

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.**

**DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE
LA PLACENTA**

**REVISION DE LOS CASOS PRESENTADOS
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT**

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

ROBERTO FUENTES HERNANDEZ

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1958

Impreso en: INDUSTRIA GRAFICA HANSA

VIA 1, No. 2-50, ZONA 4. -- GUATEMALA, C. A.

PLAN DE TESIS:

- I.—IMPORTANCIA DEL TEMA E HISTORIA
- II.—CONSIDERACIONES GENERALES
- III.—ETIOLOGIA
- IV.—ANATOMIA PATHOLOGICA
- V.—CUADRO CLINICO
- VI.—DIAGNOSTICO
- VII.—EVOLUCION Y PRONOSTICO
- VIII.—DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- IX.—TRATAMIENTO
- X.—PRESENTACION DE CASOS
- XI.—INCIDENCIA DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO EN NUESTRO MEDIO HOSPITALARIO.
DISCUSION DE LOS CASOS PRESENTADOS.
- XII.—RESUMEN DE LOS CASOS PRESENTADOS EN
LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT,
DURANTE LOS AÑOS 1956-1957 Y PRIMER TRI-
MESTRE DE 1958.
- XIII.—CONCLUSIONES
BIBLIOGRAFIA.

I IMPORTANCIA DEL TEMA E HISTORIA

El desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, es una complicación severa del embarazo caracterizada por hemorragia interna y a veces externa, que generalmente se observa en el último trimestre. Radica la importancia del estudio de esta afección en el hecho de comprometer con frecuencia la vida de la madre y con particularidad determinar en los casos graves la muerte súbita del feto. Incluyendo los casos benignos, los desprendimientos prematuros de placenta distan mucho de ser entidades clínicas raras; sus caracteres particulares, su manera brusca de aparición, sitúan al obstetra en cualquier momento ante una emergencia, que requiere un buen criterio clínico para determinar en el menor tiempo posible, un diagnóstico exacto y la adopción de una conducta adecuada para garantizar, sobre todo: la vida de la madre y de ser posible la del feto.

Hasta 1664 se aceptaba que todas las hemorragias que se presentaban durante la gestación, eran debidas a la separación de la placenta de su sitio, el cual se creía correspondía exclusivamente al segmento uterino superior. Fué primero Moriceau (1967) y luego Boudeloque (1789), quienes llamaron la atención sobre las características de las hemorragias que ocurrían en el final del embarazo, las cuales fueron divididas por ellos en dos tipos: unas visibles y las otras ocultas, correspondiendo las primeras a las determinadas por placenta previa y las segundas, por desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada. Bigby en 1776 admitía la separación de la placenta del útero, pero determinada por una circunstancia accidental, por una violencia sobre el útero, e incluso por un trauma psíquico. Lacquemier en 1846 en sus memorias, relata casos de hemorragias internas y externas debidas a desprendimientos prematuros de zonas placentarias. En 1885 Winter relacionó este cuadro con la uremia, al observar en algunos casos: albuminuria.

I IMPORTANCIA DEL TEMA E HISTORIA

El desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, es una complicación severa del embarazo caracterizada por hemorragia interna y a veces externa, que generalmente se observa en el último trimestre. Radica la importancia del estudio de esta afección en el hecho de comprometer con frecuencia la vida de la madre y con particularidad determinar en los casos graves la muerte súbita del feto. Incluyendo los casos benignos, los desprendimientos prematuros de placenta distan mucho de ser entidades clínicas raras; sus caracteres particulares, su manera brusca de aparición, sitúan al obstetra en cualquier momento ante una emergencia, que requiere un buen criterio clínico para determinar en el menor tiempo posible, un diagnóstico exacto y la adopción de una conducta adecuada para garantizar, sobre todo: la vida de la madre y de ser posible la del feto.

Hasta 1664 se aceptaba que todas las hemorragias que se presentaban durante la gestación, eran debidas a la separación de la placenta de su sitio, el cual se creía correspondía exclusivamente al segmento uterino superior. Fué primero Moriceau (1967) y luego Boudeloque (1789), quienes llamaron la atención sobre las características de las hemorragias que ocurrían en el final del embarazo, las cuales fueron divididas por ellos en dos tipos: unas visibles y las otras ocultas, correspondiendo las primeras a las determinadas por placenta previa y las segundas, por desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada. Rigby en 1776 admitía la separación de la placenta del útero, pero determinada por una circunstancia accidental, por una violencia sobre el útero, e incluso por un trauma psíquico. Jacquemier en 1846 en sus memorias, relata casos de hemorragias internas y externas debidas a desprendimientos prematuros de zonas placentarias. En 1885 Winter relacionó este cuadro con la uremia, al observar en algunos casos: albuminuria.

II CONSIDERACIONES GENERALES

Al hablar de desprendimiento prematuro de placenta se acepta primordialmente su normal inserción en la pared uterina. El cuadro se denomina también Abruptio Placentae (de Abrupcio: vocablo latino que significa separación); despegamiento prematuro de placenta implantada normalmente; Ablación de la placenta; y por su manera brusca de aparición también se le llama hemorragia accidental.

Su aparición puede ocurrir desde las 20 semanas de embarazo en adelante, aunque en la práctica es rara observarla antes de las 31 semanas, es poco frecuente de la 31 a la 35 semanas y sobreviene en la mayor parte de los casos cuando el embarazo se acerca al término.

Cuando más al principio de la gestación acaece esta afección, se asemeja mucho al aborto tanto en lo que a signos y síntomas se refiere, como a su tratamiento.

Los desprendimientos prematuros de placenta se clasifican en dos grupos:

- A) Desprendimientos leves o benignos,
- B) Desprendimientos graves o totales.

Los primeros se observan con más frecuencia durante el parto, particularmente al final del segundo período y los segundos son propios del último trimestre; dan lugar a una hemorragia interna u oculta, combinada frecuentemente con otra externa; producida la primera entre la placenta y la pared uterina y la segunda por el deslizamiento de la sangre entre la pared uterina y las membranas. La hemorragia oculta se presenta casi siempre, cuando el desprendimiento prematuro de la placenta es la consecuencia de una toxemia severa; los síntomas a que da lugar son más violentos y el riesgo de la vida materna es mayor; la muerte del feto es la regla, pues casi siempre el desprendimiento es total.

La hemorragia externa en cambio puede corresponder a un cuadro más benigno, con buen pronóstico para la madre, y cuando el despegamiento placentario corresponde a áreas pequeñas, la vitalidad fetal estará conservada.

Mención especial debe hacerse al enfocar esta entidad clínica a la relación: DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA-AFIBINOGENEMIA, ya que a pesar de las

controversias surgidas se está de acuerdo en que la anfibinogenemia se presenta fundamentalmente en los desprendimientos prematuros y extensos de la placenta, así como en la retención intrauterina por un tiempo largo, de feto muerto. Cobra mayor importancia la relación antes referida por el hecho de ser la toxemia grave (eclampsia o pre-eclampsia) un factor predisponente a la aparición del síndrome hemorrágico afibinogenemia, si recordamos a su vez la estrecha relación que se ha señalado a los cuadros: Toxemia-Desprendimiento Prematuro de la Placenta. Sin embargo debe indicarse que el síndrome hemorrágico afibinogenemia es muy raro, pero habrá de tenerse presente, cuando una vez descartadas todas las causas posibles, el obstetra se encuentre ante una hemorragia uterina incontrolable en el post-parto; si previamente se había diagnosticado un desprendimiento prematuro de placenta, sobre todo si éste sucede en paciente toxémica.

III ETIOLOGIA:

Aun cuando el desprendimiento prematuro de placenta no obedece a una sola causa perfectamente identificada, se sabe que el factor "traumatismo directo sobre el útero", que tanta importancia cobró en años anteriores, apenas si se le encuentra relacionado hoy con pocos casos de franco desprendimiento de placenta; otro tanto puede decirse con respecto a la brevedad absoluta o relativa del cordón que pudiera determinar el cuadro mediante estirones que llegarán a desprender alguna porción del territorio placentario. Se piensa aun menos en el traumatismo como causa de desprendimiento prematuro placentario, cuando el obstetra se encuentra ante pacientes embarazadas o en trabajo de parto, en las cuales no es posible encontrar la menor violencia y antes bien se encuentran en reposo o cumpliendo satisfactoriamente las reglas higiénico dietéticas de la embarazada normal y que bruscamente presentan el cuadro clínico del desprendimiento prematuro de placenta, comprobada ulteriormente al examinar y evidenciar las alteraciones y lesio-

nes placentarias. Con base en el gran número de desprendimientos prematuros de placenta que se presentan claramente relacionadas a las toxemias del embarazo, se aceptan éstas como una de las causas determinantes en la aparición del cuadro. Ya Muns en 1903 y luego Bar en 1905 al aceptar que la eclampsia era producida por una intoxicación, afirmaban que esta misma intoxicación era capaz de producir la ablación de la placenta. Essen y Möller en 1913 llegan a las mismas conclusiones que los autores antes mencionados y más tarde Bar y Kervily manifiestan haber encontrado lesiones hepáticas y renales semejantes, en estas dos afecciones. Es oportuno señalar que cuando el desprendimiento prematuro de la placenta se presenta en el curso de una eclampsia, éste puede efectuarse ya sea durante el período pre-convulsivo o bien en pleno período convulsivo durante la etapa de contracción tónica.

Se ha señalado también como causa de este cuadro, un factor local, mejor dicho un factor placentario, manifestado en los casos donde se presenta por una excavación de la placenta, rellenada por un coágulo negruzco bien organizado cuya formación se atribuye a una destrucción del tejido placentario, por lisis de sus elemenos; cuando ésta lisis de la placenta corresponde a territorios pequeños, el tejido degenerado es substituído por un tejido fibrinoide; los productos de esta lisis si llegan a pasar a la sangre materna se cree, serían neutralizados por el hígado.

Otras causas posibles de ablación de la placenta lo constituye el completo grupo de "fenómenos de la hipersensibilidad"; algunos casos están relacionados a hipertensión crónica; otros más, se creen causados por reducción súbita del volumen del contenido uterino, casi siempre debido a la expulsión brusca de líquido amniótico.

Se sindica a la lúes como responsable de desprendimiento prematuro de placenta, cuando es concomitante con embarazo con malformaciones fetales, (anencefalia etc.) Finalmente hay casos en los cuales no es posible demostrar una causa determinada responsable del cuadro, pudiendo ser éste muy severo o bien benigno, descubierto después de un parto y alumbramiento normales; que tan solo presentaron una discreta sintomatología, sin mayor significación clínica.

IV ANATOMIA PATOLOGICA:

Examen Macroscópico:

Se observa un coágulo sanguíneo de volumen variable, que forma cuerpo con la placenta sobre su cara uterina, fácilmente desprendible, dejando cuando ésto se hace, un lecho, cuya profundidad depende de la importancia del desprendimiento, pudiendo llegar cuando éste es de proporciones mayores a reducir el grosor de la placenta a unos cuantos milímetros.

El peso del coágulo puede oscilar de pocos gramos a 800, 1,000 y aún más. La localización del coágulo sobre el disco placentario puede ser más o menos central, o bien periférico. La observación cuidadosa de la cara uterina de la placenta nos indica que la anatomía patológica local, no se trata tan solo de la interposición de un coágulo entre el útero y la placenta, sino que hay una verdadera destrucción del tejido placentario, substituído por el hematoma que se tiene a la vista.

APOPLEJIA UTERO-PLACENTARIA

Es una variedad especial y grave de desprendimiento prematuro de placenta que fué descrito por Couvelaire. El útero es de una coloración rojo violácea, que indica infiltración hemorrágica, la cual a veces alcanza los ligamentos anchos, ovarios y hasta el peritoneo aparece cubierto de múltiples petequias. El útero con los caracteres antes referidos se denomina: Utero de Couvelaire.

Examen Microscópico:

- (1) Infiltración sanguínea y adematosa entre las fibras musculares, sobre todo de las capas media y externas.
- (2) Fibras musculares en franco proceso de degeneración grasa.
- (3) Endoarteritis y trombosis iniciada con acumulación de leucocitos bajo la túnica íntima de las arteriolas espirales, la cual posteriormente es invadida por fibroblastos, sobreviniendo la obliteración del vaso. Al estar comprometida así la nutrición del endometrio y el riego de la placenta, hay necrosis de la caduca por detrás de la misma, desencadenándose la hemorragia y el desprendimiento parcial o total del órgano.

V CUADRO CLINICO:

La severidad de los síntomas y signos está en relación con el grado de desprendimiento, del cual dependerá la intensidad de la hemorragia y el shock consecutivo.

Clásicamente se considera el cuadro clínico siguiente:

- (1) Dolor: es el síntoma inicial, de aparición brusca extendido a toda la superficie abdominal, con más intensidad al útero y más raramente localizado a la zona del desprendimiento, extendiéndose con frecuencia hacia la región lumbar. Es de carácter desgarrante al principio, luego es sordo, interrumpido por cólicos. El dolor inicial es producido por una contracción uterina intensa, como respuesta a la lesión que sufre el útero a nivel del desprendimiento y persiste mientras la alteración placentaria esté presente. El dolor se exacerba con los movimientos o mediante las maniobras exploratorias. No es un síntoma invariable ya que puede ser leve o puede faltar del todo. Generalmente cuando hay hemorragia externa el dolor es poco intenso.
- (2) Hemorragia: a veces precede al dolor, puede no ser evidente y permanecer oculta; implantándose brúscamente: shock por hemorragia interna. Una hemorragia leve retroplacentaria puede hacer que el útero entre en trabajo de parto ocasionando la expulsión rápida del feto. La hemorragia externa no indica nada sobre las proporciones del desprendimiento. La hemorragia es oculta cuando la sangre retroplacentaria es localizada al centro por bordes placentarios bien adheridos, o bien porque las membranas permanezcan insertadas a la pared uterina, aunque el desprendimiento sea total. Igual cosa se observa cuando la sangre perfora las membranas e irrumpe en la cavidad amniótica o también la cabeza fetal esté tan unida al segmento uterino que no permita la salida de sangre al exterior.
- (3) Shock: La hemorragia intensa, la distensión uterina y la absorción de toxinas procedentes de los tejidos lesionados determinan: anemia aguda y shock. El cuadro que se presenta generalmente consiste en: ansiedad, opresión precordial, disnea, vértigos. Puede haber alteraciones de la conciencia consistentes en pérdida de la misma o bien simplemente inquietud y agitación.

Cuando la hemorragia persiste hay palidez marcada, pulso filiforme y tensión arterial baja, aunque en el momento del accidente suele haber hipertensión.

- (4) Examen del abdomen, *Inspección*: a veces el útero tiene una altura que no corresponde a la edad del embarazo, observándose un aumento de tamaño en cuestión de horas si la hemorragia es grave; no se ven movimientos fetales. *Palpación*: es muy dolorosa. Se palpa marcada alteración de la consistencia uterina que puede ser simplemente un aumento de su tensión o bien adquirir una franca consistencia leñosa sostenida, tan firme que no permite delimitar partes fetales; el útero no se contrae ni se relaja alternativamente, sin embargo a veces pueden descubrirse esbozos de contracción. *Auscultación*: La misma contracción uterina sostenida, no permite oír el foco cuando éste aún está presente. Cuando el desprendimiento es parcial y de pocas proporciones, a la auscultación pueden encontrarse variaciones inequívocas de sufrimiento fetal, que requerirán conductas tendientes a evitar el óvito, el cual generalmente se consuma cuando progresá el desprendimiento. Si el desprendimiento es total desde el principio, invariablemente el feto muere, clínicamente esto se manifiesta cuando se inicia el cuadro con movilidad exagerada, (que la paciente refiere), seguida de la cesación brusca de estos movimientos.
- (5) Tacto vaginal o rectal: En el desprendimiento prematuro de la placenta el parto tiende a desencadenarse, al tacto lo más frecuente es encontrar un cuello en vías de dilatación, la cual se verifica en corto tiempo, otras veces el cuello está inactivo, o bien presenta una rigidez que da la sensación de que no permite el paso del feto, en estos casos el parto no progresa o lo hace lentamente, la sinergia funcional está perdida, pues la contracción cervical extemporánea se opone a la contracción corporal.
- (6) Otros síntomas: es frecuente que la paciente refiere náuseas y vómitos que son la expresión de un cuadro toxémico asociado.
- (7) Además los síntomas de la preclampsia o eclampsia si la hubiera.

VI DIAGNOSTICO:

Cuando se presenta este cuadro en el último trimestre del embarazo, con toda su sintomatología el diagnóstico no ofrece dificultades: el dolor característico, de inicio brusco, exacerbado, con los movimientos y con la palpación, la hemorragia vaginal o bien los síntomas de hemorragia interna, la consistencia del útero, su rápido aumento de tamaño, los signos de sufrimiento o de óvito fetal; y desde luego si al efectuar un tacto vaginal no se encuentran signos de placenta previa, y por el contrario si se descubren mediante el interrogatorio, el examen físico y los exámenes de laboratorio datos evidentes de una toxemia.

Los casos benignos, tan solo se sospechan y a veces ni eso, el embarazo prosigue su curso y llega a feliz término, siendo hasta que se tiene a la vista la placenta, al comprobar la organización de un coágulo retroplacentario, viejo, en vías de fibrosis y circunscrito a una área pequeña, que se hace o se confirma el diagnóstico.

Durante el parto se pensará en un desprendimiento prematuro de placenta, cuando en un momento dado aparezca hemorragia súbita, constante, con signos de sufrimiento fetal, después de descartada la placenta previa y la ruptura uterina.

VII EVOLUCION Y PRONOSTICO:

Si el desprendimiento afecta una zona placentaria reducida, la vitalidad fetal se conserva; como ya se indicó más arriba el diagnóstico de los casos leves a veces se sospecha, otras se considera como una amenaza de parto prematuro. En los desprendimientos prematuros más severos, que tienen un hematoma que cubre una área placentaria más extensa y que pueden o no estar ligados a síntomas toxémicos de cierta importancia clínica, lo más frecuente es que se desencadenen las contracciones uterinas y el trabajo de parto consiguiente.

La evaluación, cuidadosa del estado general de la enferma, la intensidad y caracteres de los síntomas serán quie-

nes den la pauta para clasificar el caso que se presenta como benigno o como grave, se observará convenientemente a la paciente indicando a la vez las medidas oportunas tendientes a evitar la agravación; encaminándose al mismo tiempo a resolverlo favorablemente en el menor tiempo posible.

El pronóstico dependerá también del cuadro toxémico agregado, y a la morbilidad de este cuadro en si se agregará la que determine la intensidad de la hemorragia y del shock; serán signos de mal pronóstico una taquicardia progresiva, el decenso de la tensión arterial, la agravación severa de los signos de la gestosis, así como la oliguria y la anuria. El pronóstico para el feto es malo, no así en los casos benignos, en los que pueden sobrevivir, siendo en estos casos para la madre, en general, un pronóstico bueno.

Las pacientes toxémicas son particularmente susceptibles al shock. Se piensa que en un desprendimiento prematuro de placenta, la ruptura brusca de las membranas cuando hay contracciones uterinas, aumenta la hemorragia intrauterina.

Las estadísticas de mortalidad materna y fetal varían con los autores, así mientras De Lee y Winter dicen que la mortalidad materna para los casos graves es de un 50%, otros autores apenas dan un 5 a 6%. Algunos datos de mortalidad fetal son de: 60-70 y 95%. Se hablará de desprendimientos benignos cuando haya ausencia de gestosis, de hemorragia y de shock.

Con útero conservado, después de resolver favorablemente un caso de desprendimiento prematuro de placenta, el porvenir obstétrico de la madre es excelente, puede concebir nuevamente y los embarazos posteriores ser normales, los partos espontáneos y los fetos alcanzar su natural desarrollo.

VIII DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Deberá hacerse sobre todo con Placenta previa y luego con ruptura uterina y con el hidramios agudo. Y más raramente con la torsión de un quiste del ovario.

<i>Desprendimiento Prematuro de Placenta</i>	<i>Placenta Previa</i>
1) Hemorragia dolorosa	1) Hemorragia indolora
2) Inicio súbito	2) Inicio insidioso
3) La hemorragia primero es interna y luego puede ser externa	3) La hemorragia siempre es externa
4) Intensa desde el principio	4) Leve al principio
5) Solo hay una hemorragia	5) Son varias hemorragias
6) Está en relación con toxemias o con traumatismo	6) Sin relación con causa alguna
7) Los movimientos fetales se suspenden	7) Los movimientos fetales no se alteran
8) Los síntomas generales sin relación con la hemorragia externa.	8) Los síntomas generales si están en relación directa a la hemorragia
9) Persiste la hemorragia después de la amniorexis	9) Los Cesa con la amniorexis, salvo la central total
10) Abdomen doloroso	10) Abdomen indoloro
11) Utero tenso o de consistencia leñosa	11) Utero Normal
12) Palpación Abdominal dolorosa	12) Palpación indolora
13) Latidos fetales no audibles	13) Latidos fetales audibles
14) Por la contractura uterina no se palpan partes fetales.	14) Si se palpan partes fetales.

<i>Desprendimiento Prematuro de Placenta</i>	<i>Hidramnios Agudo</i>
1) Se presenta en el último trimestre	1) Puede presentarse desde el primer trimestre.
2) Aumento rápido del volumen uterino (en horas)	2) Es más lento
3) El aumento no pasa de cierto límite	3) Puede llegar al doble o triple el volumen uterino, sobre el tamaño que le corresponde
4) Dolor Abdominal definido	4) Hay algias diversas
5) Al tacto: hay trabajo de parto iniciado	5) Utero inactivo, cuello cerrado
6) Latidos fetales ausentes	6) Latidos fetales apagados
7) No se palpan partes fetales.	7) Líquido a tensión, hay peloteo.

<i>Desprendimiento Prematuro de Placenta</i>	<i>Torsión de un Quiste del Ovario</i>
1) Se presenta en el último trimestre	1) Puede hacerlo en cualquier época
2) Hay hemorragia	2) No hay hemorragia
3) Dolor generalizado al abdomen	3) Dolor localizado a la tumoreación quística
4) Hay trabajo de Parto.	4) No hay trabajo de Parto.

IX TRATAMIENTO:

Para verificar un tratamiento adecuado se cumplirá primordialmente con la hospitalización de la paciente, para luego efectuar las medidas terapéuticas que se resumen en el siguiente cuadro.

- 1) Combatir la anemia
- 2) Combatir el shock
- 3) Cohibir la hemorragia
- 4) Vaciar el útero
- 5) Tratar prontamente el cuadro toxémico si lo hubiera.

Desde el ingreso mismo de la paciente al hospital se le harán los exámenes de laboratorio indispensables para la evaluación correcta del caso (albúmina en orina, agrupación sanguínea, hematocrito, Rh, cardiolipina etc.), y se le someterá a un chequeo periódico del pulso, tensión arterial, vi-

<i>Desprendimiento Prematuro de Placenta</i>	<i>Ruptura Uterina</i>
1) Se presenta durante la gestación con más frecuencia	1) Generalmente durante el parto
2) El útero contiene el feto, pero éste no se palpa con facilidad	2) El útero está vacío, retraído, a un lado está el feto, fácilmente palpable.
3) Hay contracciones Uterinas	3) No hay contracciones Uterinas.

gilancia de la hemorragia, y del estado general, para actuar lo mejor posible, ante cualquier nueva alteración que comprometa aún más, la ya precaria salud materna.

Será valiosa la ayuda de la sedación con Demerol en la terapéutica preventiva del shock y decisiva la disponibilidad de transfusiones de sangre en el momento que se requiera y en la cantidad que se considere necesario, o cuando menos deberá contarse con adecuada cantidad de plasma o substitutos del mismo, a efecto de levantar prontamente el estado general de la madre.

La ejecución de procedimientos obstétricos destinados a vaciar el útero, dependerán de varios factores, entre ellos de la actividad uterina y de la gravedad del cuadro. La contractura uterina, la rigidez del cuello que no permite su dilatación, la ausencia de trabajo de parto, estado general de la madre grave, toxemia severa y hemorragia intensa determinarán la urgencia de intervenir quirúrgicamente en atención a la madre ya que lo que más pronto suele ocurrir es la muerte del feto. Con la cesárea, se tiene la oportunidad de revisar convenientemente los caracteres del útero y de sus anexos y cuando la retracción, no se cumpliera a satisfacción o bien que su vitalidad estuviera comprometida llegar a ejecutar la histerectomía como recurso final para solucionar un caso determinado.

Si ya hubiera dilatación de 1 o 2 cm. se indicará la ruptura de la bolsa y la aplicación de una pinza de Willet, que al igual que en la placenta previa, es eficaz; con el agregado si se cree conveniente, de los métodos médicos aceleradores del parto, para cumplir pronto la evacuación uterina. Se hará la sedación profunda del útero, cuando la sinregia funcional estuviera perdida a fin de recuperarla.

Si hay dilatación completa o completable, en las presentaciones cefálicas encajadas se hará aplicación de forceps y en las podálicas extracción pelviana. La versión por maniobras internas no se aconseja por peligro de una rotura uterina.

El alumbramiento suele ser espontáneo al sorprender la contracción uterina a la placenta ya desprendida en mayor o menor grado.

Los ocitócicos (Methergin-Pitocin etc.), consiguen des-

pués del alumbramiento la buena retracción y contracción uterina, coadyuvados con un adecuado masaje.

El post parto deberá ser estrictamente vigilado por 4 o 5 horas, por el riesgo de que se presente una hemorragia, que de no controlarse a tiempo puede ser de consecuencias fatales para la madre.

X.—PRESENTACION DE CASOS

XI INCIDENCIA DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN NUESTRO MEDIO HOSPITALARIO

Discusión de los casos presentados:

Habiendo revisado las papeletas de 15,914 partos efectuados en la maternidad del Hospital Roosevelt y que corresponde a los años 1956-1957 y primer trimestre de 1958, encontré un total de 30 casos bien diferenciados de desprendimiento prematuro de placenta, entre benignos y graves, que da para nuestro medio hospitalario una incidencia de caso por cada 530 partos atendidos.

De los 30 casos presentados: 20 fueron de carácter benigno, los 10 restantes se catalogaron como severos. La hemipsia no tuvo relación alguna con los casos benignos, ni con los severos, 6 de los cuales se presentaron en pacientes toxémicas. El "trauma físico" fué factor determinante en 2 casos, uno de los cuales fué grave. Tan solo un se registró en paciente primigesta, habiendo ésta tenido la edad menor registrada de todos los casos vistos, las restantes eran pacientes multiparas, dos de las cuales sobrepasaban de los 40 años y desarrollaron cuadros graves, presentándose en una de ellas toda la gama sintomática descripta en el cuadro clínico, y la anatomía macroscópica fué clara, que se resolvió finalmente con histerectomía total, la indicación surgida en 3 pacientes que fueron cesáreas. El dolor constituyó el síntoma dominante: 26 pacientes lo rifieron, 13 bajo la forma de "intensos dolores de parto" y 13 como dolor "abdominal intenso" y de aparición brusca. La hemorragia externa se presentó en 18 pa-

cientes, en una sola ésta fué indolora; habiéndos establecido shock en 4 de ellas.

En la historia clínica de ingreso, las náuseas y vómitos fueron poco frecuentes y nada más una, refirió convulsiones. Tres pacientes manifestaron movimientos fetales exagerados que luego habían cesado. Tanto la lúes como la brevedad, absoluta o relativa del cordón no tuvieron ninguna relación con nuestros casos.

Consumado el alumbramiento se encontraron zonas de desprendimiento de distinta extensión; en 4 el desprendimiento fué total, los coágulos retroplacentarios tuvieron diferentes proporciones; siendo las más grandes uno que pesó 460 gramos y otro que alcanzó los 1,400. Afortunadamente no hubo ningún caso de deceso de la madre, en cambio la mortalidad fetal fué elevada habiéndose registrado 17 óvitos fetales, lográndose 13 niños vivos.

De los 10 casos catalogados como graves, 4 se resolvieron espontáneamente y 6 mediante maniobras obtétricas e intervenciones quirúrgicas, efectuadas atendiendo exclusivamente indicaciones maternas; en una sola ocasión a indicaciones maternas y fetales. Uteros de Couvelaire fueron diagnósticos dos, uno de ellos requirió histerectomía.

Todos los casos evolucionaron favorablemente, observándose la mejoría desde el momento en que se conseguía la evacuación uterina y ninguna paciente tuvo hemorragias después de ésta, como para haber pensado en la afibrinogenemias, que los autores relacionan con los desprendimientos prematuros de placenta. Tanto en los casos benignos como en los graves después de efectuados los partos o las operaciones, el denominador común fué el restablecimiento completo de las pacientes.

XII RESUMEN DE LOS CASOS PRESENTADOS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE LOS AÑOS 1956-1957 Y PRIMER TRIMESTRE DE 1958:

Número de partos atendidos..... 15,914.

Desprendimientos prematuros de placenta comprobados 30, los cuales dan un porcentaje de 0.2% o sea un caso cada 530 partos.

De los 30 casos necontrados:

66.6% eran benignos; (20 casos).

33.3% eran severos; (10 casos).

3.3% se presentaron en primigesta (1 caso).

96.7% se presentaron en múltiparas (29 casos).

Edades Maternas encontradas:

Menor: 17 años.

Mayor: 42 años.

Promedio total: 27 años.

Edades de embarazo encontradas:

Menor: 22 semanas.

Mayor: 41 semanas.

Promedio total: 35 semanas.

20% de las pacientes eran pre-eclampcas, (6 casos).

6.6% sufrieron trauma físico, (2 casos).

Frecuencia de los síntomas:

87.7% refirieron dolor, (26 casos).

60% presentaron hemorragia, (18 casos).

13.3% presentaron shock, (4 casos).

10% presentaron náuseas y vómitos, (3 casos).

10% refirieron ausencia de mov. fetales, (3 casos)

3.3% refirieron convulsiones, (1 caso).

Mortalidad Materna: 0%.

Mortalidad Fetal 56.6%, (17 casos).

Fetos que alcanzaron la madurez 10.1%, (4 casos).

Los 20 casos benignos se resolvieron espontáneamente.

Los 10 casos graves fueron resueltos así:

4 eutocicos: 13.3%.

6 distocicos: 20%.

3 operaciones cesáreas (una con histerectomía).

1 aplicación de forceps.

1 gran extracción pelviana.

1 versión de Braxton Hicks.

Las operaciones y maniobras obtétricas efectuadas se hicieron atendiendo en 5 casos indicaciones exclusivamente

maternas ya que había óvito fetal, y en una sola atendiendo indicaciones maternas y fetales, logrando un niño vivo en malas condiciones.

Uteros de Couvelier se reportaron 2 casos (6.6%) en uno se impuso la histerectomía total (3.3%).

XIII CONCLUSIONES:

Del estudio efectuado sobre los casos de desprendimiento prematuro de la placenta, que se presentaron en el Hospital Roosevelt, se desprenden las siguientes conclusiones:

- 1o.—La incidencia en nuestro medio hospitalario fué de 0.2% o sea 1 caso cada 530 partos.
- 2o.—Generalmente se presentan en multiparas.
- 3o.—Cuando aparecen en primigestas, son de carácter benigno.
- 4o.—Los casos revisados fueron: o benignos o graves: no hubo casos de mediana intensidad.
- 5o.—Los casos benignos representaron las dos terceras partes del total, de desprendimientos prematuros registrados.
- 6o.—Ningún caso benigno tuvo relación alguna con toxemia.
- 7o.—Los recién nacidos tanto vivos como muertos, fueron en su mayoría prematuros.
- 8o.—La mortalidad Fetal fué de 56.6%.
- 9o.—La clasificación de los casos en benignos y graves se hizo atendiendo exclusivamente a las alteraciones que sobre el estado general de la madre, ocasionaron los desprendimientos prematuros de placenta.
- 10o.—En los casos graves fueron factores determinantes la pre-eclampsia y el trauma físico.
- 11o.—La lúes y la brevedad absoluta o relativa del cordón no tuvieron ninguna significación etiológica.
- 12o.—En los casos graves, después de evacuado el útero, la recuperación de las pacientes fué total.
- 13o.—Dos de los casos graves se presentaron en grandes multiparas.
- 14o.—La mortalidad materna fué de 0%.
- 15o.—Sin la hospitalización la mortalidad materna habría sido elevada.

16o.—No hubo un solo caso de hemorragia durante el puerperio, por lo que se puede concluir en la ausencia de la afibrinogenemia, relacionada con el desprendimiento prematuro de placenta, en nuestro medio hospitalario.

17o.—La gran mayoría de los casos revisados, no tuvieron control pre-natal, y tomando en cuenta que la pre-eclampsia fué causa etiológica importante en un 20% de los casos, los cuales revistieron carácter de gravedad, se debe insistir lo suficiente en su diagnóstico precoz en las clínicas pre-natales, a manera de establecer cuanto antes su tratamiento, previniendo así parte de los accidentes que motivaron este estudio, los cuales no deberán considerarse como raros si se toma en cuenta que se presentaron una vez cada 530 partos, recordando que en la maternidad del Hospital Roosevelt, pasa de 600 el número de partos que se atienden por mes.

Br. ROBERTO FUENTES H.

Vo. Bo.

Imprímase

Dr. RODOLFO PINZON. Dr. ERNESTO ALARCON B.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) *De Lee*: Principios y práctica de la Obstetricia, 2^a edición 1955.
- 2) *Jaime Moragues Bernat*: Clínica Obstétrica, 7^a edición 1957.
- 3) *S. Dexeus*: Font Tratado de Obstetricia, 1^a edición 1949.
- 4) *Nubiola Zárae*: Tratado de Obstetricia.
- 5) *Nicholson, J. Eastman*: Obstetricia de Williams, 2^a edición en español, 1953.
- 6) *Dr. Carlos René Dardón*: Los últimos avances en Obstetricia. Revista del colegio Médico de Guatemala N° 2 Vol. VII, Junio de 1956.
- 7) *Dr. Richard W. Vilter*: Anemias del embarazo. Revista del Colegio Médico de Guatemala, N° 2, Vol. VII, Junio de 1956.
- 8) *Hamilton Bailey*: Cirugía de urgencia, 5^a edición 1943.
- 9) Archivos del departamento de maternidad del Hospital Roosevelt años 1956-1957 y primer trimestre de 1958.
- 10) *Dr. René Dardón Díaz*: Sufrimiento fetal. Revista del Colegio Médico de Guatemala, N° 3, Vol. VI, Septiembre de 1955.