Algunas consideraciones sobre el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada

Por RAMON FRANCISCO SANCHEZ

Jefe de Clínica Obstétrica de la Universidad Nacional

El accidente obstetrico que sirve de tema a esta breve monografía, aun no tiene una denominación aceptada unánimemente por todos los tratadistas, y en relación con su frecuencia también las cifras varían de acuerdo con el criterio que se tenga sobre el particular. Hematoma retroplacentario bautizólo Couvelaire; hemorragia y apoplejía útero-placentarias designólo Turene; algunos hablan de hemorragia retroplacentaria, otros de desprendimiento de la placenta normalmente insertada. De Lee lo califica de abruptio placentae, Recasens lo llama desprendimiento preternatural de la placenta y, en fin, Stabile al referirse a él lo titula desprendimiento prematuro o precoz de la placenta inserta en el cuerpo del útero, según que el fenómeno aparezca durante el embarazo o en el curso del parto (1).

Siguiendo a la mayoría de los expositores adopto el título que encabeza este trabajo, que se refiere a casos de desprendimiento observados en el Instituto de Protección Materna e Infantil de Bogotá, donde, en calidad de Jefe de Clínica Obstétrica, tuve oportunidad de tratar algunos muy de cerca.

En el mencionado Instituto la frecuencia, incluyendo los casos leves, sin ningún aparato sintomático y sin el dramatismo que rodea los graves, es bastante escasa. Corral Maldonado (2) encontró un dos por mil en 1947-48 (Servicio del Profesor Rodríguez Aponte), y en 1951 y lo transcurrido de 1952 (cinco meses y medio) sobre 10.865 pacientes entradas a todo el Instituto, la proporción fue de un poco más de uno por mil, aproximada a la que apunta Botella Llusiá en su «Patología Obstétrica» (3).

La frecuencia señalada por Stabile es de uno por cinco mil; Holmes trae un dos por ciento; Frankl un nueve por mil; Ginglinger trece por mil; Pankow cuatro por mil y Albeck seis por mil, índices mayores que los de nuestro medio, quizás porque en otras latitudes se acude con más fervor al examen anatomopatológico.

Nubiola en su estudio sobre la apoplejía úteroplacentaria, incluído en su ya famoso «Tratado de Obstetricia» (4), hace una breve historia del síndrome. Desde 1697 el legendario Mauriceau, con «la sagacidad clínica» de los viejos expositores de la escuela francesa, vislumbró la existencia del despren-

dimiento placentario. En 1779 [illegible] estableció la diferencia esencial entre la hemorragia por desprendimiento y la debida a la placenta previa, y llamóla accidental. Winter en 1885 sugirió las relaciones que pudiera tener con la uremia. Couvelaire en 1911 la hizo tema de un insuperable análisis y al describir el útero apoplético y al dar su nombre a las formas graves, con la anatomía patológica demostró que el hematoma retroplacentario se acompañaba de una hemorragia difusa en pleno músculo uterino. Posteriormente Kower, Essen-Moller y Zweifel describieron desgarros de la serosa uterina. En uno de los casos que presento, la infiltración sanguínea llegaba hasta la serosa parietal y a través de una hernia umbilical se veía que la sangre estaba ya en la gran cavidad peritoneal (observación número cinco).

Etiología. La etiología del desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada ha sido incriminada a diferentes factores, desde las causas mecánicas o externas y los traumatismos, incluídos los traumatismos obstétricos, v. gr. las maniobras para una versión, hasta las toxemias gravídicas y el síndrome cardio-renal, a más de afecciones uterinas y del huevo.

Sintetizando, podría decirse que las más acusadas serían las mecánicas, como maniobras bruscas conducentes a una versión, la depleción uterina por la brusca evacuación de un hidrámnios o por la salida de un primer feto gemelar, la acción de atirantamiento por un cordón corto, los traumatismos (golpes, caídas, etc.); el origen local por endometritis y lesiones las de linaje tóxico, que han hecho distinguir al desprendimiento prematuro con el nombre de eclampsia hemorrágica. En la mayoría de las pacientes que sirven de demostración de este trabajo se observaron edemas, pero ninguna fue protagonista de la sintomatología descrita como eclampsismo, con todo ese cortejo heráldico de las convulsiones (ver nota al final de este estudio).

Sintomatología. El cuadro clínico tiene manifestaciones diversas, desde una escena envuelta en discreta penumbra asintomática, apenas diagnosticable a posteriori, cuando se examina la placenta, hasta presentarse como dramático conflicto de tánta rapidez e intensidad que la madre muere aunque se acuda a prestarle auxilios inmediatos.

Como se observan casi siempre las formas aparentes, llama la atención la anamnesis: aparición de un súbito dolor con sensación de angustia, luégo la permanencia y constancia del dolor generalizado a todo el abdomen. Al examen directo se nota que el útero está duro, leñoso, con tono basal muy elevado y que su palpación exacerba el dolor. Hay también metrorragia, escasa casi siempre, pero no en todas las veces es síntoma del comienzo sino terminal. El pulso en circunstancias no desesperadas puede permanecer sin modificaciones notables y la tensión arterial por lo general es variable. En la mayoría de las ocasiones se ven edemas y el hallazgo de albúmina no es constante. La auscultación fetal es negativa cuando ha transcurrido cierto tiempo desde la iniciación del accidente, y si éste no ha aparecido simultáneamente con el

En las pacientes observadas un síntoma que no faltó fue la hipertonía uterina. En E. Q. (observación número cinco), no se la vió a su llegada al Servicio, pero después se hizo aparente hasta tal punto que al principio la palpación permitía diagnosticar una presentación de vértice y dos horas después la dureza de la matriz había llegado al extremo que era imposible saber a ciencia cierta qué polo fetal se hallaba en relación con el estrecho superior. En esa misma enferma también fue notable el fenómeno de que la hemorragia genital se presentó tardía; principió 10 horas después de iniciada la complicación del desprendimiento, no obstante que había sido completo y que la matriz se encontraba en su totalidad infiltrada.

Cuando el accidente comentado es grave, se acompaña de síntomas del shock: pulso filiforme, tensión inmensurable, palidez de cera, indecible sensación de angustia, a veces indiferencia asiática ante la inminente desintegración anímica, otras una agitación irrefrenable, expresión quizás de la agonía, de la lucha postrera frente a la anoxia que azota los tejidos.

Un signo muy notable que estuvo presente en los casos por mí observados fue el paulatino y continuo crecimiento de la matriz, armónico con la hipertonía ascendente, y que confirmó más de una presunción diagnóstica.

La evolución del síndrome puede suspenderse con total restablecimiento de la enferma y con final de parto espontáneo aun con feto vivo, cuando fo un caso en que el parto fue espontáneo con feto muerto y otro en el que además había una procidencia del cordón y que terminó, ante la sorpresa del interno, con feto vivo! En el resto del historial se ve cómo casi siempre se intervino, ya con fórceps, ora con cesárea sola o seguida de histerectomía.

Otras veces la evolución sigue un curso lento y la situación va perdiendo la gravedad hasta hacerse favorable o se estaciona sin adquirir relieves inquietantes. El colega Hernando Correa, en la Clínica Primero de Mayo, tuvo oportunidad de atender a una paciente, C. M. S., con carnet 73.085, cuya historia reza: «8 de mayo de 1952. Ayer tarde sufrió una caída. Desde hoy a las 5 a. m. ha estado con hemorragia. Dolor continuo en la región lumbar. No se oyen ruidos fetales. Altura uterina de 32 centímetros. Tensión arterial de 125 por 85. Pulso, 72. Septigestante. Amenorrea desde el 31 de agosto de 1951. Entrada a las 10 a. m. A las 11 y 30 el útero estaba tetanizado y el cuello grueso con un centímetro de dilatación y membranas íntegras. Se prescriben dos ampolletas de edhanol y una ampolleta de morfina de un centigramo. A las 12 y 30, contracciones fuertes cada dos minutos y con 45 segundos de duración y cuello con 4 centímetros. Hemorragia genital. A las 14 y 15 se efectuó espontáneamente la expulsión de un feto muerto de 2.600 gramos y 47 centímetros de talla y la inmediata salida de la placenta. El 13 de mayo la paciente salió de la clínica. El puerperio fue completamente normal». El profe-

principios del presente año. Ramírez Merchán en su trabajo de agregación (9) se detiene un poco en el análisis del desprendimiento placentario y comenta dos historias que vienen a corroborar lo proteiforme de la sintomatología y el eclecticismo en la conducta.

Finalmente, la evolución puede ser rápida, con inmediata muerte del feto, y con excesiva gravedad de la madre, lo que obliga a no guardar una actitud de espectativa sino a intervenir cuanto antes. Es lo que sucedió con casi todas las enfermas vistas en el Instituto de Protección Materna e Infantil.

Patogenia. Dexeus Font (5) dice que el estudio de la patogenia del desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada tropieza con el mismo valladar de las gestosis. Habla de una supuesta hiperactividad corial y de una sensibilización a hipotéticos agentes tóxicos a la vez que invoca la opinión de Couvelaire al comentar que el desprendimiento prematuro de la placenta no es un proceso local sino manifestación de un estado tóxico general. Por otra parte considera que la sífilis actúa como coadyuvante del proceso tóxico para lesionar los vasos y que en la multigestación hay además factores vasculares y endometríticos que predisponen a la aparición del hematoma retroplacentario.

Botella, en su obra citada, considera que precisamente una manifestación de gestosis es la fragilidad capilar e individualiza la «diatesis hemorrágica gravídica». El mecanismo y el agen

tan la acción a la hiperhistaminemi...

Anatomía patológica. Según la definición, el síndrome consistiría en una desinserción central o lateral de la placenta, consecutiva o precedente a la hemorragia, lo que dará por consecuencia una pérdida total o parcial de las relaciones placento-maternas con la muerte fetal. Pero no se trata en verdad de un desprendimiento cuando la etiología es toxémica, sino de una real destrucción de la placenta y de una sustitución de tejido por el hematoma. No hay una simple aposición de un coágulo sino una verdadera histolisis que se evidencia cuando se desprende aquél: se ve entonces una excavación que estaba llenada por la sangre coagulada. El examen microscópico expone una irrupción de sangre fetal en los lagos y estroma maternos, estasis venosa en las vellosidades y a veces en la periferia de la región afecta una pseudocápsula compuesta de vellosidades comprimidas y una degeneración hialina y granulosa. Al examen macroscópico siempre se manifiesta un coágulo de dimensiones variables, lo que permite hacer el diagnóstico retrospectivo cuando la sintomatología fue tan leve que no se mostró claramente. En las otras circunstancias es un factor confirmativo del diagnóstico junto con el simultáneo alumbramiento o con el hallazgo de la placenta desprendida.

No sólo la placenta sufre modificaciones en el curso evolutivo del síndrome estudiado. Las lesiones hemorrágicas infiltrantes pueden extenderse a la matriz total o parcialmente, a los ligamentos anchos, a las vísceras abdominales y aun formarse un he-

observación número cinco, tantas veces citada, el signo de Hofstatter se encuentra. En esa paciente la patogenia del signo debíase a la delgadez de la pared por la hernia umbilical. En esos casos de infiltración uterina es cuando se habla de la apoplejía útero placentaria, exigente las más de las veces de una amputación de la matriz.

Pronóstico. Entre nosotros la muerte fetal ocurrió en el 80% de los casos y la materna en dos casos sobre 12 (16%). La estadística de Corral Maldonado (2) en lo que atañe al feto, fue más alta, pero él en los siete casos que observó no tuvo ninguna defunción materna.

Las estadísticas extranjeras anotan lo siguiente:

Mortalidad materna:

Winter, 50%.
Pankow, 3.1%.
Salomons, 3.7%.
Brindeau, 4.6%.
De Snoo, 6%.
Le Lorier, 6.2%.
Liever, 11% (6).
Tabares, 1.6%.
Paracchi, 7.5%.
Mariño Donato, 10.2%.
Dexeus Font, 8.6% (5).

Mortalidad fetal

Lieven, 56%.
Franki, 62%.
Brindeau, 72%.
Pankow, 76%.
Paracchi, 70%.
Mariño, 67.6%.
Dexeus, 84%.

la previa, pero en este el cuadro general de la paciente es armónico con la hemorragia, es decir, los síntomas alarmantes en cuanto a la mujer son proporcionales a la cantidad de la pérdida sanguínea; además la ruptura de las membranas en la placenta previa generalmente aminora los síntomas y el útero en la placenta inferior no se tetaniza. En una de las historias que comento hubo vacilación en el diagnóstico antes de la ruptura de las membranas, pero la intensificación de la hemorragia, ya con bolsa rota, simultáneamente con las contracciones inclinó el pensamiento hacia un desprendimiento parcial (observación número 4).

La ruptura uterina puede también presentarse a confusión, como lo demuestra el relato del Profesor Hernando Acosta en sus clases de obstetricia en 1941 (7), en el que una ruptura espontánea de la matriz durante el embarazo hizo intervenir por vía alta por haberse diagnosticado desprendimiento prematuro de la placenta. En la ruptura también es aparente el cuadro de abdomen agudo y hay hemorragia genital escasa, los ruidos cardíacos fetales desaparecen y hay intenso dolor. Pero éste generalmente es pasajero y se puede tocar al feto, en tanto que en el desprendimiento prematuro de la placenta el dolor es constante y cuando la hipertonía se ha instalado la palpación del feto es difícil o imposible.

El hidramnios agudo asociado a amenaza de parto, prematuro o no, puede confundirse con el síndrome del desprendimiento placentario, so-

pre todo cuando ha habido ligera hemorragia genital. A la clínica Primero de Mayo fue una paciente con altura uterina de 40 centímetros, con hipertonía uterina, auscultación fetal negativa y con antecedentes de pérdidas hemáticas y de haber cesado súbitamente los movimientos fetales, mas con tensión arterial no muy baja y 150 pulsaciones por minuto. Trasladóse al Hospital de San Juan de Dios y allí fue intervenida por la impresión clínica de desprendimiento de placenta: se halló un hidramnios agudo con feto muerto.

Tratamiento. No hay acuerdo sobre la conducta frente al desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada. Algunos son ultraconservadores y consideran la cesárea como «exceso de terapéutica», y se inclinan hacia el uso de antiespasmódicos y de la rotura precoz de las membranas en el comienzo del trabajo, y hacia el fórceps o la versión cuando la dilatación es completa o fácilmente completable. Empero, en los casos muy graves esos mismos conservadores a outrance no pueden menos de aceptar la cirugía, que los intervencionistas extremos la llevan hasta la histerectomía sistemática.

Dexeus Font recomienda (ob. cit.), iniciar siempre el tratamiento médico que sólo abandona cuando el cuadro se agrava, y que resume así:

«Reposo absoluto en cama, inyección de morfina e ingestión de bebidas azucaradas.

Inyección intravenosa de 200 c. c. de suero glucosado al 15%, al que se asociará un inyectable de veritol o simpatol. La inyección se repetirá dos veces al día.

Si se inicia el parto, administración de antiespasmódicos (espasmalgina, dolantina, glicerofostato sódico).

Caso de que la dilatación no progrese, rotura artificial de la bolsa.

Dejar que el alumbramiento se haga espontáneamente. Y una vez terminado, inyección de ergometrina.

Si el útero se contrae mal, taponamiento útero-vaginal apretado, con valvas y anestesia, llevado a cabo sin demasiada tardanza. Una faja abdominal completará los efectos del taponamiento. Preparación para la laparotomía. Si la hemorragia persiste a pesar de todo, histerectomía precedida o acompañada de una transfusión».

Manuel Luis Pérez diferencia el desprendimiento con síntomas leves del desprendimiento con síntomas graves, y si bien en los casos muy tenues opta por la expectación, en los que se presentan con sintomatología clara sí es francamente intervencionista, decide la evacuación rápida del útero, sea con cesárea vaginal o abdominal, o con el parto metódicamente rápido, según las circunstancias.

Botella Llusiá es más categórico y afirma que «la vía abdominal es el procedimiento de elección utilizando la cesárea sola o seguida de histerectomía según que el útero se contraiga normalmente o no».

En los casos directamente atendidos seguí la línea de conducta francamente intervencionista de acuerdo con el Profesor Carlos Julio Mojica: dos pacientes fueron histerectomizadas por el Profesor y a dos hice cesárea sim-

aunque había zonas equimóticas. Estas hicieron un post-operatorio normal; de aquéllas una murió después de operada, mas es preciso dejar constancia de que no se le hizo transfusión por no haber sangre en el hospital.

Personalmente soy partidario de la rápida evacuación uterina: con cesárea si el accidente surgio en el embarazo o si la insuficiente dilatación o la falta de encajamiento no indican la aplicación del fórceps. Hago abstracción del feto, pues el tratamiento ante todo debe dirigirse a buscar la salvación de la madre. No importa que el feto haya muerto para hacer una cesárea segmentaria, pues como en la placenta previa central total, interesa la vida de la mujer y por tanto es lógico acudir al sistema menos peligroso y que dé más garantías. Peligro inmediato en el desprendimiento prematuro placentario es la infiltración sanguínea de la musculatura uterina con la alteración histológica consiguiente. ¿Cómo saber que no hay una apoplejía uterina o que la matriz no va a sufrir cambios notables en su constitución en el lapso de la paciente y prolongada espera? Interviniendo por vía abdominal se verá directamente el estado del útero y si vale la pena conservarlo o no. Claro es que encajada la presentación o estando adelantada la dilatación cervical en grado mayor que permita la ayuda del fórceps se aceptará este concurso, pero vigilando estrechamente a la paciente durante varias horas después del parto a fin de actuar interviniendo por vía alta si la hemorragia se hiciera intervencionista no me adhiero a los partidarios de la histerectomía sistemática. No veo la razón de amputar una matriz que se retrae bien, signo de que sus alteraciones no son irremediables, además de que la histerectomía es asaz traumatizante y puede agravar el estado precario de la paciente, prolongando el acto quirúrgico sin perentoria necesidad.

Condicion casi indispensable para el buen éxito es la transfusión apenas se haga el diagnóstico y en el curso de la intervención quirúrgica. Cuando se procedió así los post-operatorios fueron perfectos y las enfermas se repusieron prontamente de su tremenda inferioridad vital. Durante los días siguientes a la operación hay que hidratarlas y suministrarles antibióticos.

Desde ningún punto de vista me parece indicada la cesárea vaginal, que si permite la rápida evacuación del útero no visualiza las lesiones de este órgano y por ende la incertidumbre sigue en pie. Tampoco es método incontrovertible la versión si se recuerdan la hipertonicidad uterina y la alteración histológica del miometrio. No es cuerdo para huír de un peligro arrojarse en uno mayor. Por eso comparto la opinión de Corral Maldonado cuando dice: «Por el hecho de que en algunos casos de desprendimiento prematuro de la placenta se haya podido recurrir a la versión como conducta y se haya obtenido éxito materno y fetal, no se puede preconizar la versión en esta terrible complicación, ya que muy fácilmente puede producirse la ruptura uterina con todas sus graves consecuencias» (8).

CASOS CLINICOS

Observación número 1

Servicio del Profesor Mojica. Marzo 16/51.

B. L. de P. Decigestante de 40 años. Menarquia a los 12 años. Ciclo 20/8. Sin dato de amenorrea. Sin edemas. 120 pulsaciones por minuto. Altura uterina de 35 centímetros. Utero blando, globuloso, de superficie regular. Presentación cefálica. Auscultación fetal positiva. Llega al Servicio sangrando abundantemente y sin dolores uterinos. La matriz es palpable y se aprecia una presentación de vértice izquierda móvil. Ante la hemorragia indolora y persistente se piensa en una placenta previa, en ruptura de várices vaginales y en posible desprendimiento de la placenta. Los ruidos cardíacos fetales aunque un poco lentos son perceptibles. Al tacto vaginal: cuello grueso, semi-borrado, con dos a tres centímetros de dilatación y membranas íntegras. Hay una solución de continuidad en la parte derecha del reborde posterior, pero no se tocan cotiledones placentarios. Al espéculum se nota el desgarro cervical con bordes traumatizados y sangrantes y que también sale sangre de la cavidad uterina. De un momento a otro, como a la media hora de la llegada al Servicio, la enferma comienza a quejarse de dolores lumbares y a empalidecer, a la vez que la matriz va subiendo de tono basal. Aunque el corazón fetal se negativiza se hace una laparotomía previo dictamen de desprendimiento prematuro de la placenta y se encuentra que la matriz está apoplética. Se hace una cesárea corporal y se extrae un feto muerto de ción diagnóstica. Como la matriz no se contrae y está infiltrada totalmente, se resuelve practicar una histerectomía sub-total. Siete horas después la enferma muere.

La historia precedente sirve para demostrar que no siempre desde el principio de la complicación se siente intenso dolor abdominal y que tampoco es constante la hipertonía se manifieste rápidamente. Y se trataba de un desprendimiento grave, tánto que ya había apoplejía uterina con bastantes horas de duración, pues no es posible concebir que en el curso de tres horas, transcurridas entre la llegada al servicio y la intervención, la infiltración sanguínea hubiera alcanzado tamañas proporciones. Cuánta razón tiene el Profesor Botella al decir en su tratado de Patología Obstétrica (3): «Actualmente hay una gran tendencia a tratar la placenta previa por medio de la cesárea abdominal. Esta tendencia, aparte de otras razones, tiene en su apoyo el hecho de que antiguamente muchos casos de apoplejía úteroplacentaria se diagnosticaban como placenta previa; se les trataba por vía baja, y luégo sobrevenían estas hemorragias atónicas del alumbramiento. En aquel entonces se supuso que se trataba de una tendencia especial de las placentas previas a producir hemorragias atónicas, pero la realidad es que se estaba, sin saberlo, ante casos de «abruptio placentae». Al generalizarse el empleo de la cesárea, se ha descubierto que en un 15 a 20% de los casos diagnosticados de placenta previa, la inserción placentaria era normal, existiendo únicamente un desprendimiento prematuro de una placenta normalmente insertada. La ce-

observar el útero y hacer el diagnóstico diferencial exacto, verificando la histerectomía, si el estado de aquél lo aconseja».

La paciente murió por falta de transfusión. Casos más graves tratados con tan precioso recurso tuvieron éxito rotundo desde el punto de vista materno.

Observación número 2

Servicio del Profesor Rodríguez. Marzo 12/52.

A S. L. de 39 años. Décimo embarazo. Ultima menstruación el 3 de julio de 1951. Con edemas. Altura uterina de 34 centímetros. Matriz de consistencia dura. Presentación cefálica alta. Auscultación fetal negativa. Tensión arterial de 14 por 11. Pelvimetría de 23-27-31-20. La enferma relata que después de sus ocupaciones habituales (lavar pisos) se sintió bañada en sangre. Al llegar presenta una matriz de consistencia leñosa y muy dolorosa y escasa hemorragia genital. T. V. a las 21 horas: vulva, vagina y periné, normales; cuello largo, grueso, central, permeable a un dedo; presentación alta, móvil sobre el estrecho superior. Se ordena un centigramo de morfina A las 21 más 15, el Jefe de Clínica mide una altura uterina de 38 centímetros; la matriz tiene una consistencia leñosa y duele a permanencia. Muy poca hemorragia genital. Diagnosticado un desprendimiento prematura de placenta normalmente inserta-da, se decide intervenir por vía alta. Se hacen los primeros tiempos como de ordinario y aparece la matriz con lívidas equimosis en la cara anterior; se incide el segmento y se extrae un feto masculino, muerto, de 2.680 gra-

placenta y muchos coágulos muy grandes. Se examina luégo el cuerpo uterino y se ven zonas equimóticas en la cara posterior, pero como el útero reacciona con el pitocin intramural y se retrae bien, se opta por continuar la cesárea conservando la matriz. El resto de la operación se hizo sin dificultad. Durante la intervención se inyectaron 500 c. c. de sangre. Anestesia general con ciclopropano-oxígeno. Post-operatorio con solución dextrosada, vitamina C, hierro y antibióticos. Salió del hospital a los 12 días en magníficas condiciones.

Observación número 3

Servicio del Profesor Mojica. Marzo 13 de 1952.

A. L. N. de 42 años. Decimotercer embarazo. Amenorrea desde el 1º de julio de 1951. Con edemas. Tensión arterial de 10 por 8. Altura uterina de 38 centímetros y de consistencia dura. Presentación cefálica alta. Auscultación fetal negativa. Serología negativa. Dice el interno: «Llega el Servicio por haber presentado un dolor fuerte en el bajo vientre y hemorragia genital de alguna intensidad. Al palpar el abdomen se encuentra la matriz hipertónica, dura, que impide hacer palpación del feto, por lo que no se aprecian la presentación y la posición. Ruídos fetales negativos. Se aplica un centigramo de morfina». Anotación del jefe de Clínica: «La paciente a las seis de la tarde sintió dolor abdominal después de un vértigo y a continuación comenzó a sangrar. Sangre roja, viva, rutilante. Viene al hospital con matriz endurecida, dolorosa a la palpación y con 34 centímetros de

tiva. Examinada por el Jefe de Clínica una hora después del ingreso al hospital, la altura uterina es ya de 40 centímetros y la hemorragia continúa. Diagnosticado un desprendimiento placentario, de acuerdo con el Profesor, se decide operar en seguida.

Exteriorizada la matriz, se encontraron en ella zonas equimóticas y al cortar el segmento salió muchísima sangre con coágulos. Se rompieron las membranas y se extrajo un feto muerto, masculino, de 2.800 gramos. Inmediatamente salió la placenta con un enorme coágulo organizado en la cara materna. Se inyectó pitocín intramuscularmente y la matriz se retrajo bien. Como no hay infiltración total y la retracción y contracción son normales, no se ve la conveniencia ni la necesidad de la histerectomía y se continúa la cesárea, dejando finalmente en la cavidad peritoneal un gramo de estreptomicina y medio millón de unidades de penicilina. Durante el acto quirúrgico se aplicaron 500 c. c. de dextrosa en agua destilada y 500 c. c. de sangre.

Anestesia general con ciclopropano y oxígeno. En el post-operatorio, dextroxa en sol. salina, antibióticos, vitamina C. A los 11 días sale del hospital en completo restablecimiento.

Observación número 4

Servicio del Profesor Acosta. Febrero 23 de 1952.

M. S. de 17 años. Primigestante de ocho meses. U. R. el 5 de junio de 1951. Sin edemas. Tensión arterial de 10 por 6. Serología negativa. Altura uterina de 28 centímetros. Auscultación normales; cuello parcialmente borrado, cerrado, duro. A las 10 horas ruídos cardíacos fetales muy bradicárdicos. Llega al Servicio en trabajo principiado una hora antes y dice que inmediatamente antes de venirse para el hospital sintió una contracción muy larga y dolorosa y que luégo se suspendieron los intervalos de descanso de los dolores quedando un insoportable dolor permanente. El útero es duro, de consistencia leñosa, muy sensible. La retracción impide la buena apreciación de las partes fetales. La auscultación fetal es positiva, pero el ritmo es de 90 por minuto. Hay hemorragia vaginal moderada. Con el diagnóstico de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada se procede inmediatamente a practicar una operación cesárea.

Anestesia general con ciclo-02-eter. Disociación arciforme del segmento y extracción de un feto masculino, de 2.000 gramos, que respira espontáneamente. En la «zona inferior» (sic) de la placenta se observan grandes coágulos que ocupan una tercera parte de superficie placentaria y que confirman el desprendimiento prematuro. Se exterioriza la totalidad del útero y se encuentra que especialmente en la zona de implantación de las trompas hay infiltración hemorrágica del músculo uterino, pero en forma moderada, por lo cual se decide conservar el útero. Se introduce nuevamente el cuerpo uterino dentro de la cavidad abdominal y se cierra la incisión del segmento inferior en dos planos de catgut cromado, el primero con puntos separados y el segundo en sutura continua. Peritonización. Apendicectomía profiláctica. El niño murió a las cuatro ho-

operatorio fue normal. Sale del Servicio a los 11 días por completo restablecimiento.

Las tres historias anteriores son la más clara demostración de la inutilidad e inconveniencia de la histerectomía sistemática. En esas pacientes con buen criterio clínico-quirúrgico no se consideró necesaria ni oportuna la amputación uterina, pues la matriz no había sufrido alteraciones profundas y su dinámica era normal. ¿Por qué ser sistemático en una conducta si en medicina no hay absolutismos y siempre hay que medir y pesar y mirar las circunstancias para resolver los casos sin sujeción incondicional a cartabones esquemáticos?

Observación número 5

Servicio del Profesor Mojica. Junio 2 de 1952.

E. Q. de 38 años. Décimo embarazo. No da la fecha de la última regla. Hay edemas ligeros. Pulso, 140 por minuto. Tensión arterial: cero. Piel pálida. Hernia umbilical. Altura uterina de 35 centímetros. Consistencia y tonicidad blandas. Presentación de vértice derecha movil. Auscultación fetal negativa. Serología negativa. Cuello corto, blando, de multípara. El interno anota: «La enferma a las 5 a. m. de hoy sintió un trastorno con angustia epigástrica. Llega al hospital a las 2 y cuarto p. m. en estado de shock, con tensión arterial de cero, pulso débil con ritmo de 140 por minuto. Hay hipotermia, gran estado anémico, desasosiego general, pero no hay dolor a la palpación abdominal aunque la paciente se queja de un dolor vago y esvés de la hernia umbilical se ve el peritoneo azul. Ligero vómito de color oscuro. Se diagnostica hemorragia interna abdominal y se prescribe sangre, graplasmoid, coramina, cortate y metrazol». Alarmado el interno por el cuadro tan grave y pensando en una hemorragia de la cavidad peritoneal de origen desconocido, llamó al Jefe de Clínica. A la media hora éste encuentra a la paciente en estado de anemia aguda, con pulso imperceptible, pero la tensión arterial ya está en 7.5 por 6. Los ruidos cardíacos son muy velados. Los reflejos pupilares son normales. La matriz tiene ya 38 centímetros y está hipertónica, pero indolora a la palpación, y permite apreciar una presentación de vértice derecha y móvil. Al tacto vaginal: cuello de multípara que da paso a un dedo; no se puede saber si las membranas están rotas o no; presentación de vértice por encima del estrecho superior; ligera hemorragia genital, de reciente iniciación pues el interno no la encontró en su examen. La enferma está presa de gran agitación y se queja de dolor lumbar continuo. La auscultación fetal es negativa. La hipertonía uterina, su crecimiento, la metrorragia y el mal estado general hacen diagnosticar desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada. Mientras se prepara la intervención se continúa la transfusión y la aplicación de graplasmoid, y se vigila muy de cerca a la enferma. Se aprovecha el intervalo de espera para ordenar exámenes de sangre y de orina, que dan el resultado siguiente:

Orina: densidad 1010, reacción ligeramente alcalina, huellas de albúmina, ausencia de glucosa. **Sedimento:**

hematíes +, leucocitos + +, eritrocitos granulosos +, células epiteliales ++.

Sangre: hematíes 2.510.000, leucocitos 14.200, hemoglobina 44%, valor globular 0,9. Polinucleares neutrófilos 71%, eosinófilos 3%, linfocitos pequeños 15%, formas de paso 11%.

A las 4 p. m. la matriz tiene 40 centímetros de altura y su tono se ha elevado tánto que ya es imposible la palpación del feto; sigue la hemorragia genital; se visualiza más la coloración azul de la hernia umbilical, y se atribuye a invasión sanguínea a la cavidad peritoneal por existir una forma grave de útero de Couvelaire. Después de transfundidos 1.000 cc. de sangre y 400 de graplasmoid se inicia la laparotomía: incisión vertical de la piel desde el ombligo hasta el pubis, seguida de corte de aponeurosis y disociación de los rectos anteriores. Aparece azul el peritoneo parietal, y al cortarlo se ve que hay gran cantidad de sangre en la cavidad y que la matriz está equimótica en su totalidad. Se confirma así el diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta. Se hace una cesárea corporal y al cortar verticalmente la matriz se inunda el campo operatorio por la abundantísima cantidad de sangre contenida en la cavidad uterina. Se extraen feto y anexos en bloque e irrumpen coágulos de gran tamaño. Se termina con histerectomía subtotal y con ooforectomía, pues los ovarios también se hallan completamente equimóticos. El peso del feto fue de 1.980 gramos. Anestesia con ciclopropano-oxígeno. Se continúa el tratamiento con soluciones dextrosadas y antibióticos, vitamina C a la dosis de medio gramo al día, y a los doce días la paciente sale del hospital en buenas condiciones. Se envían muestras para examen anatomopatológico.

Laboratorio Santiago Samper. Sección de Anatomía Patológica. — Nº 12491.

Nombre: E. Q. Servicio del doctor Mojica.

Tejido, órgano o región: placenta.

Diagnóstico clínico: apoplejía útero-placentaria.

Descripción macroscópica: la pieza se compone de una placenta que pesa 333 gramos y mide 19 x 18 x 8 x 2.2 ctms. con un cordón umbilical de inserción paracentral que mide 38 ctms. de longitud. Tanto la placenta como el cordón umbilical son de aspecto normal.

Diagnóstico microscópico: congestión. Hemorragia. El material enviado para examen muestra placenta, completamente desarrollada. Los vasos sanguíneos están muy dilatados y dentro de las vellosidaaes son frecuentes los focos de hemorragia intersticial.

El Jefe de la Sección,

(Fdo.) M. Sánchez Herrera.

Bogotá, junio 16 de 1952.

Nº 12493.

Tejido, órgano y región: útero y anexos.

Diagnóstico clínico: apoplejía útero-placentaria.

Descripción macroscópica: útero (histerectomía total con salpingo-ooforectomía bilateral) que pesa 1.139 gra-

sicles de la cavidad uterina 14 x 12 ctms. Espesor del miometrio 3,5 ctms., endometrio no hay. El cuello ha desaparecido por incorporación al segmento y su orificio exterior tiene un diámetro de 4,2 ctms. El miometrio es de consistencia blanda, aspecto congestivo y se ven abundantes zonas de hemorragia subserosa. La cavidad endometrial contiene abundante cantidad de coágulos sanguíneos. Los ovarios pesan cada uno 6 grms. y miden 4 x 2 x 0,6 ctms. y 3.2 x 1.8 x 0.8 ctms. Al corte en uno de ellos se ve la formación de un gran cuerpo amarillo que mide 1 x 0,6 ctms. Las trompas miden 11 x 0,8 y 10 x 0,7 ctms. Son de aspecto normal.

Diagnóstico microscópico: embarazo. Hemorragia uterina. El material enviado para el examen muestra útero, tubos y ovarios. En la capa interna del cuerpo del útero se observan células deciduales y formas de estructura que dan la impresión de ser vellosidades placentarias. El endometrio y el miometrio, pero mucho más este último, presentan focos, zonas o áreas de hemorragia intersticial. Las fibras musculares están enormemente hipertróficas. Hay edema generalizado y en ocasiones se observa ligera infiltración leucocitaria poli y mononuclear. Los tubos y ovarios no muestran nada especial.

(Fdo.) **M. Sánchez Herrera**

Bogotá, junio 16 de 1952.

Observación número 6

Servicio del Profesor Acosta. Abril 17 de 1952.

término. Ultimas regias el 20 de julio de 1951. Tensión arterial de 16 por 11. Sin edemas. Utero con tonicidad y consistencia normales y 32 ctms. de altura. Pelvimetría: 24-28-30-19. Serología negativa. Auscultación fetal positiva. Iniciación del trabajo a las 23 del 16 de abril, y a las 4 más 15 a. m. del 17, dilatación cervical de un centímetro, membranas íntegras, trabajo normal. A las 8 horas del 19 el examen obstétrico enseña una dilatación de un centímetro, vagina llena de coágulos pero no se tocan cotiledones placentarios, presentación alta. Ruidos cardíacos fetales acelerados. Se ordena reposo absoluto y aplicar dextrosa al 5% en solución salina. A las 10 y 15 la hemorragia es intensa, la tonicidad uterina normal, las contracciones son espaciadas, el cuello se mantiene en una dilatación de un centímetro y los ruidos cardíacos fetales son irregulares. Se cree en la presencia de una placenta previa lateral y se hace ruptura artificial de las membranas; la hemorragia se aminora durante unos minutos pero se reanuda con más vigor, especialmente durante la contracción uterina. Se descartó el diagnóstico inicial por este sincronismo de hemorragia-contracción con bolsa rota y se decidió evacuar la matriz mediante una cesárea, considerando también la irregularidad del corazón fetal. Al extraer la placenta se encontraron en su cara materna coágulos en casi toda su periferia; la matriz reaccionó al pitocín intramural. El feto salió vivo. Post-operatorio normal. Salida a los diez días.

No es aventurado pensar que fue este un caso de desprendimiento leve y que la hemorragia genital debióse

al desprendimiento periférico del órgano placentario. Que no se trataba de una placenta inferior lateral lo demostró la cesárea, en la que no se encontró la placenta adherida al segmento sino al fondo uterino. Aunque no se intervino con la certeza diagnóstica sino más bien impelidos por la hemorragia creciente y por el sufrimiento fetal, la rápida conducta llevada a evacuar la matriz con toda prontitud vino a culminar con la obtención de un feto vivo y con la profilaxia de la infiltración sanguínea en el útero. Argumento más en pro del intervencionismo, enseñanza de que es posible un feto vivo si se interviene con la mayor presteza posible. Además, como se ha visto en el curso de este esbozo de monografía, no debe esperarse a que la sintomatología clásica del desprendimiento placentario aparezca, pues, cuando se hace innegable por lo evidente, ya el desprendimiento es grave y la muerte del feto es un hecho cumplido.

Observación número 7

Servicio del Profesor Acosta. Abril 20 de 1952.

I. M. de 39 años. Duodécimo embarazo, de seis meses. Llega en estado de anemia aguda, con edemas, tensión arterial inmensurable, matriz de 25 centímetros de altura, dura, leñosa. Hemorragia genital que principió a las 5 p. m. La gravedad es tan evidente que inmediatamente después de su ingreso se le disecan las venas del codo para hacerle transfusión y administrarle plasma y soluciones dextrosadas. A las 18 y 30 se hace operación cesárea y se encuentra que la placenta está insertada en el segmento y que los ligamentos anchos, especialmente el izquierdo, tienen hematomas. Feto muerto de mil gramos. Post-operatorio normal y salida del hospital a los diez días.

Como se ve por el sucinto relato de la historia precedente, no se trataba del desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada sino de un desprendimiento parcial y prematuro de la placenta inferior; pero se trae a cuento porque la matriz con su dureza leñosa aparentó el cuadro, en parte, de la sintomatología de aquella complicación. Sirve para la discusión del diagnóstico diferencial y para corroborar de la rareza del hallazgo de signos patognomónicos.

Observación número 8

Servicio del Profesor Acosta. Julio 25 de 1951.

A. P. de C. de 23 años. Ultima regla el 28 de octubre de 1950. Sin edemas. Utero de 34 centímetros de altura, hipertónico. Auscultación fetal negativa. Tensión arterial de 11 por 8. Pelvimetría: 21-27-30-18. A las 3 a. m. dilatación cervical de 6 centímetros y bolsa íntegra. Hemorragia genital. Estado general anémico. Como el cuello es fácilmente dilatable bajo anestesia se completa la dilatación y se aplica un fórceps alto para una presentación de vértice. Con gran facilidad se extrae un feto de 2.900 gramos, muerto. Inmediatamente después sale la placenta, que tiene abundantes infartos y coágulos en la cara materna. Verificado el alumbramiento se hace expresión y son expulsados coágulos restantes. Intervenida con fórceps por presumir desprendimiento prematuro placenta-

rio, el examen de la placenta confirmó la hipótesis. El puerperio fue normal.

Observación número 9

Servicio del Profesor Acosta. Noviembre 27 de 1951.

E. P. de H. de 32 años. Undecimo embarazo. Ultimas reglas el 25 de febrero. Utero blando con 36 centímetros de altura. A las 18 y 50 dilatación cervical de 4 centímetros y bolsa íntegra. A las 23 se aprecia hemorragia genital de cierta consideración y acompañada de coágulos, al tiempo que la matriz se pone dura y las contracciones se vuelven casi subintrantes. Los ruidos cardíacos fetales son normales. Se completa la dilatación y se aplica fórceps para una OIA insinuada, teniendo en cuenta también la multiparidad y la amplitud de diámetros: 24-30-32-22. Se extrae un feto con circular en el cuello y que respira espontáneamente, y como la hemorragia continúa se hace extracción manual de la placenta en breves instantes.

No especifica la historia si se examinó la placenta, talvez por la poca costumbre en nuestro medio de dejar constancia de todo lo observado y por el menosprecio que se tiene generalmente de revisar con todo cuidado los anexos; pero comparando la evolución del trabajo con el de las otras pacientes, la súbita aparición de la hemorragia genital y la alteración del ritmo contráctil y de la dinámica uterina, no es utópico afirmar que hubo un desprendimiento parcial de la placenta y que fue acertada la conducta encaminada a extraer al feto con la mayor rapidez.

El puerperio fue normal. Madre e hijo salieron del hospital a los ocho días.

Observación número 10

Servicio del Profesor Acosta. 22 de abril de 1951.

E. F. de 40 años. Undécimo embarazo. Ultima regla el 20 de julio de 1950. Ingresó a un servicio obstétrico independiente del Instituto de Protección Materna e Infantil, sitio en el cual fue vista por especialistas connotados en estado de suma gravedad, y en donde se le hicieron aplicaciones de urgencia. Por motivos que no interesan al aspecto obstétrico fue enviada al Instituto después de varias horas de evolución, y llega sin tensión arterial, con matriz hipertónica y dureza leñosa, 40 centímetros de altura, auscultación fetal negativa, presentación transversa y dilatación cervical casi completa. A su llegada a las 14 y 40, y en vista de su estado precario, inhábil para una inmediata intervención, se ordena una transfusión inmediata; pero a las 16, tras un vómito sanguinolento, la enferma falleció.

Observación número 11

Servicio del Profesor Acosta. Junio 16 de 1952.

Para remate y final de esta casuística dejé un caso afortunado, el último en el tiempo y quizás de los primeros por su extraordinario interés, ya que además del desprendimiento placentario otras dos complicaciones estaban presentes; procidencia del cordón y procidencia de los miembros

superior e inferior izquierdos, y tras una intrincada conjunción de factores adversos, un epílogo increíble: parto espontáneo con feto vivo. Por aquellos factores imponderables, ajenos a la voluntad humana, la procidencia de los miembros, que dificulta el proceso normal del encajamiento y descenso de la presentación, fue lo que vino a representar la salvación del feto. En efecto, evitó la compresión del cordón entre la cabeza y el anillo del estrecho superior, y así no se interrumpieron las comunicaciones materno fetales y siguió viva y palpitante una esperanza.

A. M. de N. de 24 años, con cuarto embarazo de ocho meses. Menarquia a los quince años, ciclo de 30/6, amenorrea desde octubre de 1951, tensión arterial de 12 por 8, con edemas, útero hipertónico, duro, con altura de 26 centímetros. Pelvimetría de 24-27-30-20.

Llegó al Servicio a las 12 del día con un cordón procidente, salido unos 20 centímetros fuera de la vulva, con matriz hipertónica y hemorragia genital discreta. Según relato de la enferma, el parto había comenzado a las siete de la mañana y el cordón se había "salido" a las 10. Al tocar el cordón no se percibieron pulsaciones y había perdido su tersura y brillo habituales. La auscultación fetal fue negativa. El cuello uterino estaba borrado, con dilatación de 8 centímetros, y los dedos que hacían el tacto vaginal tocaron el cordón procidente y un pie del feto. Se diagnosticó una presentación de pelvis, y en vista de las circunstancias anotadas se optó por dejar que el trabajo prosiguiera evolucionando, y para modificar el tono uterino se ordenó aplicar dos ampolletas de atrinal y dar un comprimido de dórico.

A las 14 más 15 las contracciones se volvieron subintrantes y la hemorragia se hizo más copiosa. Se resolvió terminar el parto haciendo una extracción podálica.

Bajo anestesia general con éter se hizo nuevo tacto y se comprobó que no había presentación de pelvis, sino que se trataba de una de vértice izquierda con procidencia del cordón y de los miembros superior e inferior izquierdos. Se rechazaron el pie y la mano y se hizo la maniobra de Kristeller. Fácilmente se obtuvo un feto prematuro de edad aproximada de ocho meses. Se le dió por muerto y se le entregó a una enfermera mientras que se extraía la placenta con suave presión en el fondo uterino. Se examinó y se observó que la superficie de la cara materna estaba cubierta por un coágulo que ocupaba una sexta parte del área placentaria, signo de desprendimiento prematuro. Con gran sorpresa para todos los circunstantes el feto hizo un esfuerzo inspiratorio. Inmediatamente se le aspiraron mucosidades, se le practicaron maniobras de respiración artificial y se le dió oxígeno. Poco a poco el niño fue adquiriendo un color rosado y su respiración se instaló normalmente. En los miembros izquierdos, superior e inferior, se veían claramente cianosis y edemas.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Primera: se estudia el síndrome del desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada y se recalca sobre la variabilidad y diversidad de la sintomatología y evolución.

Segunda: en 10 casos se siguieron diferentes conductas:

en dos, cesárea corporal e histerectomía

en cuatro, cesárea segmentaria

en dos, forceps

en uno no se alcanzó a intervenir

en uno, se dejó que el parto evolucionara espontaneamente, ya que no se hizo diagnóstico previo y como había una procidencia del cordón de larga data (dos horas) se pensó que el feto estaba muerto.

Tercera: el desprendimiento de la placenta normalmente insertada es más frecuente en multíparas: en diez casos, siete multíparas y tres primíparas.

Cuarta: la conducta frente al desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada debe ser activa y tender a la rápida evacuación uterina.

Quinta: se obtuvo feto vivo en tres casos, en uno el feto se extrajo vivo pero murió cuatro horas después, en los seis restantes el feto murió in útero.

Sexta: no debe ser sistemática la histerectomía, sino subordinada al estado de la matriz y a su capacidad contráctil.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) **Américoo Stabile:** Actualizaciones de temas ginecotocológicos. 1ª serie. Pág. 74. Montevideo, 1949.

(2) **Jaime Corral Maldonado:** Conducta en el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada. Rev. Col. Obst. y Gin. Vol. I. Nº 1-50. Pag. 42.

(3) **Botella Llusiá:** Patología obstetrica. Pág. 448. Barcelona, 1950.

(4) **Nubiola-Zárate:** Tratado de Obstetricia. Págs. 721 y ss. Ed. Labor. 1951.

(5) **S. Dexeus Font:** Tratado de Obstetricia, T. II. Pág. 1919. Ed. Salvat. 1949.

(6) **Manuel Luis Pérez:** Tratado de Obstetricia, 4ª ed. Ed. López. 1943. Buenos Aires.

(7) **Hernando Acosta:** Conferencias de Obstetricia, 1941. Apuntes personales.

(8) **Jaime Corral Maldonado:** Las grandes intervenciones obstétricas. Rev. Col. de Obst. y Gin. Vol. II. Nº 3. Abril-mayo 1951.

(9) **Ramírez Merchán Rafael:** Conductas médicas controvertibles. Rev. Fac. de Med. de la U. N. de Bogotá. Vol. XVI. Nos. 7-8, pág. 1148.

NOTA: Escrito este ensayo leí en el Nº. 62 de la REVISTA ESPAÑOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, que dirige el connotado ginecólogo y experto novelista A. Clavero Núñez, la segunda parte del estudio "GINECOLOGIA PSICOSOMATICA" por el Dr. Francisco Haro García, y en ella se dice lo siguiente: "Ya hemos hablado anteriormente de cómo las emociones provocan una desviación de la masa sanguínea de la superficie cutánea al terreno del esplácnico, y cómo así pueden determinarse roturas vasculares en el útero, especialmente por la disminución de su tono propio del embarazo. Pues bien; en ese mecanismo se basa Schwarz para admitir que una emoción pueda determinar un hematoma retroplacentario, y Salerno vuelve de nuevo sobre este punto de vista de las reacciones circulatorias por efectos desplacientes o displicentes (la palabra displaciente, usada por lo general, es incorrecta) para justificar este accidente, que si ocurre en los primeros meses del embarazo originará el aborto, y si es más adelante el síndrome del desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, que, actualmente, se relaciona casi en absoluto con las toxemias gravídicas".