

De la Práctica Hospitalaria

HEMORRAGIAS POR ALTERACIONES EN LA INSERCIÓN PLACENTARIA

Por el Dr. Juan Montoya Alvarez,
Director del Hospital "Leonardo Martínez V".

Dejando a un lado las anomalías de implantación baja (Placenta Previa), la Placenta puede insertarse más o menos profundamente en las paredes del Utero: Placenta adherente, Placenta acreta, y Placenta increta.

En la Placenta adherente, lo que existe es una mayor solidez en la fijación del tejido placentario, en cambio en la Placenta acreta e increta, las vellosidades coriales penetran o invaden el tejido muscular del útero, produciendo a veces un adelgazamiento marcado de las paredes de *este* órgano, no existiendo zona de desprendimiento ni plano de separación ni clivaje para que el alumbramiento artificial pueda verificarse.

En la etiología de las placentas profundamente insertadas entran también en juego las causas favorecedoras de la atonía uterina. Las mucosas uterinas atróficas sufren una evolución gravídica deficiente, y el huevo, falto de sus materiales nutricios, dirigirá sus vellosidades hacia las profundidades de la pared uterina en busca de regiones más ricas, en vasos y linfa. El defecto puede ser por atrofia primitiva (Hipoplasia). La presencia de nódulos fibromatosos intramurales infecciones post-partum o post-abortum o traumatismos anteriores. Cicatrices consecutivas a operaciones uterinas. Fuertes Legrados instrumentales que demuelen la mucosa con sus fondos de saco glandulares que imposibilitan su regeneración, etc.

Por parte de la placenta hay que señalar ciertas alteraciones como posibles factores etiológicos. Las placentas marginada o circunvalada que son una variedad del infarto blanco originan con mucha frecuencia adherencias anormales, a causa de su inserción en los cuerpos uterinos. Las placentas voluminosas, las de gran extensión, y poco espesor que tapizan una gran parte de la superficie uterina (placenta membranácea), así como las anomalías morfológicas del anexo (placenta anularis, sonaría, fenestrada, succenturiata) y las inserciones heterotópicas (placenta previa, inserción en los ángulos uterinos, en el tabique de separación de un útero tabicado, inserción cervical), favorecerán la penetración excesiva de las vellosidades coriales en la pared uterina.

Las manifestaciones clínicas propias de la placenta adherente, de la placenta acreta y de la placenta increta, consisten en una manifiesta dificultad o imposibilidad para la expulsión o extracción de la placenta. Como consecuencia de la atonía parcial y de la

hemostasis insuficiente en las zonas de despegamiento placentario, se producirá una hemorragia más o menos grave que en nada se diferenciará de la hemorragia de la atenia uterina. Y no será solamente al intentar el alumbramiento artificial que se pondrán de manifiesto las razones íntimas de la retención placentaria; alumbramiento que será engorroso en la placenta adherente e imposible en las variedades acreta e increta.

En varias ocasiones puede no existir hemorragia y en estos casos la única manifestación de este estado morboso será la prolongación del período del alumbramiento. La placenta adherente, como toda placenta retenida, es pronto presa de un proceso infeccioso sin embargo se han señalado casos de placentas retenidas asépticamente durante muchos meses. al cabo de los cuales han sido expulsadas sin causar trastorno alguno; pero hay que hacer observar que en estas enfermas se ha tratado de retención de membranas por abortos ovulares.

Si una vez terminado el parto, y a pesar de existir buenas contracciones uterinas, la placenta persiste largo tiempo sin desprenderse de su base, podemos decir que existe una placenta adherente cuya causa radica, como ya hemos dicho, en una fuerte unión de las vellocidades del corion con la decidua; esta adherencia se manifiesta de modo extraordinario cuando la capa esponjosa (basal) se encuentra pobremente desarrollada, fijándose por ello la placenta sobre la capa muscular en la que existe una fuerte invasión de células coriales, tomando en este caso el nombre de placenta acreta, todavía son peores las condiciones para el desprendimiento cuando la basal falta por completo y cuando es penetrada en su totalidad la capa muscular (variedad increta),

El curso clínico del período de alumbramiento de estas anomalías de inserción placentarias será, como es natural, distinto según el grado de las perturbaciones; cuando la placenta se desprenda en algún punto, tiene que producirse una hemorragia por los vasos uteroplacentarios abiertos cuya luz sólo puede cerrarse por la contracción de la musculatura del cuerpo uterino que los rodea. Si una vez expulsada la placenta queda un trozo de la misma retenido y adherido a la pared uterina, mientras la musculatura vecina se contrae fuertemente, no hay contracción en la zona donde se haya insertado el resto placentario. Los vasos abiertos alrededor del trozo de placenta retenida sangran entonces vivamente, tanto más cuanto mayor es la extensión del desprendimiento placentario y mucho más aún cuando, habiéndose desprendido totalmente la placenta, no puede expulsarse del útero por las razones anteriormente expuestas.

Si se trata del desprendimiento de una placenta acreta o más aún de la variedad increta, las dificultades son más manifiestas. en el tosco trabajo de desprendimiento que hay que realizar con las puntas de los dedos, no se puede en todos los casos verificar la separación en el plano preciso entre la placenta y la pared uterina, ya que en algunos lugares hay que realizar una verdadera excava-

ción, lo cual es de un gran peligro para la evolución, posterior de la enferma.

La placenta acreta e increta es una eventualidad rara de inserción anormal de la placenta, no se registran en la literatura médica más allá de 120 casos; nosotros hemos tenido la suerte de poder observar un caso verdadero de placenta increta y unos 2 o 3 casos de placenta adherente. El caso de placenta increta de que hablo aparece en nuestros archivos del Hospital "Leonardo Martínez V", bajo el N^o 2100 y de su ficha extractamos los siguientes datos: Josefa Sevilla de 22 años de edad, soltera, de ocupación oficios domésticos, nacida en Reitoca, Departamento de Francisco Morazán, y procedente de Choloma, ingresó a este Hospital el 4 de abril de 1952.

El día de su ingreso se le tomaron los siguientes datos: altura 5 pies, peso 130 libras, temperatura 36^o, presión arterial 100/50, pulso 72.

La historia familiar es la siguiente: padre muerto ignorando la causa, madre muerta de enfermedad del hígado; tiene dos hermanos sanos.

Antecedentes personales: no hay Lúes, no hay Gonorrea, no hay Malaria, no hay enfermedades Renales, no hay enfermedades pélvicas, no hay enfermedades pulmonares.

Antecedentes Genitales: Menarquia a los 16 años tipo 28/3 indolora.

Embarazos anteriores 4, partos normales a término 2, abortos 2; estos embarazos evolucionaron sin vómitos, sin edemas, ni hemorragias y los puerperios fueron normales.

Embarazo actual ■ última regla el 23 de julio de 1951, percibió los primeros movimientos fetales a los 4 meses, no hubo vómitos, ni cefaleas, ni hemorragias, la visión fue normal; tuvo calambres musculares en las piernas y ligeros edemas.

EXAMEN GENERAL

CORAZÓN: murmullo sistólico de la punta normal,
murmulo diastólico de la punta normal,
murmulo sistólico de la base normal,
murmulo diastólico de la base normal.

PULMONES: normales.

MAMAS: turgentes, grandes, hay calostro.

EXAMEN ESPECIAL

Externa: Biesp: 24 cm., bicrestal 28 cm.,
bitrocanteriano 32 cm.
Pelvimetria: Interna: conjugado diagonal 12 cm., conju-
gado verdadero 11 Mí cm.
Clasificación de la Pelvis: normal.

Fondo uterino: 32 cm. de la sínfisis;
 Contracciones uterinas: negativas; Examen externo:
 Movimientos fetales: positivos; Foco fetal: positivo;
 Presentación de nalgas completa.

la Vagina: Vulva: entreabierta, húmeda;
 Perineo: mediano desgarro,
 Examen de Hay mediano cistocele y rectocele;
 Cuello: intacto;
 Membranas ovulares: intactas.

FECHA PRESUNTA DEL PARTO: 29 de abril de 1952.

Durante su estancia en el Hospital se le hicieron los siguientes exámenes) de Laboratorio:

REACCIÓN DE KAHN: negativa.

QUÍMICO Y MICROSCÓPICO DE ORINA: Normal.

HEMOGRAMA: Hemoglobina 65%.— Glóbulos Rojos 3.760.000.—
 Glóbulos blancos 7.200.— Valor globular 0 87-P.
 Neutrófilos 69%-P. Eosinófilos 3%-P. Basófilos
 0%-Linfocitos 24%-Monocitos 4%.— Siendo sometida a una terapéutica anti-anémica a base de hierro, hígado y vitaminas.

El día 16 de abril a las 2 a. m. entró la enferma en labor, encontrándose a las 7 horas después los siguientes datos: presentación de nalgas completa, posición S. I. D.; foco positivo; cuello empezándose a borrar, membranas rotas, no había hemorragia. El trabajo del parto hasta este momento había sido normal, las contracciones eran poco dolorosas y se sucedían, con intervalos de 5 minutos, teniendo una duración de 30 segundos, pero a pesar de esto el cuello no se borró completamente, y no alcanzó más que una dilatación de 5 cm.; se estuvo observando la marcha del parto durante tres horas más; notándose el apareamiento de una inercia secundaria, y entonces la labor se estacionó el cuello no alcanzó más dilatación.

En estas condiciones se le aconsejó un método de inducción para estimular la fibra muscular, que consistió en la administración de Pitocin por venoclisis en Suero Glucosado al ritmo de 40 gotas por minuto, previa administración de 100 mg. de Demerol por vía intramuscular, notándose la reaparición pocos minutos después de las contracciones; una vez regularizada la marcha del parto se interrumpió la inducción y se esperó el parto espontáneo; durante seis horas más se observó la enferma sin que el parto progresara y, como se notaren signos marcados de sufrimiento fetal se resolvió intervenir para lo cual el médico que estaba de guardia y a cuyos cuidados estaba la enferma, trasladó la paciente

a Sala de Operaciones, y verificó una dilatación manual del cuello, y a continuación procedió a la extracción del niño. Los primeros tiempos los ejecutó sin ninguna dificultad; pero el tiempo final de extracción de la cabeza fue muy difícil, resultando imposible la maniobra de Mauriceau, motivo por el cual tuvo que hacer un fórceps sobre la cabeza última. Durante el tiempo que duraron estas maniobras el niño murió por síncope respiratorio. En vista de que la enferma presentaba fuerte hemorragia el médico de turno tratante del caso decidió hacer un alumbramiento artificial de la placenta, notando al intentarlo que no podía encontrar plano de clivaje entre las membranas y la pared uterina; en cambio las maniobras ejecutadas con tal fin, dieron por resultado el aumento de la hemorragia y la inversión de la matriz, y con ella a la vista pudo notar que se trataba, de una anomalía de inserción placentaria en su variedad increta, y mientras solicitaba mi colaboración taponó con gaza la cavidad uterina, después de haber corregido la inversión.

En estas condiciones me hago cargo de la enferma la que para entonces estaba completamente chocada, con marcados síntomas de hemorragia interna: palidez, disnea, pulso filiforme e hipotensión; con una presión máxima de 70/30 y sangrando todavía por la vagina; el examen de la matriz nos demuestra que este órgano está contracturado pero a nivel del fondo se nota una marcada depresión que nos está indicando que todavía existe cierto grado de inversión. Intento de alumbramiento artificial con el triple objeto de comprobar el diagnóstico, de reducir la inversión y de taponar enérgicamente la cavidad uterina para disminuir la hemorragia por mientras se preparaba el instrumental necesario para ejecutar la operación indicada en estos casos, tal es, la Histerectomía subtotal.

Todos los cirujanos que han pasado por estos graves casos saben perfectamente cuál es el estado de ánimo en que se encuentran ante estos cuadros, y saben igualmente que no son, sino, las resoluciones rápidas a base de la terapéutica indicada la que puede ayudar a salvar estas enfermas cuya mortalidad es muy elevada aún en los casos en que se eche mano de todos los auxiliares necesarios (transfusiones de sangre y plasma, sueros, oxígeno, etc.) En el caso presente el tiempo que medió entre la llegada del cirujano y el acto operatorio fue únicamente el necesario para que la Instrumentista que estaba ayudando al cirujano anterior preparara, el nuevo instrumental. La operación fue verificada en, un tiempo record de 15 minutos y consistió en la extirpación supracervical de la matriz; desde que se incindieron los tejidos superficiales se notó que estaban pálidos y exangües, pero aún y a pesar de todo la enferma salió del acto operatorio todavía con, vida. Durante dicho acto la presión se conservó igual 60/30 y a pesar de la fuerte cantidad de suero inyectado por venoclisis no se pudo sostener a un nivel más elevado. Por mientras se verificaba el

acto operatorio se estaba haciendo la extracción de sangre para ser inyectada lo más pronto posible. A pesar de la oportuna indicación operatoria la enferma falleció 15 minutos después de haber cerrado el abdomen.

COMENTARIOS

- 1^o) La Placenta Increta es una anomalía rara de inserción viciosa de la placenta, la mayoría de los autores no registran más de 118 casos en la literatura médica y el Profesor S. Dexeus Font nos relata dos casos que fallecieron en la mesa de operaciones del Hospital de la Maternidad Provisional de Barcelona.
- 2^o) En el caso presentado en este trabajo la gravedad se acentuó primero porque la labor de trabajo de la enferma fue muy larga, y segundo, porque la indicación obstétrica de extracción fetal fue muy laboriosa; estas dos condiciones contribuyeron mucho al shock y al estado anémico en que encontré a la enferma.
- 3^o) Creo que el médico tratante abusó en sus maniobras de desprendimiento placentario, pues después de histerectomizada la enferma y al examinar el útero encontré zonas de excavación en la pared uterina a expensas de la capa muscular debidas al intento de despegamiento placentario con los pulpejos de los dedos que en este caso estaba contraindicado por resultar infructuosas.
- 4^o) Considero que la terapéutica en casos de alteraciones de la inserción placentaria debe ser cuidadosa y consistir en primer término en observar el desprendimiento y si después de dos o tres horas de retención en caso de que no haya hemorragia no se ha producido el desprendimiento, se puede intentar éste por la maniobra de Credé, por el método de Majón-Gabastau o del alumbramiento hidráulico, que consiste en la inyección a través del cordón umbilical de 500 c. c. de Suero Fisiológico tibio a la que se le puede agregar algún ocitócito como el Pitocin, el Methergin o el Neo-Ginergeno. Sólo en caso de fracasar coja estos métodos podremos intentar el alumbramiento manual el que será posible en la placenta adherente pero nunca en las variedades acreta e increta en las que la única indicación es la histerectomía supracervical sea vaginal o abdominal de acuerdo con las preferencias y habilidad del cirujano.
- 5^o) Todo intento de desprendimiento en el acretismo verdadero está contraindicado, puesto que estando la masa placentaria fusionada al músculo uterino, los dedos se pierden vanamente en un frustrado intento de desprendimiento; o bien su acción es demasiado superficial y quedarán restos cotiledonarios adheridos a la pared, o será un verdadero arrancamiento de

la zona placentaria a expensas de la capa muscular de la pared del útero con la que forma cuerpo; el resultado inmediato será siempre el mismo: sangramiento. La histerectomía pronta es la única medida eficaz; a pesar de todos los esfuerzos la regla en estos casos es que la enferma sucumba prontamente.

San Pedro Sula. 9 de mayo de 1952.

Decálogo del Cirujano

(De Revista de Medicina do Río Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.)

I.— El Silencio dignifica la intervención, y es gran ofrenda a quien su vida entrega al cirujano.

II.— Opere no en función del tiempo, sino de la seguridad, fruto de la conciencia.

III.— Tanta inseguridad puede haber en una operación veloz, como en una excesivamente lenta. Apresure sus actos, cuando tenga fundamento para ello.

IV.— El atrevimiento responsable y la prudencia oportuna, amplían los linderos del éxito.

V.— Igual o menor valor se necesita para indicar una **inter-**fusión urgente, que para aplazarla.

VI.— "La Cirugía está hoy a la altura del paciente; coloque al enfermo a la altura de la Cirugía", preparándolo y anestesiándolo bien.

VII.— El post-operatorio debe ser tan cuidadoso, que ojalá supere al acto y a los preparativos dispensados.

VIII.—« Así como el internista nunca es cirujano, éste siempre debe ser internista. Existe además, gran diferencia entre el cirujano, quien conoce el alcance de su acto a través de la ciencia y el "operador", simple realizador de la mecánica quirúrgica.

IX.— La Cirugía no empieza con la intervención y termina con "la mejoría". Se pierde y confunde en la historia clínica y sólo es justipreciarse cuando "habla" el histopatólogo y lo interpreta la estadística.

X.— Asepsia, precisión, suavidad y destreza, son los fundamentos del acto quirúrgico.

Alfonso Bonilla-Naar