

DOS ENSAYOS OBSTETRICOS

Por el doctor HERNANDO NAVAS ANGEL

DISTOCIAS CERVICALES POR AGLUTINACION, OBLITERACION O RIGIDEZ

Caso número 1

Nombre: C. H. M. de L. Carnet número 01-027.079 Benet.

Edad: 22 años. Procedencia: Bogota.

Antecedentes generales: Sin importancia.

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 13 años. Ciclo menstrual, irregular: 25-30 x 2-5.

Antecedentes obstétricos: Primigestante.

Examen general: No hay ningún dato de importancia.

Examen obstétrico: Octubre 29 de 1951.

Edad del embarazo: A término. Pulso: 76/min. Peso: 155 lbs.

Altura uterina 34. T. A.-Mx. 110. Mn. 60. Presentación: cefálica insinuada. Auscultación y movimientos fetales: positivos.

Diámetros pélvicos. B. E.: 24 cms.; B. C. 28 cms.; B. T.: 32 cms.; C. E.: 20 cms.

Fecha de la última menstruación: Enero 28 de 1951. Fecha probable del parto: Noviembre 5/51.

El 30 de octubre a las 14 y 15 llega a la clínica en trabajo iniciado a las siete y se le practica un tacto vaginal con el siguiente resultado: «Cuello incompletamente borrado, sin dilatación. Ruidos fetales normales. Presentación cefálica alta». La paciente se hospitaliza, pero el trabajo del parto se suspende poco después, para reiniciarse en una forma trampo, el 3 de noviembre a las 0 horas. A las 6 y 45 se encuentran al examen: Utero normal con 34 cms. de altura; feto único en presentación OIIT, insinuada. Contracciones cada 12 minutos con 30 segundos de duración. Fetoecardia normal.

El mismo día a las 13 y 15 se encuentra: Contracciones cada cinco minutos con duración de 40 segundos, de buena intensidad. Al tacto vaginal se aprecia el cuello uterino borrado, con un cm. de dilatación y bolsa de las aguas intacta.

Era de sorprender que después de un trabajo regular de más de 13 horas, la dilatación cervical no hubiera pasado de un cm., en que estaba desde las 6 y 45 y por eso hice el tacto vaginal con más detenimiento, hallando el cuello perfectamente borrado y de consistencia muy blanda. Pero, previo al orificio cervical, pude apreciar claramente la existencia de un anillo mucoso vaginal que hacia las veces de

Su modificación a la aplicación del fórceps a las variedades posteriores de vértice ha sido recibida con beneplácito en extranjeros sitios. Mientras aquí se languidece a ratos en aras de una xenofilia ridícula, allá se relievan méritos y se comentan con agrado. Prueba irrefutable de este aserto es el artículo del Profesor Cónill, que, tomado de la Revista Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología, la dirección ha querido reproducir para conocimiento de todos.

L. D.

PARA PROPAGANDA EN ESTA REVISTA

entenderse con el Administrador:

JUAN N. BAQUERO

en su nueva dirección:

Calle 16, N° 7-91 (segundo piso) Oficina N° 4.

teléfono 23-901

Apartado número 276.

BOGOTA - COLOMBIA

un diafragma y que estaba adherido parcialmente en su cara superior a la mucosa vaginal del cuello uterino. Se trataba pues de una formación anómala congénita tal vez, que por las adherencias descritas impedía la normal incorporación y dilatación del cervix.

Ante esta rara distocia blanda hice junta médica con el Profesor Ramírez Merchán, quien habiendo encontrado en el examen lo mismo que había llamado mi atención, aprovechó el tacto para hacer el desbridamiento de las adherencias y practicar maniobras dilatorias con las que el cuello llegó fácilmente a dilatación casi completa. Se presentó una ligera hemorragia de las paredes vaginales.

A las 17 horas la dilatación era completa, la presentación estaba como desde las maniobras dilatorias, profundamente encajada, en OIII, pero el despredimiento se hacía lentamente a causa de tratarse de una vagina estenótica especialmente a nivel del diafragma mucosa. Por esta razón y ante la inminencia del sufrimiento fetal, a las 17 y 30 se hizo una aplicación de fórceps de Simpson y se extrajo un feto masculino, vivo, con 51 cms. de talla y 3400 grms. de peso. El alumbramiento fue espontáneo y después de él se apreció la existencia de un gran desgarro vaginal en la pared lateral derecha, que venía desde las cercanías del fondo de saco correspondiente, es decir, desde el nivel que tenía como localización el anillo diafragmático. Se practicó una cuidadosa sutura de este desgarro y de otro, muy leve en la piel perineal, con catgut simple. La paciente y el niño salen de la sala en buenas condiciones.

El 8 de noviembre, después de cinco días de puerperio normal, se presentó

en la puerpera un cuadro clínico de colecistitis con colelitiasis que fue tratado médicamente con buenos resultados. Las suturas vaginal y perineal tuvieron éxito y la paciente salió de la clínica en buenas condiciones.

Caso número 2

Este caso es el de una paciente que ha presentado en la terminación de los dos embarazos que ha tenido, la misma distocia. Por esta razón, transcribo en seguida las dos historias clínicas:

Nombre: M. T. S. Ch. Carnet número 01-070.116 Benef.

Edad: 25 años. Procedencia: Fontibón.

Antecedentes generales: Sin importancia.

Antecedentes ginecológicos: No hay dato de la menarquía. Ciclo menstrual: 30 x 4.

Examen general: Soplo sistólico en el foco pulmonar. Polaquiuria.

Examen obstétrico: Septiembre 16 de 1950.

Edad del embarazo: A término. Pulso: 75/min. T. A. Mx. 148, Mn. 100. Altura uterina: 32 cms. Presentación OII insinuada. Auscultación y movimientos fetales positivos.

Diámetros pélvicos: B. E.: 25 cms. B. C.: 27 cms.; B. T.: 31 cms.; C. E.: 19 cms. Fecha de la última menstruación: Diciembre 15 de 1949. Fecha probable del parto: Septiembre 21 de 1950.

El 16 de septiembre a las 10 de la mañana llega la paciente a la clínica en trabajo de parto iniciado desde el día anterior a las 12 y 30 y que según los datos ha sido regular e intenso.

En el examen de admisión se encuentra el cuello uterino cerrado e iniciando el borramiento. Ruidos fetales normales. Se hospitaliza.

El trabajo sigue siendo regular y de intensidad normal, pero la dilatación del cuello no se inicia a pesar del borramiento casi completo de él que se toca como una pequeña tuberosidad que tiene en su centro un orificio cervical puntiforme. El día 16 de septiembre a las 13 se repite el examen y se encuentra el cuello en el mismo estado de aglutinación por lo cual se intenta iniciar la dilatación con el dedo y ante el fracaso de las maniobras se apela a las bujías de Hegar, con las cuales se logra una dilatación de un centímetro. Al ser introducidas las bujías en el canal cervical se presentó una hemorragia de mediana intensidad que se suspendió espontáneamente.

En la esperanza de que por efecto del trabajo regular la dilatación ya iniciada artificialmente siguiera progresando, se decidió esperar la evolución normal que era de presumir. Se hizo un nuevo examen a las 2 de la mañana del día 17 y con sorpresa se encontró que la dilatación estaba estacionada en el mismo grado en que quedó después de las maniobras dilatadoras. Además el cuadro clínico se complicaba por distensión del segmento uterino y ruidos fetales acelerados. El trabajo llevaba ya 38 horas de evolución.

Ante estas circunstancias se hizo junta médica y después de ella se decidió intervenir por la vía abdominal.

Operación:

Cirujanos: doctores Hernando Navas Angel y Luis Guillermo Cubillos.

Anestesia: Raquídea con Sclerocaina.

Se practicó cesárea segmentaria transperitoneal según la técnica habitual, haciendo disociación transversal del segmento, que se encontraba bastante distendido. Se extrajo un feto femenino, vivo, de 48 cms. de talla y 2.600 gramos de peso. Después de extraer la placenta se aplicó una ampolla de pitocin en la musculatura uterina. Antes de iniciar el cierre de la brecha uterina se pasó una mecha de gasa de arriba hacia abajo a través del canal cervical, para asegurar el drenaje de los loquios. Cierre de la cavidad uterina en dos planos con sutura continua en catgut cromado. Sutura de peritoneo visceral. Cierre de la pared abdominal en cuatro planos. La paciente y su hijo salen de la sala en buenas condiciones.

Después de un puerperio normal, el día 24 de septiembre, la enferma sale de la clínica en buen estado.

La paciente cuya historia acabamos de ver, tuvo un segundo embarazo cuya evolución y final vamos a ver en la historia que viene a continuación:

Nombre: M. T. S. Ch. Carnet número 01-070.116 Benef.

Edad: 27 años. Procedencia: Fontibón.

Antecedentes generales: Sin importancia.

Antecedentes ginecológicos: No hay dato de la menarquia. Ciclo menstrual: 30 x 4.

Examen general: Nada especial.

Antecedentes obstétricos: Un embarazo a término que terminó con cesárea por aglutinación del cuello. (Septiembre 17 de 1950).

Evolucion del embarazo: Normal.

-Reacciones serológicas: Resultado, negativo.

Examen obstétrico (practicado al ser hospitalizada) junio 8 de 1952. Edad del embarazo: A término. Pulso: 80/min. T. A. Max.: 120. Mn.: 65. Altura uterina: 33 ctms. Presentación OIIP alta. Auscultación y movimientos fetales positivos.

Diámetros pélvicos B. E.: 25 ctms.; B. C.: 27 ctms. B. T.: 31 ctms.; C. E.: 19 ctms. Fecha de la última menstruación: Septiembre 7 de 1951. Fecha probable del parto: Junio 14 de 1952.

El 8 de junio de 1952 a las 3 y 30 llega la paciente a la clínica en trabajo de parto iniciado el día anterior a las 18 y es hospitalizada, después de comprobarse que el cuello no ha empezado a dilatarse. A las 12 y 30 se practica examen y se encuentra: Altura uterina: 33 ctms.; feto único en OIIP alta; ruidos y movimientos fetales positivos; cuello uterino blando, borrado, sin dilatación. Se intenta nuevamente, como en el parto anterior, la dilatación artificial inicial del cuello, sin obtener que éste permita más que el paso del dedo. Sin embargo, se decide prolongar algo más la prueba de trabajo y a las 22 y 50 se practica un nuevo examen, con el siguiente resultado: contracciones cada tres minutos con 30 segundos de duración y de buena intensidad. Dilatación del cuello: 0 ctms.; borramiento: Completo. Membranas intactas. Se presenta la misma distocia que ocasionó la cesárea anterior (aglutinación). Además, el segmento está distendido, en inminencia de ruptura.

Inmediatamente se hace junta médica con el Profesor Rafael Peralta C.

y después de ella se decide intervenir por la vía abdominal.

Operación:

Cirujanos: Doctor Hernando Navas Angel y Profesor Rafael Peralta C.

Anestesia: General con ciclo-oxígeno (potencializada), doctor Galindo. A continuación transcribo el acta de la intervención que se encuentra en el libro correspondiente de la Clínica P de Mayo:

•VI-8-52. M. T. S. Ch. Carnet número 01-070.116 Benef.

Secundigestante a término en trabajo hace 24 horas. Antecedente de cesárea por distocia cervical (aglutinación). Después de junta con el Profesor Rafael Peralta, en la que se encuentra el cuello blando y borrado pero sin dilatación, el segmento distendido y el anillo de Bandl, alto, se practica cesárea iterativa, segmentaria, transperitoneal. Se encuentra el segmento muy delgado, en inminencia de ruptura. Al extraer el feto, cuya cabeza estaba insinuada profundamente, el segmento se rompe en dirección longitudinal. Se extrae un feto vivo, masculino, en regular estado por haber inspirado líquido amniótico en el momento de su extracción. Se sutura la ruptura longitudinal del segmento, así como la brecha transversal, en dos planos. Sutura del peritoneo visceral. Cierre de la pared abdominal en cuatro planos. La paciente sale de la sala en buenas condiciones y el niño pasa a la cámara de oxígeno.

El niño extraído tuvo 52 ctms. de talla y 3.475 grms. de peso.

Después de 10 días de puerperio normal, la madre y el niño salen de la clínica en buenas condiciones.

tomando como base los casos de las dos pacientes, cuyos historiales acabamos de ver, paso ahora a estudiar sucintamente estas curiosas distocias blandas, empezando por la que tiene relación con el anillo mucoso vaginal que a la manera de un diafragma ocasionó las dificultades que tuvo en el parto la paciente del caso número 1.

Distocia por lesiones de la vagina:

Entre estas nos interesan particularmente en cuanto al caso referido, las **lesiones congénitas** y más especialmente los tabicamientos de la vagina.

Los **tabicamientos de la vagina** pueden ser longitudinales o transversales y ocasionan habitualmente considerables dificultades para el mecanismo de la expulsión fetal.

Los tabicamientos **longitudinales** se encuentran con la mayor frecuencia en los casos de vaginas dobles, concomitantes con útero de dos cavidades. Representan la persistencia de la duplicidad embrionaria de las vías genitales.

Los tabicamientos **transversales** que son los que nos interesan en este caso particular, tienen dos aspectos diferentes, según que se presenten bajo la forma de **diafragmas** o de **estenosis canaliculadas**. Esta última forma llega a veces a tal grado que la porción estrechada puede alcanzar a varios centímetros de largo. La parte profunda, así como la zona media y la región externa de la vagina, pueden verse afectadas igualmente. La superficie interna del conducto vaginal no presenta ninguna aspereza, pero el estrechamiento es en algunos casos tan pronunciado, que sólo permite el tacto

con un solo dedo. Sin embargo, la inhibición que sufren estos tejidos durante la gravidez, puede darles un grado de elasticidad suficiente para permitir una ampliación regular del conducto vaginal, que permita, casi siempre a costa de desgarros más o menos grandes, el parto espontáneo. Laffont aconseja, prefiriéndolo a las maniobras manuales o instrumentales, colocar un balón de Champatier de Ribes. Los estrechamientos anulares se benefician más de la cura quirúrgica y deben ser incididos prudentemente. En los casos de estrechamientos firmes e irreductibles, el recurso preferido debe ser la intervención quirúrgica por la vía alta.

Las formaciones **diafragmáticas** pueden ser circulares y centrales, o laterales cuando no obturan sino una parte del conducto vaginal. Son pliegues mucosos de espesor variable, a veces múltiples y escalonados, pero la mayoría de las veces son únicos. El diafragma está atravesado por un orificio de dimensiones variables desde el puntiforme hasta aquella que da al tacto la impresión de un cuello borrado y permeable al dedo.

Este tipo de tabicamientos está situado casi siempre en la mitad superior de la vagina, dividiendo así el canal en dos cavidades de desiguales proporciones.

El error de confundir el orificio cervical externo con la abertura del diafragma vaginal es de común ocurrencia en estos casos pero es evitable si se tiene el cuidado de buscar los fondos de saco vaginales que, en el caso del tabique, no se encuentran. Es recomendable practicar la sección de estas bridas en uno o varios puntos, así como liberar las posibles adherencias

que haya entre su cara que mira al cuello y éste, cuando el diafragma es inmediato al hocico de tenca, porque pueden llegar a hacer completamente inefectivo el trabajo del parto. Sin embargo, a veces estallan ante la presión ejercida por la cabeza fetal y en algunos casos favorables se dilatan delante de la presentación a la manera de un orificio cervical.

Distocia por lesiones del cuello uterino

Con el propósito de hacer resaltar en este estudio lo que tenga directa relación con los casos especiales que han sido descritos, he de seguir el orden que más conviene a mis intenciones y en él pongo en primer lugar lo relativo a la **aglutinación del cuello**.

Rara anomalía, estudiada y bien descrita por Naegele, se encuentra sobre todo en las primíparas viejas. Se descubre solamente en el curso del trabajo del parto y se caracteriza así: Después de un período más o menos largo, el cuello se borra completamente y la cabeza fetal desciende profundamente a la excavación y hasta puede llegar a hacer presión sobre el periné, provocando en la enferma los esfuerzos voluntarios de expulsión. Examinándola, se constata que la cabeza está muy descendida y hasta se tiene la impresión táctil de una dilatación completa con bolsa intacta. Sin embargo, el reborde del cuello no se encuentra y la cabeza se palpa a través del segmento interior adelgazado. En la superficie de éste es difícil encontrar el orificio externo pero explorando con cuidado, el dedo percibe una peque-

na aspereza o tubérculo, o por el contrario, una depresión mínima, puntiforme, bordeada por un círculo más resistente. La presión un poco fuerte realizada con el dedo, produce a veces y en forma inmediata una dilatación del orificio que llega en pocos momentos a cuatro o cinco cms. y desde ese momento la dilatación sigue un curso regular y se completa rápidamente.

Se ha pensado que esta anomalía se debiera a una terapéutica intempestiva, como la cauterización del cuello practicada después de iniciada la gestación, pero parece ahora aceptado el criterio de que la aglutinación del cuello se produce después de la fecundación y que parece tener como causa el espesamiento del tapón mucoso que se adhiere al orificio externo del cuello de manera anormal. En algunos casos, cuando las contracciones uterinas son muy fuertes, el cuello cede al cabo de algunas horas y la dilatación se realiza espontáneamente.

El diagnóstico de esta anomalía es fácil pero para llegar a hacerlo, es necesario pensar en él.

De la **aglutinación** se pasa, en orden ascendente, a la **obliteración del cuello** que es una exageración de la precedente anomalía. Se encuentra en las multiparas y resulta de una inflamación o de un traumatismo del cervix. Es una rara lesión que también pasa desapercibida durante la gravidez y que sólo se hace aparente durante el trabajo en que el cuello comienza a borrarse pero no se dilata; conserva cierta longitud, constituyendo un pequeño tumor de dureza variable. La cabeza fetal trata de descender cubierta por un delgado segmento inferior.

Al examen, como en la aglutinación simple, se percibe una pequeña saliente dura, pero el cuello no cede a la presión del dedo ni a la prolongación de la prueba del trabajo, que por otra parte puede ser nefasta para el feto. Es importante evitar el confundir esta entidad con una dilatación sacciforme debida a una desviación cervical; en este caso el examen muestra un cuello que ha conservado casi toda su longitud, situado hacia adelante, por debajo de la sínfisis púbica, o hacia atrás, en el fondo de saco posterior. A veces se dificulta aún más el diagnóstico por ser el cuello inaccesible al dedo que palpa. Reconocida la obliteración será tratada como aglutinación simple primero, pero como es cuestión de lesiones inflamatorias o traumáticas, habrá necesidad de practicar pequeñas incisiones que implican el peligro de extenderse en longitud sobre un segmento inferior delgado y débil.

Prolapso vaginal y uterino:

Los casos de prolapso vaginal, suficientemente graves para ser causa de distocia, son raros, según Tassovatz, de Estrasburgo, quien solamente ha encontrado tres en 12.000 partos. La dilatación cervical se ve impedida por una infiltración edematosa debida a una deficiente circulación de retorno. En los casos favorables la dilatación alcanza espontáneamente un grado suficiente para poder dominar el obstáculo con simples incisiones del cuello. Pero en los casos en que el conducto cervical mantiene su forma canaliculada, se impone la operación cesárea. Hay veces que lesiones ulcerosas infectadas y con secreción purulenta hacen la distocia más seria por

los graves riesgos de infección que entraña cualquier intervención.

Algunos casos de prolapso uterino con elongación del cuello provocan los mismos problemas y les son aplicables las mismas medidas terapéuticas.

Alargamiento hipertrófico del cuello:

El alargamiento hipertrofico del hocico de tenca, aumenta en notables proporciones las dimensiones de la porción intravaginal del cuello uterino; puede llegar a seis u ocho cms. de largo y a cuatro o cinco cms. de diámetro y aún más. Un cuello en estas condiciones no se borra ni se dilata sino con extrema lentitud. Y aquí también, en los casos favorables las incisiones del cuello podrían bastar para adelantar una dilatación que se ha hecho estacionaria. Pero cuando el borramiento es incompleto y la dilatación es poca, deberá recurrirse a la cesárea antes de que el cuadro clínico se vea agravado.

Fibromatosis cervical:

Aunque es muy rara esta localización de los núcleos fibromatosos, tiene gran interés en relación con lo que estamos estudiando. Desde el punto de vista de la anatomía patológica, estos fibromas presentan diferentes aspectos y se les divide, según su situación, en submucosos e intersticiales. Los **submucosos** están situados en la cavidad intracervical, haciendo saliente en ésta y separados de la luz del canal solamente por la mucosa. Pueden ser pediculados o no, y su presencia deforma la cavidad cervical. Además, pueden estar insertados en la cara externa del hocico de tenca. Los **intersticia-**

circulares y longitudinales; se observa que la raquianestesia paraliza la contractilidad del cuello y aumenta la del cuerpo, reforzando el tono muscular y suprimiendo las contracciones rítmicas que, por lo tanto, dependen de un centro medular.

Además, la doble inervación de cuerpo y cuello y la diferente distribución de los campos musculares en los tres segmentos: cuerpo, segmento inferior y cuello, explican que para que el parto sea posible, las contracciones deben empezar en el fondo uterino y propagarse en onda peristáltica sobre el cuerpo y el cuello; además, es necesario que este último no se oponga a la acción de dicha onda contráctil. Si el segmento inferior o el cuello no se dejan distender, la contracción se pervierte; si la onda contráctil es continua hasta el cuello uterino, eso demuestra que existe armonía entre cuerpo y cuello, lo cual se ha denominado **sinergia funcional** y si esta armonía no existe, constituirá la **asinerгия funcional** o **disquisinesia**.

Esta disociación puede ser debida a una perturbación del mecanismo de inervación simpática y parasimpática que coordina el tono y la contractilidad de la función excito-motriz. Este trastorno puede disociar la correlación funcional entre los distintos segmentos y hasta provocar la inversión del trabajo de modo que haya actividad en unos segmentos y paralización en otros; a veces se llega hasta el grado de que uno de los segmentos y paralización en otros; a veces se llega hasta el grado de que uno de los segmentos se oponga al otro. Boero opina que tal disociación se debe a que la exacerbación del dolor actúa como un freno paralizante del trabajo del parto y por

esto, al ser calmado, vuelve este a entrar en normal actividad, ya que la contracción espasmódica tónica no es eficaz para el parto y necesita ser sedada para que puedan actuar las contracciones rítmicas.

A Turenne le llama la atención no haber encontrado nunca espasmo en un cuello que no se haya borbado y dice que el espasmo no se produce cuando la presentación es alta y sí cuando ésta se apoya sobre el segmento inferior. Esta última opinión explicaría la distocia por exceso de encajamiento, de que habla Nubiola, al efectuarse la dilatación sacciforme del segmento inferior. Gosende reforzó las anteriores opiniones, afirmando que el útero sólo se compone de dos capas. a) capa longitudinal externa que va desde el fondo uterino hasta el cervix y que a la altura del istmo forma un grueso anillo muscular, y b) capa circular interna, que corresponde al cuerpo del útero. La tercera capa de otros autores, estaría formada por haces de comunicación entre las dos anteriores y la mucosa.

Basándose en los anteriores conceptos sobre sinergia funcional, Moragues Bernat clasifica las distocias de contracción así:

1º Con sinergia funcional:

Oligosistolia primitiva o inercia primaria, oligosistolia secundaria, polisistolia, tétanos y contractura.

2º Con asinerгия funcional o disquisinesia:

Seudoinercia, polisistolia, tétanos, Síndrome de Schickelé, síndrome de Demelin, distocia de Bandl, contractura y contracciones primarias del cuello.

Es decir, que enumera los clásicos elementos de atonía, hipertonía, tétanos y contracturas, en sus distintas variedades y etiologías.

Por su parte, Botella Llusia clasifica las distocias de contracción uterina basado en los siguientes elementos: a) tono basal o tono póstural, o sea la presión hidrostática a que está sometido el contenido uterino en el reposo entre una contracción y otra; b) intensidad de la contracción o presión intrauterina en el acmé de ella; c) duración de la contracción; d) duración del periodo de reposo; e) elasticidad de la fibra muscular en sus condiciones de elongación y retracción. Y la clasificación es esta:

Hipodinamia—a) aumento de la duración del reposo entre una y otra contracción: bradisistolia; b) debilidad de la contracción hiposistolia y asistolia; c) periodos de reposo normales con contracciones debiles: hipotonía;

Hiperdinamia — a) contracciones muy frecuentes: taquisistolia; b) contracciones muy intensas: hipersistolia; c) contracciones y periodos de reposo normales con tono alto: hipertonía.

Alteraciones en la elasticidad—a) espasmo cervical de Schickelé; b) distocia del anillo de Bandl.

Pero en general, bajo una u otra denominación los cuadros clínicos admitidos por todos los autores son estos: **Inercia secundaria** a un trabajo prolongado, en la que no hay contracciones; **Hipertonía uterina**, que causa el parto rápido y que es corriente en las grandes multiparas; **Tedious labor** o parto prolongado, en que la evolución es completamente normal pero muy lenta; **Contracciones primarias del cue-**

llo, en que a pesar de las contracciones evidentes el cuello no se borra ni se dilata. En este caso las contracciones se deben a excitación cervical, que actúa en forma refleja sobre la innervación del cuerpo, causando un trabajo doloroso y falso; **Contracciones subintraentes** inútiles que son el resultado de estímulos repetidos sobre una fibra muscular que está impedida en su trabajo por distocias de cualquier otro tipo y que se suceden casi continuamente sin dar tiempo al normal periodo de reposo. Si cesa la causa distócica el trabajo se regulariza y el parto progresa, pero en caso contrario vienen el tétanos incompleto, el completo para llegar luego a la inercia secundaria dentro de lo fisiológico, o bien, en terreno patológico, a la contractura y a la ruptura uterina, previa formación de anillos de retracción; **Síndrome de Schickelé**, denominado antes «retracción precoz con contractilidad parcialmente conservada» y que con el síndrome de Demelin y la distocia de Bandl, son variedades de un tétanos incompleto, con anillos de retracción a alturas variables, y que ya habían sido descritos por Baudelocque; **Inercia primaria** que es siempre secundaria a fatiga que por las circunstancias del órgano o de la paciente se ha establecido desde la iniciación misma de la primera contracción. La verdadera inercia primaria sería aquella en que llegado el término del embarazo, no se presentara la menor manifestación de iniciación del trabajo.

En cuanto al tratamiento de estas disquinesias, existe generalmente el concepto de que todas las anomalías hiperquinéticas ceden con los antiespasmódicos. La lisipamina, el atrinal,

los barbitúricos, el sulfato de magnesio y últimamente el betaglicerofosfato de sodio (Edhanol) son muy utilizados en la sedación de las contracciones anormales. En las inercias secundarias la acción obstétrica depende del período del parto en que se presenten, y es el criterio del tocólogo el que decide entre la aplicación de ocitócicos, espera o intervención.

El recurso de la cesárea abdominal en una parturienta con pelvis normal, en caso de distocia exclusivamente blanda, parece excesivo a algunos obstetras. La experiencia demuestra que obstinarse, ante este tipo de distocias, en no recurrir sino a las intervenciones por la vía baja, puede colocar al médico ante situaciones que le impiden la ejecución atípica de ciertas aplicaciones de fórceps, que en no pocas oportunidades terminan en la aplicación del basiotribo. Nunca se repetirá suficientemente que la operación cesárea segmentaria transperitoneal da un pronóstico materno y fetal muy superior al de las intervenciones atípicas por la vía vaginal.

BIBLIOGRAFIA

- 1—**Mera Gonzalez Fernando.** Tesis de grado. «Estudio clínico de las distocias uterinas y su tratamiento». 1947.
- 2—**Acosta S. Hernando.** Conferencias de Obstetricia. 1945.
- 3—**Peralta C. Rafael.** Conferencias de Obstetricia. 1946.
- 4—**Ramírez Merchán Rafael F.** «Conductas obstétricas controvertibles». Tesis de agregación. 1948.
- 5—**Moragés Bernat Jaime.** Clínica Obstétrica. 1943.

- 6—**De Lee Greenhill.** Principles and Practice of Obstetrics. 8th. Ed.
- 7—**R. Keller et A. Ginglinger.** «La Chirurgie en Obstetrique».
- 8—**Nubiola-Zárate.** Tratado de Obstetricia.
- 9—**Greenhill.** Year book of Obstetrics and Gynecology. 1949 50 51.
- 10—**Encyclopedie Medico-Chirurgicale.** Obstetrique.

UN CASO DE PATOLOGIA OBSTETRICA MULTIPLE

Nombre: A. C. Carnet número 01-062.956 afiliada.

Edad: 28 años. Procedencia: Bogotá.

Antecedentes generales: Sin importancia.

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 15 años. Ciclo menstrual: 30 x 3.

Antecedentes obstétricos: Cuatro partos a término con fetos vivos.

Examen general: Bradicardia de 55 puls/min. Edemas bastante acentuados en los miembros inferiores. Lumbalgia. Hipertensión de Mx.: 180; Mn.: 90.

Examen obstétrico: (Diciembre 11 de 1951 a la 1 y 30).

Edad del embarazo: Siete meses. Altura uterina: 26 cms. Presentación OII alta. Auscultación y movimientos fetales positivos. Fecha de la última menstruación: No recuerda.

Diámetros pélvicos: B. E.: 24 cms. B. C.: 27 cms. B. T.: 31 cms. C. E.: 20 cms.

El 11 de diciembre a las 10 y 15 el examen practicado da el siguiente resultado: ruidos cardíacos normales; bradisfigmia de 45/min. Tensión arterial, Mx.: 180; Mn.: 90. Cefalea ligera, lumbalgia, edemas en los miembros inferiores, várices. Ha tenido dolores lumbares y hemorragia genital discreta desde anoche, consecutivos a una caída que sufrió. Al examen obstétrico se encuentra: Altura uterina: 26 cms.; feto en situación longitudinal, presentación O.H. alta, auscultación y movimientos fetales positivos. Tacto vaginal: Cuello reblandecido, largo y cerrado; discreta hemorragia. Diagnóstico: Multigestante de siete meses con feto vivo. Pre-eclampsia. Amenaza de parto prematuro.

Se ordenan examen de orina, azohemia y glicemia y se prescribe el siguiente tratamiento: Edhanol, una ampollita endovenosa diaria. Progesterona de cinco miligramos, una ampollita intramuscular diaria. Solución de glucosa al 33%, una ampollita endovenosa cada ocho horas, lentamente. Sulfato de magnesia al 33%, una ampollita endovenosa cada seis horas. **Dieta declorurada.** Vigilarla y tomar T. A. cada cuatro horas.

El resultado de los exámenes de laboratorio solicitados es el siguiente:

Glicemia: No se hizo.

Azohemia (nitrógeno no proteico) **40 miligramos %.**

Examen parcial de orina. Cantidad: 75 c. c. Color, ámbar. Aspecto ligeramente turbio. Reacción ph 7.0 (neutral). Densidad: 1.016. **Albúmina cualitativa: Si hay. Albúmina cuantitativa: 4.32 gramos por mil.** Glucosa cualitativa. No hay. Bilis: No hay.

Examen microscópico del sedimento: Células epiteliales escasas. Leucocitos: ocasionales. Píocitos: ocasionales. Cristales de fosfatos amorfos (+). Hematíes: muy ocasionales.

El mismo día a las 21 se encuentra: Tensión arterial, Mx.: 190. Mn.: 110. Parto prematuro en evolución; contracciones uterinas cada cinco minutos. T. V. Cuello largo con dos cms. de dilatación, Hemorragia discreta.

Se prescribe: Sulfato de magnesia: una ampollita cada cuatro horas, endovenosa. Sulfato de magnesia sol. sat., una copa cada dos horas.

A las 23 más 30 se encuentra una T. A. de Mx.: 230. Mn.: 110. El mismo grado de dilatación encontrado en el tacto anterior. Se aplica una ampolla de Gardenal.

El día 12, a las 4, se encuentra que la T. A. ha bajado a Mx.: 160. Mn. 110. Se sigue aplicando sulfato de magnesia.

A las 9 más 30: T. A. Mx.: 150; Mn.: 90. El trabajo de parto se ha suspendido aparentemente. Se sigue el tratamiento así: Sulfato de magnesia: una ampollita intravenosa cada cuatro horas. Sulfato de magnesia: una copa cada dos horas. Progesterona de cinco miligramos: una ampollita intramuscular. Edhanol: una ampollita endovenosa. Hacer T. V. a las 12 si se reanuda el trabajo. Vigilar los ruidos fetales. Dieta declorurada.

A las 12 la T. A. es de 140 x 90; continúa suspendido el trabajo y los ruidos son normales.

A las 18 se observa: Desde la aplicación del Gardenal (diciembre 11 de 1951) a las 23 más 30) la paciente entró en profunda somnolencia que no ha desaparecido. Reflejos normales. Res-

piración estertorosa. Corazón normal. T. A.: 130 x 100. Ruidos fetales positivos. T. V.: Cuello largo, blando, orificio externo abierto, el interno cerrado. No hay contracciones uterinas. En vista de la rápida baja de la tensión arterial, especialmente de la máxima, se resuelve suspender la aplicación de sulfato de magnesia. En cuanto a la somnolencia, se piensa en una intoxicación barbitúrica por el Gardenal o en un coma eclámpico, sin convulsiones previas.

El día 13, a las 12 más 30, en vista de que la paciente sigue inconsciente, se hace junta médica con el doctor Fernando Mera González y antes del examen se ven los resultados de laboratorio ya enunciados y uno nuevo, en relación con la orina: Cantidad: 410 c. c. Color: ámbar. Aspecto ligeramente turbio. Reacción ph 5.0 (ácida). Densidad: 1.014. **Albúmina cualitativa:** Si hay. **Albúmina cuantitativa:** 2.01 por mil. Glucosa cualitativa: No hay. Bilis: Si hay (+++). **Examen microscópico del sedimento:** Escasos cilindros granulados y hidalinos. Células epiteliales muy escasas. Píocitos: (+). Cristales de uratos amorfos: (+++). Hematíes escasos. Se encuentra, pues, una apreciable disminución de la cantidad de albúmina, el ph es más o menos normal, pero en cambio se encuentra bilis, lo que indica un proceso tóxico-hepático.

En el momento de empezar el examen con el doctor Mera, se presenta una abundante hemorragia genital. Examinando se encuentra: Estado comatoso, bradisigmia (50/min.), edemas en los miembros inferiores, respiración estertorosa, T. A. 130 x 110. Ruidos fetales positivos. Al T. V. se aprecia el cuello uterino borrado, blando,

con cinco cms. de dilatación y se observa un reborde placentario. Se diagnostica placenta previa central parcial y se traslada inmediatamente la paciente a la sala, para intervenir.

Bajo anestesia general con ciclo-oxígeno, se termina la dilatación del cuello, se hace versión interna y extracción podálica, obteniendo un feto femenino, vivo, de 850 gramos de peso, con una marcada debilidad congénita, que no respira a pesar del tratamiento energético a que es sometido y que muere 10 minutos después. Al cabo de media hora de esperar el alumbramiento espontáneo en vano, se practica extracción manual de la placenta. Examinada ésta, se constatan en su parte superior (la parte no desprendida antes del parto) **signos de desprendimiento prematuro.** Se revisa cuidadosamente la cavidad uterina en busca de restos placentarios, se extraen coágulos y entre éstos se aprecia la presencia de **algunas vesículas molares.** No hay hemorragia del alumbramiento y la paciente sale de la sala estando todavía en estado comatoso. No fue posible hacer el examen anatómo-patológico de las vesículas extraídas, por pérdida de ellas.

Se prescribe glucosa hipertónica endovenosa: una ampollita cada ocho horas. Penicilina: 300.000 unidades. Extracto hepático: una ampollita intramuscular. Acido ascórbico: 500 miligramos endovenosos. Dieta declorurada.

En los días siguientes se continúa prescribiendo la misma medicación, observándose que al segundo día del puerperio, el estado comatoso comienza a desaparecer progresivamente. El día 16 la T. A. es de 100 x 70. Se suspende la medicación hipotensora y se

tea con cinco miligramos de foliculina diarios. El 22 se presentan fenómenos diarreicos que son fácilmente suprimidos con sulfatadina y opiáceos.

Se ordena un nuevo examen de orina que da el siguiente resultado: Cantidad: 150 c. c. Color: ámbar. Aspecto ligeramente turbio. Reacción ph 5.0 (ácida). Densidad: 1.008. **Albumina cualitativa:** No hay. **Glucosa cualitativa:** No hay. **Bilis:** No hay. **Células epiteliales:** escasas. **Piocytes:** muy ocasionales. **Cristales de urates amorfos (+).**

El día 24 la paciente sale de la clínica en muy buenas condiciones generales, después de advertírsele que debe volver al cabo de 15 días para practicarle exámenes de control (reacción cuantitativa de Friedmann), pero no volvió.

En resumen, el diagnóstico post-partum quedó establecido así: **Coma eclámptico. Placenta previa central parcial. Parto prematuro. Desprendimiento parcial prematuro de placenta? Mola parcial.** Resultados maternos: Buenos.

Resultados en el recién nacido: Nace vivo, por versión interna y extracción podálica, y muere 10 minutos después por prematuridad y debilidad congénita.

Sería inútil y carente de originalidad, hacer comentarios a la historia clínica que acaba de transcribirse, con referencias hechas separadamente para cada una de las entidades obstétricas que presentó la paciente. Lo interesante de este caso está precisamente en la curiosa concomitancia de tantas noxas, en tan corto espacio de

tiempo, y en la historia patológica y por esto lo que ha de estudiarse es la relación que pueda haber entre ellas en cuanto a etiología o patogenia por una parte y por otra en lo que se refiere a sintomatología y conductas indicadas.

Lo primero que llama la atención es la evolución atípica de la eclampsia, en el caso que contemplamos. En efecto, todos los autores agrupan los síntomas de la eclampsia en tres períodos perfectamente diferenciados: a) **período prodromico o pre-eclámptico** caracterizado por albuminuria, disminución de la cantidad de orina, marcada hipertensión, brusca o progresiva, edemas, dolor en barra epigástrica de Chaussier, cefalea, vómitos, disnea, trastornos visuales y trastornos psíquicos. b) **Período de crisis convulsivas** que se manifiesta primero por contracciones fibrilares de los músculos de la cara, luego por convulsiones tónicas, después por convulsiones clónicas para terminar en un **episodio de coma.** c) **Período de convalecencia** caracterizado especialmente por una debilidad urinaria y por la desaparición progresiva, en orden inverso al de su aparición, de los síntomas del período prodromico.

El coma caracteriza la última fase del acceso de eclampsia y puede ser poco marcado, constituido por simple obnubilación, o profundo, con mucho sueño, ronquidos acompañados de salivación espumosa y sanguinolenta, abolición de la sensibilidad al dolor (parto indoloro), persistencia de algunos reflejos como el corneano, motricidad conservada pero desordenada. Luego, cuando el coma tiende a su fin, la sensibilidad reaparece, así como los reflejos y renace la conciencia. El coma puede ser breve o prolongado

y este último es de mal pronóstico, porque está casi siempre ligado a una complicación de hemorragia intracraniana.

Es muy rara la eclampsia en que no se presente el coma y casi siempre, como en nuestro caso, el parto se presenta sorpresivamente y la madre expulsa a veces el huevo completo; eventualidad esta facilitada por la pequeñez del feto prematuro, con frecuencia muerto.

En el caso que contemplamos, la evolución clásica de la eclampsia se vió profundamente modificada. En efecto, de los fenómenos prodrómicos pre-eclámpticos la enferma pasó, sin haber presentado ninguna crisis convulsiva, directamente al estado de coma, que se prolongó mucho. Quizá esta circunstancia fue favorable en grado sumo para la madre, cuyo organismo no sufrió los graves efectos de la eclampsia convulsiva, pese a que lo prolongado del coma podía hacer pensar en trastornos cerebrales graves. El feto también se vió favorecido por esa circunstancia hasta el punto de que pudo nacer vivo a pesar de todas las entidades patológicas que se con-fabularon en su contra.

Otro aspecto, quizá el más llamativo de nuestro caso, es el de la concomitancia de la toxemia eclámptica con la mola parcial. La eclampsia se presenta sobre todo en el curso del tercer trimestre de la gravidez, pero cuando se presenta más precozmente tiene un pronóstico particularmente grave. H. Vignés observa que de vez en cuando se ven eclampsias precoces y cita un caso publicado por J. Ravina y Jamin, en que la toxemia fue concomitante también con una mola hidati-

diforme; los autores explican la precocidad de la eclampsia con la citada concomitancia. R. Merger, en la Encyclopedie Medico-Chirurgicale, al hablar de la forma tóxica renal de la mola, anota que lo que domina en ella es la albuminuria, a veces masiva y los edemas cutáneos o viscerales, acompañados de disnea, cefalea y trastornos oculares. Termina negando la existencia de la asociación mola-eclampsia y aduce como razón la diferencia del tiempo de aparición de las dos entidades. Son estas dos referencias las únicas encontradas en toda la bibliografía consultada para este estudio.

En la mola llamada total, la placenta entera está degenerada, y en la parcial, como la de nuestro caso, hay una porción placentaria más o menos grande, que permanece sana. En estas molas discretas las vesículas deben ser cuidadosamente buscadas y hay casos en que la degeneración quística sólo es aparente con el examen microscópico. Por eso pasan fácilmente desapercibidas, con las gravísimas consecuencias del corioepitelioma cuya etiología no se ha sospechado.

Cuando la mola es total, el embrión muere y desaparece, y cuando la degeneración quística es parcial, la cavidad ovular puede persistir y contener un embrión en estado de destrucción más o menos avanzado. A veces la mola llega a ser compatible con el desarrollo de un feto vivo y normal. El doctor Eudoro Castillo Vega, en su monografía titulada «Algunas observaciones sobre el tratamiento de la mola hidatidiforme», dice que la mola embrionaria con feto vivo requiere la conservación cuidadosa del embarazo hasta una época lo más avanzada posible para asegurar la viabilidad fe-

ta, y que una vez alcanzado el séptima mes convendría la interrupción de la gestación con el fin de lograr un niño vivo y desalojar de la matriz las vellosidades quísticas degeneradas. El mismo autor cita el caso del anatomista Beciard, que fue producto de un embarazo gemelar en que la madre expulsó al quinto mes de la gestación una molá hidatidiforme.

Otro tema de comentario suministrado por nuestro caso se refiere a lo que por su aspecto macroscópico nos llevó a hacer el diagnóstico de «Desprendimiento prematuro parcial de la placenta» ya que no se podría, en nuestra paciente, independizar completamente este concepto de aquel de los infartos placentarios de etiología eclámptica. En efecto, debe recordarse, para interpretar las lesiones descritas en las pacientes afectadas de esta entidad, que la placenta no es completamente normal en el parto a término ni aun en las pacientes cuyo embarazo ha transcurrido sin el menor trastorno, porque en ellas se observan siempre lesiones degenerativas correspondientes a un órgano que llega al término de su evolución.

En caso de gestosis la placenta puede tener aspecto normal al examen macroscópico, pero a menudo presenta lesiones que han sido estudiadas por los clásicos y que se pueden determinar en seis clases: a) edema de la caduca y sobre todo de las vellosidades placentarias, que se acompaña de ectasias y a veces de ruptura de los capilares y trombosis; b) infarto blanco, subcorial, ligeramente saliente en la cara fetal, constituido por estratos fibrinoides y serosidad a veces suficientemente abundante para formar quistes subcoriales; c) infartos rojos

situados a nivel de la caduca y constituyendo pequeños hematomas retroplacentarios o localizados en la masa placentaria, consecutivos a trombosis que contienen sangre líquida de color oscuro; d) infartos negrizados, fibrinosos, resistentes, sin trazas de sangre cuando son antiguos o con una zona central formada por hemafes rodeada de estratos fibrinosos y vellosidades en vía de desintegración; e) **hemorragias difusas** localizadas a nivel de la caduca y sus prolongamientos y que pueden constituir un hematoma retroplacentario al que Goodall, en 1935 designó con el nombre de «hepatización roja de la placenta», y f) alteraciones de las vellosidades que afectan el sincitio que se encuentra en proliferación exagerada, con tendencia a formar masas capaces de salir de la vellosidad, ser arrastradas a la circulación materna y realizar la «deportación del sincitio» a la que algunos autores han atribuido importancia patológica en la teoría anafiláctica de la eclampsia. Por otra parte y en lo que se refiere a las lesiones uterinas de la eclampsia, es sabido que el músculo uterino permanece normal en la mayoría de los casos, pero a veces está sembrado de hemorragias más o menos importantes que constituyen la **apoplejía útero-placentaria**.

En su trabajo titulado «Algunas consideraciones sobre el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada», el doctor Ramón Francisco Sánchez dice que 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, incluidos los traumatismos obstétricos, hasta las to-

zenas gravídicas y el síndrome cardio-renal, a más de afecciones uterinas y del huevo. Y sigue el doctor Sánchez estableciendo relación entre las gestosis y el desprendimiento prematuro de la placenta cuando habla del origen local de esta entidad por endometritis y lesiones placentarias y las más importantes, las de linaje tóxico, que han hecho distinguir al desprendimiento prematuro con el nombre de eclampsia hemorrágica. En la mayoría de sus casos, dice el mismo autor, se observaron edemas pero no se presentó en ninguno el episodio eclámpico.

En cuanto a la relación que pueda haber entre la placenta previa y las demás entidades patológicas de que fue víctima la paciente en cuestión, queda presente en el diagnóstico diferencial, por los síntomas hemorrágicos característicos de todos esos estados nosológicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1—**Sánchez Ramón Francisco.** «Algunas consideraciones sobre el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada». Rev. Col. de Obst. y Ginec. N° 4. Junio-julio 1952. Vol. III.
- 2—**Castillo Vega Eudoro.** «Algunas observaciones sobre el tratamiento de la mola hidatidiforme». Rev. Col. de Obst. y Ginec. N° 3. Abril 1951. Vol. II.
- 3—**Pérez Gómez Eugenio.** «Notas sobre placenta previa». Rev. Col. de Obst. y Ginec. N° 1. Enero 1952. Vol. III.
- 4—**Nubiola Zárate.** Tratado de obstetricia.
- 5—**H. Pigeaud et H. Dumont.** «Les nephropathies gravidiques». 1946.
- 6—**H. Vignes.** «Eclampsie et eclampsisme. 1948.
- 7—**Encyclopedie Medico-Chirurgicale.**