anestesia general con ciclopropano-éter-oxígeno.

Durante los dos primeros días del post-operatorio la temperatura fue de 37 a 38 grados. El 3° y 4° días osciló entre 38 y 39 grados, luego fue normal.

El niño murió a los siete días de nacido con diagnóstico de **meningitis**.

Junio 25: Por la noche dice la paciente sentirse con trastorno, entra en coma y muere inmediatamente.

En la enferma de la historia anterior, número 994, no hay particularidad digna de mención, en cuanto se refiere a la intervención y sus resultados inmediatos. Se trata de una placenta previa, en multipara V, con gestación a término, que fue tratada con cesárea obteniéndose feto vivo.

El post-operatorio es el que llama la atención. En junio 24, es decir, siete días después de la cesárea y con ocasión de un acceso de tos, la herida se abrió completamente. Fue preciso resuturarla nuevamente. No figura en la historia la causa posible del accidente, porque no se pudo precisar. Simplemente se abrió de lleno sin saber por qué. Al día siguiente la enferma falleció, después de sentir un leve trastorno.

En la historia se anotó como causa de la defunción, embolia cerebral. En éste, como en otros muchos casos, sólo la autopsia podría dar la razón cierta. La embolia cerebral, teniendo como punto de partida la zona sobre la cual se intervino, no se explica, ya que hubiera sucedido más bien una embolia pulmonar. Podríamos pensar, ya que la enferma sufría sus accesos de tos, en una hemorragia cerebral como más factible. De todos modos, cualquier hipótesis da lo mismo sin disponer de los resultados de la autopsia,

lo cual es indispensable al pensar en estadísticas de mortalidad por cesárea.

CONCLUSIONES

De una manera sintética, presento los resultados obtenidos en las 26 historias incluídas en este trabajo.

1º Desprendimiento manual de la placenta, después de la muerte del feto.

Total de casos 8

Múltiparas 7

Primíparas 1

Con embarazo a término 4

Con embarazo de 8 meses 2

Con embarazo de 6½ meses . . . 1

Con embarazo de 5½ meses . . . 1

Placentas previas centrales to-

tales 8

Con parto que se dejó evolu-
cionar espontáneamente des-
pués de desprender placenta . . 1

Con versión interna y extrac-
ción podálica, después de des-
prender la placenta 7

Defunciones 3

Enfermas que salen por mejo-
ría 5

En cuanto a las enfermas fallecidas, tenemos: una, en que se hizo el desprendimiento y se dejó evolucionar el parto y dos en las que se hizo versión interna y extracción podálica después de desprender la placenta.

Causas de las defunciones: Anemia aguda (de los tres casos en dos no se hizo transfusión).

Un caso de excepción en el cual por error se diagnosticó feto muerto,

se hizo desprendimiento y extracción de placenta, seguido de versión interna y extracción podálica obteniéndose feto vivo. Madre y niño salieron de la clínica en buenas condiciones.

2º Placentas previas en las cuales hubo parto espontáneo con feto muerto.

Múltiparas 4

Placenta central parcial 2

Placenta lateral 2

Salidas por restablecimiento . . 4

Total de casos 4

3º Placentas previas en las cuales hubo parto espontáneo con feto vivo.

Total de casos 4

Múltiparas 3

Primíparas 1

Placentas centrales parciales . . 2

Placentas marginales 2

Presentaciones de vértice 3

Presentaciones de pelvis 1

Con embarazo a término 2

Con embarazo de ocho meses . . 2

4º Placentas previas en las cuales se intervino por cesárea.

Total de casos 10

Múltiparas 7

Primíparas 3

A término 6

Con embarazo de ocho meses . . 2

Con embarazo de 7½ meses . . . 1

Con embarazo de siete meses . . 1

Con placenta central total 6

Con placenta central parcial . . 3

Con placenta marginal 1

Con feto vivo	8
Con feto muerto	2
Defunciones	1
Mejorías	9

Como conclusiones clínicas podemos anotar las siguientes:

A.—En placentas previas de variedades centrales:

1º Con feto vivo y embarazo antes de término la cesárea es el único método de tratamiento cuando la hemorragia no se contiene.

2º Con feto vivo, y embarazo a término la cesárea es el único método de tratamiento.

3º Con feto muerto, la cesárea se impone cuando no existen las condiciones para el desprendimiento manual de la placenta y hay hemorragia.

4º El desprendimiento manual de la placenta previa es un método de verdadero valor dentro de sus indicaciones y requisitos.

5º La importancia del procedimiento es mucho mayor cuando se actúa en extrema urgencia y sobre todo en medios no quirúrgicos.

6º Los resultados de la maniobra si se dispone de los recursos necesarios, parecen muy satisfactorios.

7º Se requiere, sin embargo, una estadística suficiente e informes de autopsia dado el caso, para sentar un juicio definitivo.

8º El parto espontáneo con feto vivo es imposible en la variedad central total, muy improbable en la central

parcial y con feto muerto da un alto índice de mortalidad materna.

B.—Placenta previa, variedades marginal y lateral.

1º En estas condiciones el tratamiento es muy variable según los casos. Digamos de una manera general que la ruptura de las membranas es procedimiento muy útil para cohibir la hemorragia permitiendo muchos partos espontáneos.

2º La cesárea es la intervención de elección para casos complicados.

3º No tenemos experiencia del desprendimiento manual de la placenta en estas variedades, pero pensamos que no hay inconveniente en practicarlo dentro de las normas establecidas.

4º No parece conveniente el empleo de balones dilatadores.

5º La versión mixta de Braxton Hicks, con descenso profiláctico de un pie, es un método difícil y más peligroso que útil.

BIBLIOGRAFIA

De Lee-Greenhill — Principios y Práctica de Obstetricia.

Devraigne — Manual de Obstetricia.

Pérez Manuel Luis — Tratado de Obstetricia.

Moragues — Clínica Obstétrica.

Martius — Operaciones Obstétricas.

Stoeckel — Tratado de Obstetricia.

Revista Colombiana de Obstetricia.