

Hemorragias de origen placentario antes de la expulsión del feto

Cuando la *inserción de la placenta es normal*, las hemorragias dependientes de roturas de los vasos úteroplacentarios son sumamente raras. Si la placenta está implantada en la parte alta de las paredes anterior ó posterior del útero, durante la contracción se hace muy saliente hacia la cavidad ovular; pero no se desprende de su sitio de implantación, á menos de que no intervengan graves violencias mecánicas ó alteraciones patológicas de tejido que lo hayan hecho sumamente frágil. Se comprende fácilmente que un golpe ó una caída sobre el abdomen, los esfuerzos violentos, las sacudidas de los músculos de las paredes abdominales bajo la influencia de los vómitos ó de la tos, ó la tracción ejercida por un cordón excesivamente corto, pueden dislacerar el tejido placentario y provocar el desprendimiento. También puede suceder que las bujías introducidas por el médico para provocar el parto prematuro lleguen hasta la placenta y abran el seno lateral, desprendiendo directamente el tejido placentario de su punto de inserción. Las alteraciones morbosas del tejido de la serotina que pueden predisponer al desprendimiento de la placenta son debidas á la metritis crónica y á los procesos nefríticos, luéticos y quizá también á los gonorreicos. Pueden obrar en el mismo sentido las enfermedades infecciosas agudas y los neoplasmas del útero (fibromas). Aquí debe pensarse, ante todo, en una fragilidad exagerada de las paredes vasculares, cuyas consecuencias se manifiestan ya durante el embarazo, á los primeros dolores ó en el momento de la rotura de las membranas. El derrame sanguíneo puede determinar el desprendimiento total ó parcial de la placenta de su sitio de implantación.

Algunas veces no sale al exterior una sola gota de sangre, sino que ésta se acumula enteramente entre la placenta y la pared uterina (fig. 481). Si el derrame retroplacentario es abundante, la mujer acusa una sensación de tensión y plenitud á nivel del fondo del útero, y la mano colocada en este punto percibe una tumefacción blanda y elástica. Tales *hemorragias internas* pueden provocar los síntomas de la anemia ó hasta determinar la muerte de la mujer. En otros casos, la sangre se abre paso entre las membranas del huevo y la pared uterina, saliendo por el cuello y la vagina hacia el exterior (fig. 482); entonces el diagnóstico es mucho más fácil que en la hemorragia interna, la cual puede sospecharse tan sólo por la brusca aparición de los síntomas de la anemia aguda, á los que se agregan, en ocasiones, la tensión y el adolorimiento en el punto de inserción de la placenta.

En el desprendimiento prematuro de la placenta, cuya inserción es normal, el pronóstico para el feto es gravísimo. Casi todos los niños sucumben ya asfixiados por la cesación de la circulación placentaria, mucho antes de que se presenten síntomas por parte de la madre. Pero la vida de ésta se encuentra también en grave peligro cuando el desprendimiento es muy extenso. Para cohibir definitivamente estas graves hemorragias no contamos más que con un medio, que es la *evacuación*

del útero. Si las partes blandas del cuello están suficientemente dilatadas, se terminará rápidamente el parto por la versión y la extracción. Cuando el cuello se mantiene todavía estrecho, se estimulará la actividad contráctil del útero con fuertes dosis de ergotina y se hará la punción de las membranas á fin de que, mediante la

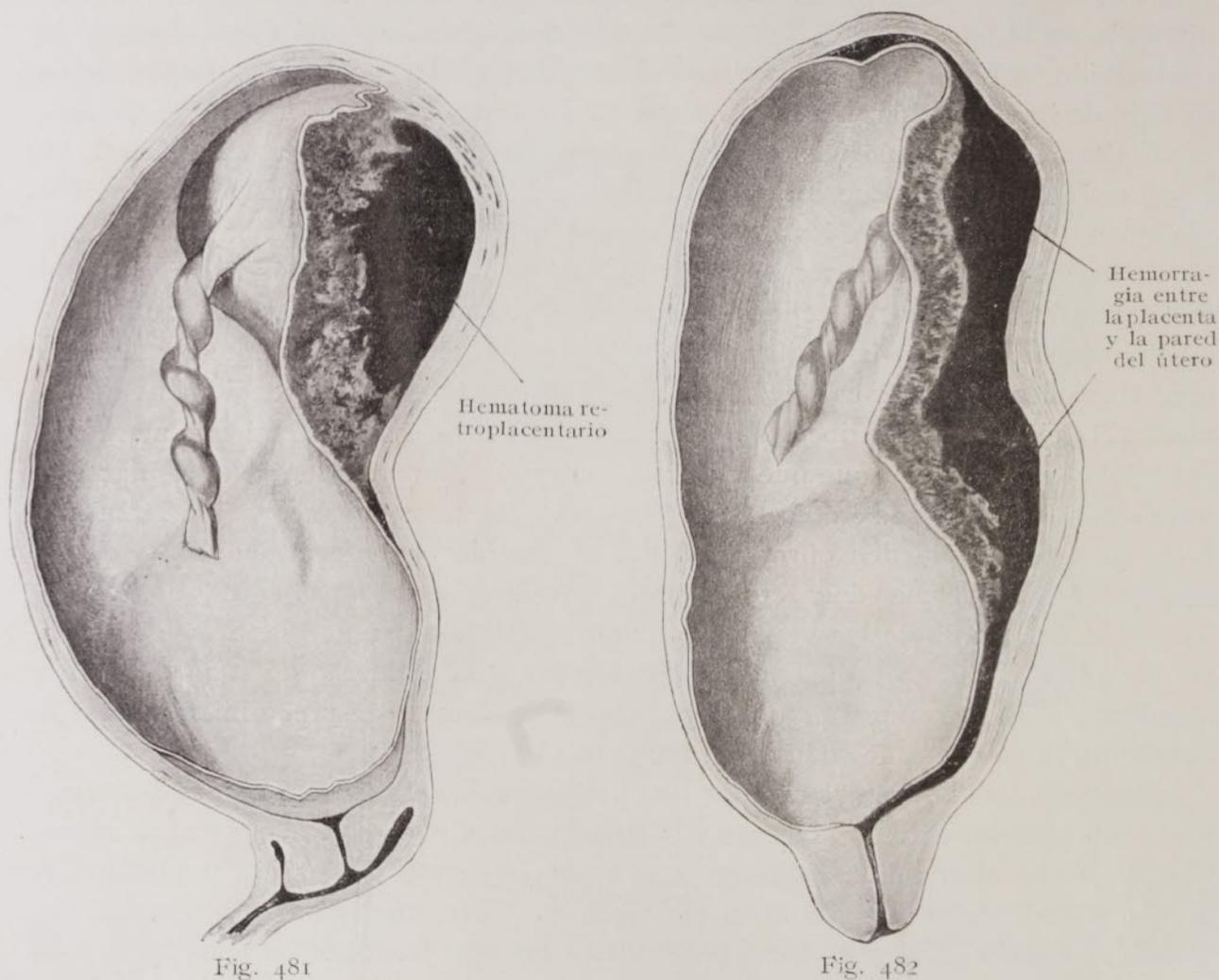


Fig. 481

Fig. 482

Fig. 481. Desprendimiento precoz de la placenta inserta normalmente en la nefritis. Muerte por eclampsia

Sección mediana según WINTER

Fig. 482. Desprendimiento prematuro de la placenta inserta normalmente á consecuencia de tracciones sobre un cordón excesivamente corto

En este caso la sangre ha desprendido también las membranas hasta el orificio interno y ha encontrado salida hacia el exterior. Muerte de la mujer por hemorragia. De PINARD y VARNIER. *Etudes d'anatomie obstetricale*

evacuación de las aguas amnióticas, las paredes uterinas puedan retraerse sobre sí mismas. Por la dilatación artificial del cuello se puede conseguir entonces en breve tiempo que éste adquiera un diámetro tal que permita la introducción de dos dedos en el útero y sea practicable la versión seguida de extracción rápida. Si exis-

ten síntomas muy alarmantes y todos estos medios fracasan, se obtendrá la evacuación del útero necesaria para la cesación de la hemorragia mediante la operación cesárea vaginal.

Si el desprendimiento y la hemorragia consiguiente son una rareza cuando la inserción de la placenta es normal, constituyen, por el contrario, la regla *cuando*



Fig. 483

Inserción baja de la placenta

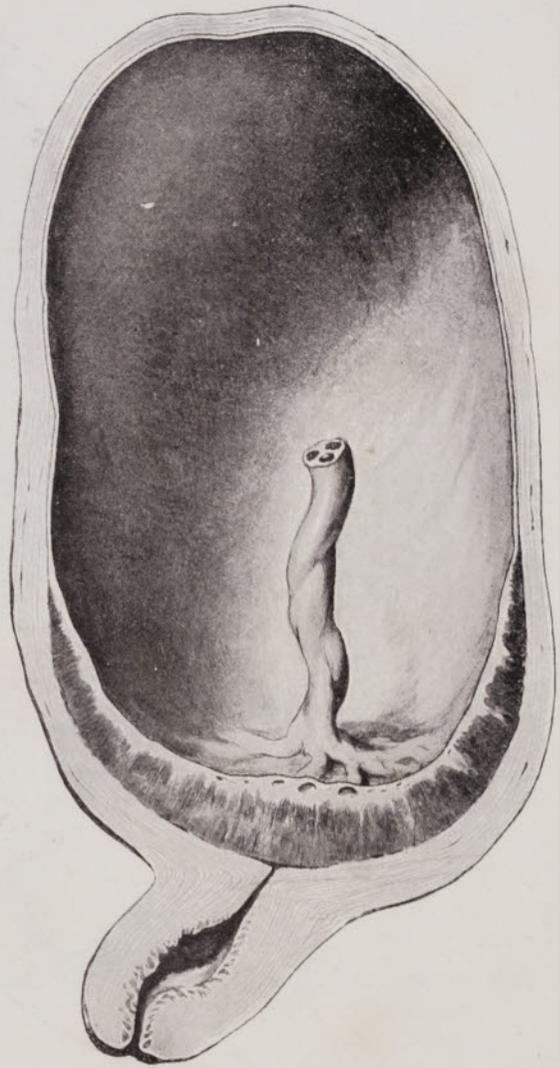


Fig. 484

Placenta previa total ó central

esta última se ha desarrollado en las zonas más bajas del útero. Puede suceder en este caso que el tejido placentario llegue hasta la proximidad del orificio interno del cuello uterino ó toque el contorno del mismo (fig. 483), constituyendo la llamada *inserción baja de la placenta ó placenta marginal*, ó bien que recubra el orificio mismo, manteniéndose delante de la presentación: *placenta previa*. Si, como se ve en la figura 484, el centro de la placenta corresponde precisamente al orificio interno, se ha-

bla de *placenta previa, central ó total*; si, por el contrario, es sólo un lóbulo de la misma el que invade el orificio, como en la figura 485, se dirá que hay *placenta previa parcial*. Una placenta que en su principio sea solamente baja, puede llegar á hacerse previa, si en el curso del período dilatante el cuello llega á dejar al descubierto una parte de la misma que queda libre en el orificio uterino. Para estos casos se adopta la denominación de *placenta previa lateral ó marginal*.

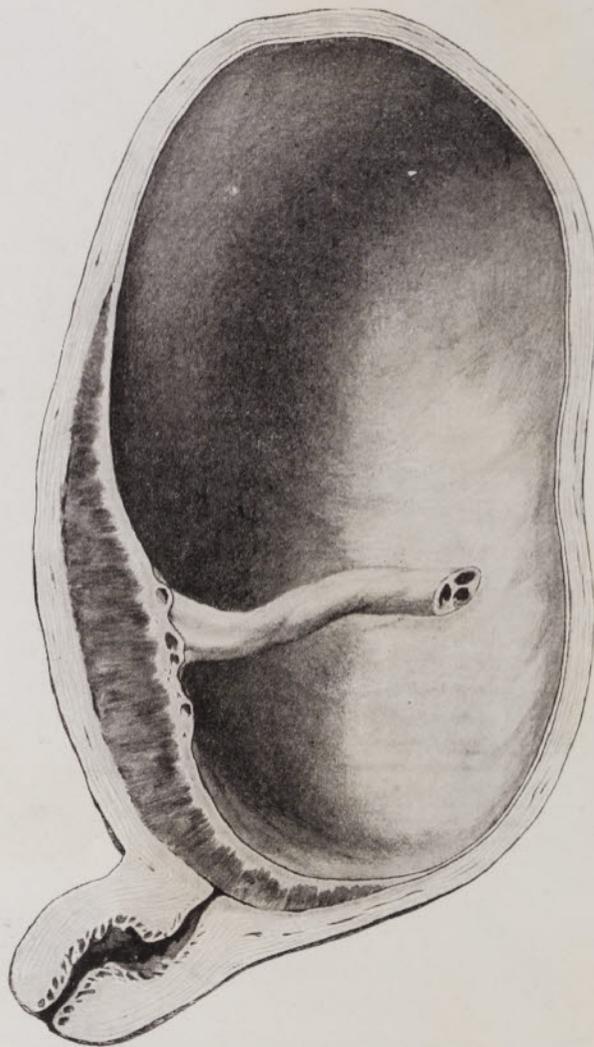


Fig. 485

Placenta previa parcial

Para que se constituya la placenta previa, es necesario que el huevo se fije en las zonas bajas de la cavidad uterina. No se sabe hasta ahora con seguridad cuáles sean las causas de esta fijación anormal. Se puede pensar que la implantación normal esté impedida por alteraciones morbosas del endometrio, como, por ejemplo, una capa de moco demasiado espesa ó una alteración inflamatoria. Hace creer en esta influencia el hecho de que la endometritis y la subinvolución del útero conse-

cutiva á gestaciones muy próximas ó á abortos repetidos con frecuencia, determinan cierta predisposición á la placenta previa y que las múltiparas padecen esta afección con mucha mayor frecuencia que las primíparas. Pero sería también posible que, en virtud de contracciones uterinas excesivamente enérgicas, el huevo descendiese hasta las partes bajas de la cavidad, ó que el descenso hasta el orificio interno se verificase fácilmente, por faltarle al huevo su viscosidad ordinaria ó la fuerza corrosiva de su ectodermo, cualidades que, en el estado normal, le permiten adherirse á la pared uterina, en las inmediaciones del orificio tubario (*Rutsch-Ei* de C. RUGE).

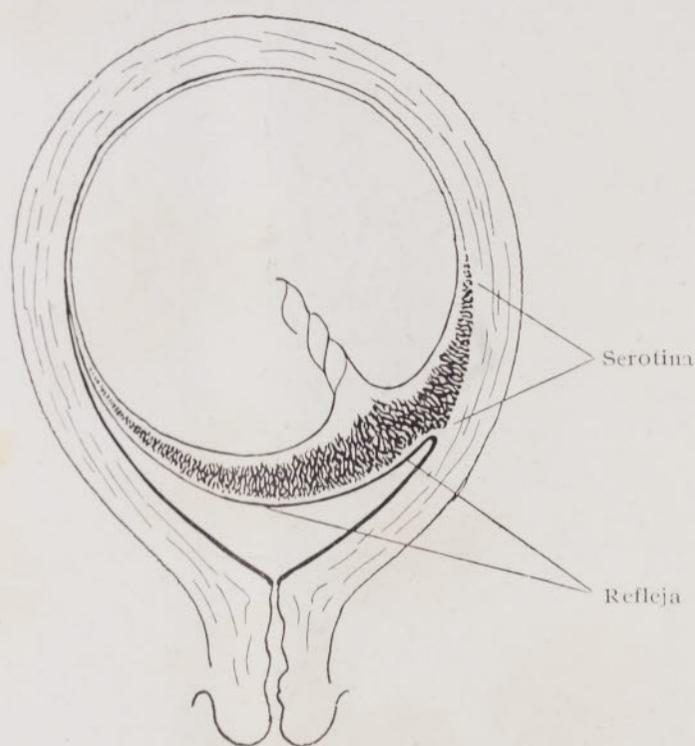


Fig. 486

Formación de la placenta previa, según HOFMEIER, *Verh. d. deutschen Ges. f. Gyn.*, VII

Una parte del tejido de las vellosidades se desarrolla correspondiendo á la refleja; con el desarrollo ulterior del huevo, la refleja placenta se pone en contacto con la pared uterina y recubre el orificio interno

También carecemos de observaciones directas respecto de los finísimos procesos anatómicos que se desarrollan en la génesis de la placenta previa, por lo que no contamos más que con hipótesis. Se ha tratado de explicar el hecho, muy difícil de comprender, de que en la placenta previa central, el primer esbozo placentario se fije en el orificio interno, el cual representa una abertura ó laguna en el revestimiento mucoso de la cavidad uterina ó, como en la placenta previa parcial, un lóbulo de la misma se extiende en su crecimiento sobre el orificio. HOFMEIER y KALTENBACH quieren separar esta dificultad, á lo menos para una parte de los casos, explicando la génesis de la placenta previa merced á la formación de una «refleja

placenta. La fig. 486 demuestra este mecanismo de formación: el huevo se ha fijado á la pared lateral del útero, en donde se desarrolla el tejido placentario, que viene á proliferar en el campo de la refleja. Si se piensa en el crecimiento ulterior del huevo, se comprende que éste ha de concluir por llenar todo el espacio que se encuentra por encima del orificio interno; la porción de refleja placenta viene á ponerse en con-

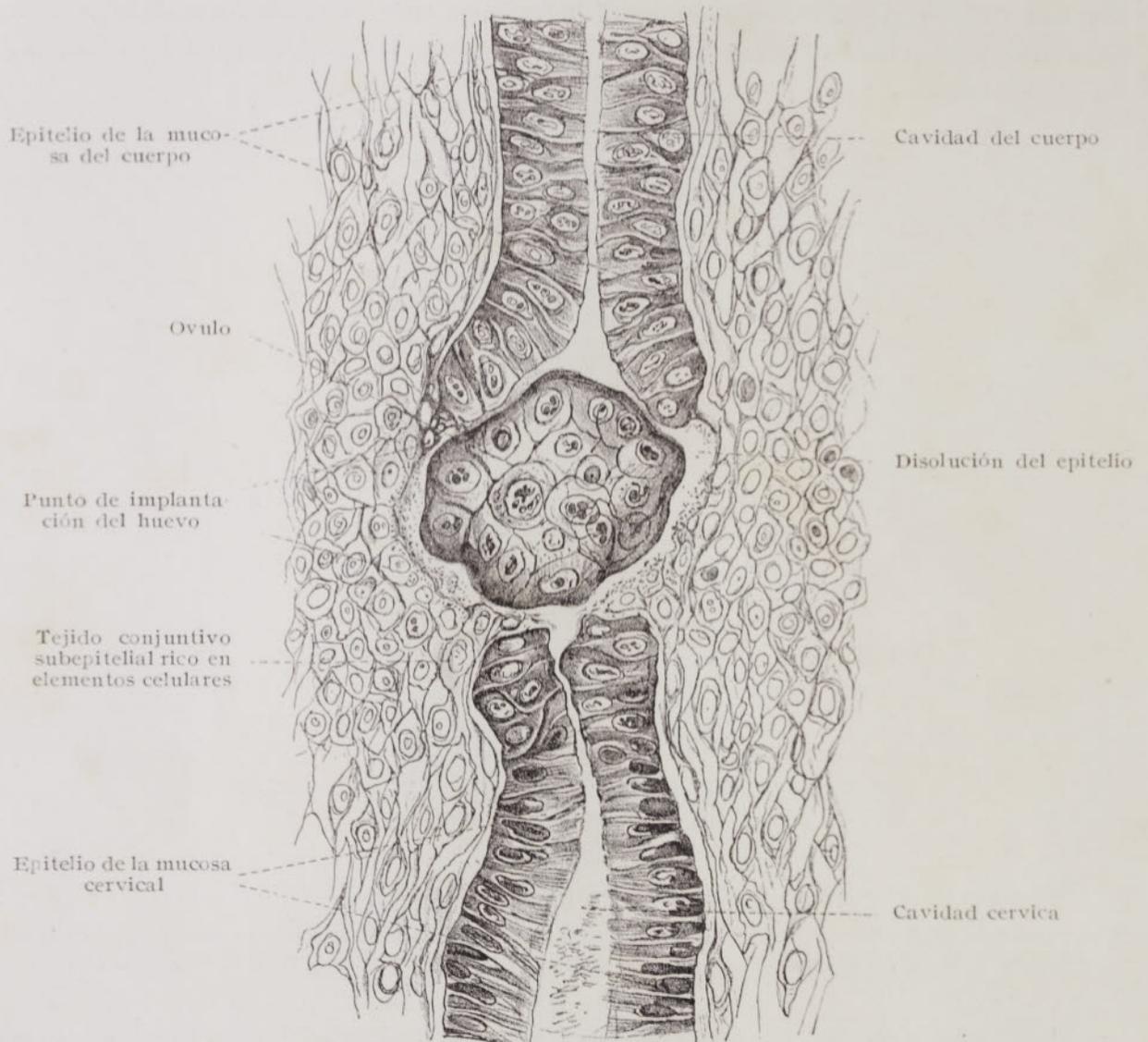


Fig. 487

Representación esquemática de la implantación de un huevo en el orificio interno

tacto con el orificio mismo, y en el momento del parto, la placenta resultará previa. AHLFELD ha observado, con razón, que mediante este proceso se explica, todo lo más, la formación de una placenta previa «*spuria*». El lóbulo de tales reflejas vendría tan sólo á sobreponerse y á adherirse al tejido con que se pondría en contacto; pero nunca se fusionaría con el mismo mediante vasos útero-placentarios, y por

eso, en el momento del parto, se podría separar sin provocar hemorragias de importancia.

Evidentemente no existe ninguna dificultad en admitir una implantación del huevo sobre el orificio interno ó muy cerca del mismo. Lo que nosotros denominamos orificio interno no es, en realidad, ningún agujero, sino que, mientras que no es dilatado por algún cuerpo extraño, constituye un espacio capilar ocupado por una finísima capa de secreción, sobre la cual puede muy bien quedar detenido el pequeño óvulo, anormalmente descendido. La fig. 487 representa, en sección, las relaciones naturales con el orificio interno, de un óvulo en vía de segmentación

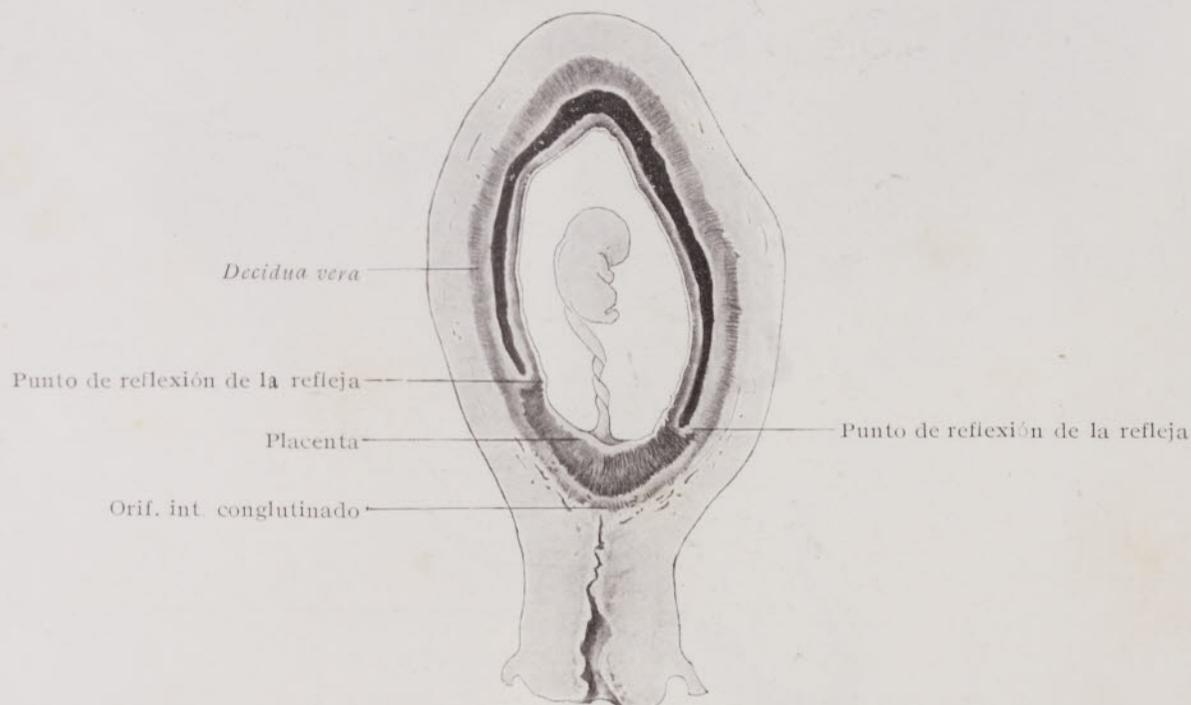


Fig. 485

Período avanzado de formación de la placenta previa. (Representación esquemática)

y con un aumento proporcional. El huevecillo fecundante ejerce sobre el punto de la mucosa con que se pone en contacto un notable estímulo formativo plástico que determina muy pronto la disolución del epitelio superficial y una abundante infiltración celular del tejido conjuntivo subyacente. Los contornos del orificio capilar tumefactos y desprovistos de epitelio se adhieren entre sí, y el desarrollo ulterior de la placenta sobre el orificio interno ocluido de este modo prosigue como en cualquiera otro punto del útero. Por otra parte, esto es lo mismo que sucede, de un modo absolutamente normal, en el orificio uterino de las trompas, en donde existe también una laguna de la mucosa que viene á ser ocluida por la placenta cuando realiza su crecimiento.

Un período formativo ulterior de la placenta previa está representado en sección en la fig. 488.

Los primeros *síntomas* de la inserción baja ó previa de la placenta se presentan cuando, al iniciarse las contracciones uterinas, el orificio interno empieza á ensancharse. En este momento cambian las relaciones existentes entre la pared uterina y el polo inferior del huevo ó, respectivamente, la placenta; los lazos vasculares

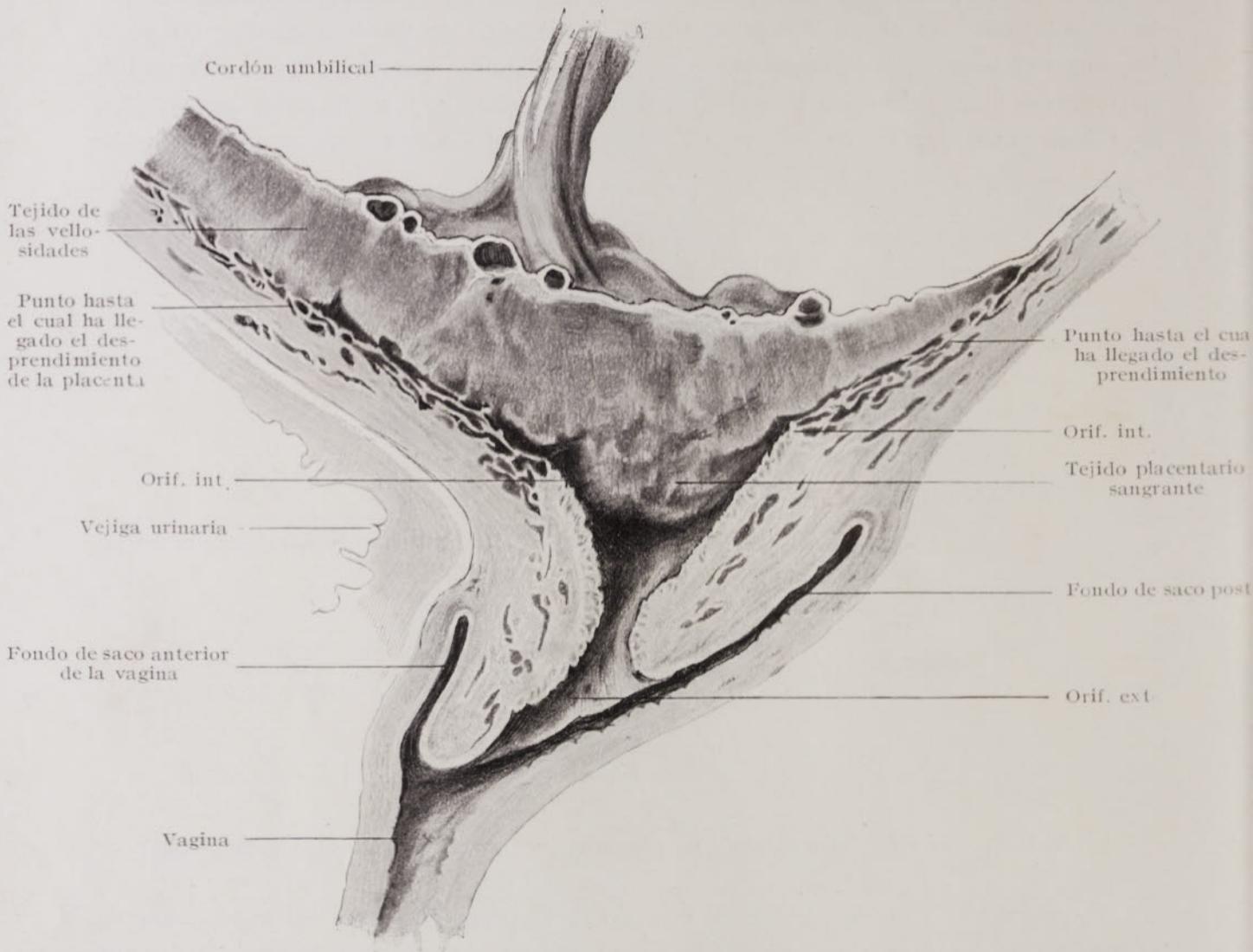


Fig. 489

Origen de la hemorragia en la placenta previa

A consecuencia del desarrollo del cuello, el centro de la placenta es desprendido de su superficie de implantación; los numerosos vasos útero-placentarios dislacerados y el tejido placentario puesto al descubierto constituyen el origen de la hemorragia

que unen la pared uterina y la placenta se rompen y empieza á salir sangre. La hemorragia constituye desde entonces el único síntoma y el único peligro. No raras veces bastan ya las ligerísimas contracciones preparantes, que ni siquiera son percibidas por la mujer, para provocar un desprendimiento más ó menos extenso de la placenta. De este modo se explica que ya en el curso de los últimos meses del em-

barazo, sin que intervenga ninguna causa demostrable, y hasta durante el sueño ó el reposo en cama puede verse aparecer una hemorragia que se cohibe espontáneamente y puede repetirse después de un tiempo más ó menos largo, en el momento del parto ó provocando la interrupción prematura del embarazo.

En las primeras fases del período dilatante, cuando en el polo inferior del huevo es separado del útero, en un extenso perímetro, por las contracciones enérgicas, la hemorragia alcanza su mayor intensidad. Pero en esto no faltan excepciones y, de otra parte, no existe una relación bien determinada entre las dimensiones del lóbulo placentario previo y la intensidad de la pérdida sanguínea. La hemorragia puede ser intensa con un lóbulo previo muy pequeño, y en cambio puede ser mode-

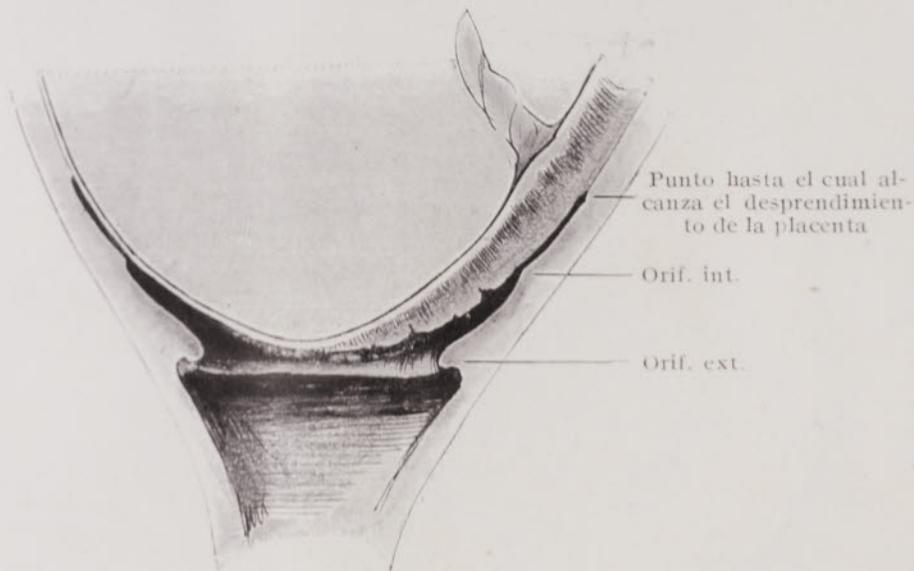


Fig. 490

Membranas íntegras

Por el hecho de la dilatación, la placenta es extensamente desprendida y puesta al descubierto

rada á pesar de una inserción totalmente previa. Ya la primera hemorragia puede ser mortal; pero es posible que cese y no se repita durante el parto. La causa de estas irregularidades consiste en las diversas condiciones de retracción de la musculatura uterina y en las particularidades eventuales de la rotura de los vasos útero-placentarios. Si se rompe la vena marginal de la placenta ó un gran seno venoso, la pérdida sanguínea puede ser, desde el principio, muy considerable, aun cuando sea muy pequeña la porción de placenta que invada el orificio interno.

La sangre que se pierde es siempre materna y puede proceder directamente de los vasos útero-placentarios abiertos y sobre todo de las venas ó de los espacios intervellosos de la placenta; pero de ordinario proviene de ambos orígenes.

La rotura del saco detiene, por regla general, la hemorragia. Durante todo el tiempo que las membranas están íntegras, á cada contracción el segmento inferior del útero

asciende sobre el polo inferior del huevo y porciones siempre nuevas de la placenta se desprenden de su sitio de inserción, dando origen á la rotura de vasos nuevos (figura 490). Por el contrario, cuando la bolsa de las aguas se ha roto, la placenta sigue á la pared uterina en su movimiento ascensional y no se verifican ulteriores desprendimientos (fig. 491). Al mismo tiempo, por la evacuación de las aguas se produce una reducción de la cavidad uterina, la cual favorece la retracción de la pared muscular del útero y la oclusión de los vasos. Por último, la presentación

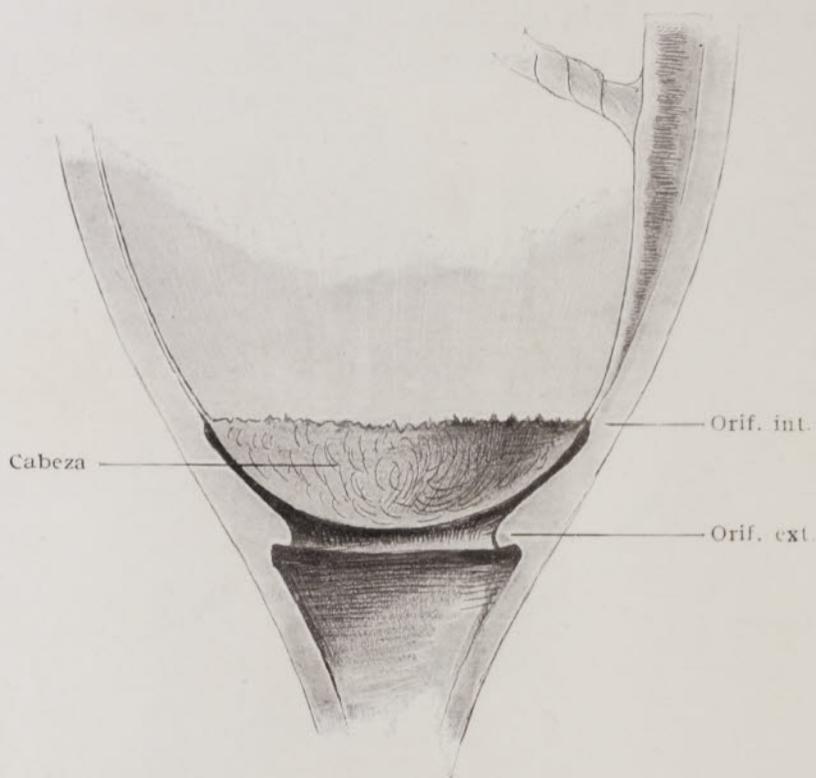


Fig. 491

Membranas rotas

La placenta queda adherente y puede volver á ascender en unión con el útero por encima de la presentación

se encaja más profundamente y comprime la superficie sangrante. De este modo es posible que después de la rotura de la bolsa de las aguas se cohiban espontáneamente aun las hemorragias graves.

El diagnóstico de la inserción baja ó previa de la placenta es raro que ofrezca dificultades. Un signo muy característico es la presentación espontánea de hemorragias hacia el término del embarazo y su agravación al principio del período dilatante. El dedo introducido hasta el orificio interno percibe de ordinario con facilidad el tejido blanduzco de la placenta, el cual en la inserción central ocluye todo el contorno, y en la marginal lo ocupa tan sólo constituyendo un lóbulo. Todo lo más es posible la confusión con coágulos sanguíneos coenosos procedentes de hemorra-

gias anteriores, que se hubiesen colocado entre las membranas del huevo y la pared uterina, al rededor del orificio interno.

El curso y la terminación del parto en la placenta previa dependen sobre todo

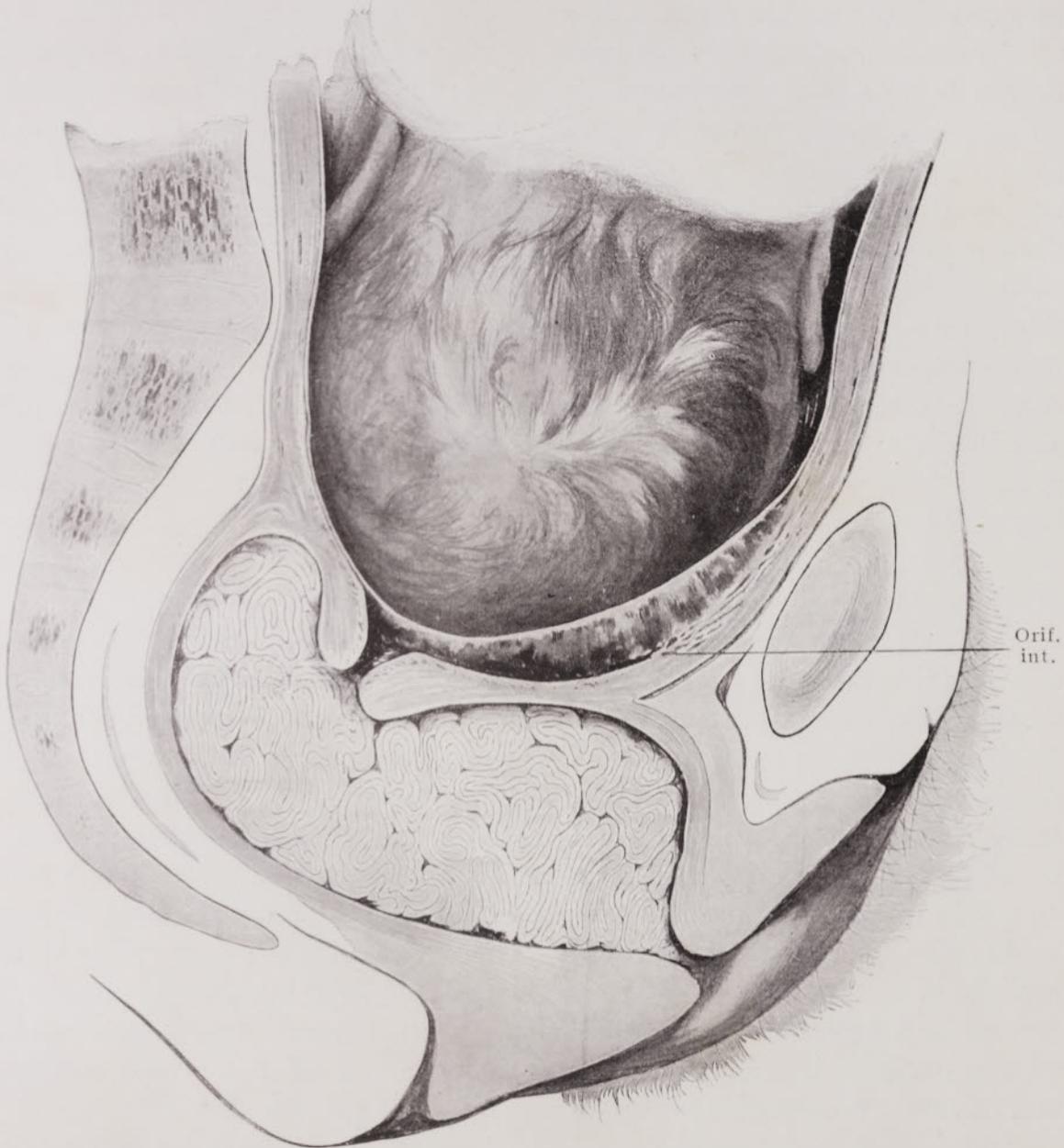


Fig. 492

Taponamiento de la vagina en la placenta previa

del *tratamiento* empleado. El peligro reside en la pérdida de sangre y, por lo tanto, hay que disminuir ésta al menor grado posible. Voy á exponeros, en resumen, cuánto es necesario hacer para lograr este objeto:

Cuando se presenta una hemorragia durante el embarazo ó muy al principio

del parto, en tanto que el cuello no sea todavía permeable al dedo, se deberá ejercer una compresión sobre la parte de donde sale la sangre y favorecer la formación de coágulos en los vasos abiertos, mediante el *tañonamiento vaginal con gasa yodoj6rmica esterilizada*. Pero el objeto no se consigue si los fondos de saco vaginales no quedan fuertemente repletos de gasa.

Pero si las contracciones continúan y, como consecuencia de ellas, el desprendimiento de la placenta sigue haciendo progresos y la sangre llega á atravesar el tap6n, no es recomendable perder el tiempo con nuevos ensayos de tañonamiento. Ni aun el tap6n m6s apretado da garantías seguras contra la posible presentaci6n de hemorragias violentas. No se puede calcular la cantidad de sangre que se perderá durante el periódo de dilataci6n y el de alumbramiento, y por esto desde el principio se deben ahorrar á la parturiente todas las gotas de sangre que sea posible. Tan pronto como el cuello es permeable para el dedo, se obrará con mucha cordura practicando la *punci6n de las membranas*. Cuando es sólo un l6bulo de la placenta el que recubre la boca uterina, es f6cil encontrar un punto de las membranas que sea accesible á la punci6n; pero cuando la placenta en su totalidad constituye una especie de techo que recubre el cuello, se perforará por el centro. El efecto de la rotura de las membranas es muchas veces admirablemente eficaz, y en la inserci6n viciosa parcial, ella sólo es las m6s de las veces suficiente para permitir el progreso ulterior del parto sin nuevas p6rdidas de sangre.

Si la mujer ha perdido ya mucha sangre 6 la placenta invade tan extensamente el orificio interno que se pueda temer la aparici6n de nuevas hemorragias, inmediatamente despu6s de la punci6n de las membranas se practicará la *versi6n podálica* de tal modo que las nalgas del feto descendidas compriman la superficie sangrante de la placenta contra su superficie de inserci6n. *No hay ninguna duda de que mediante la versi6n podálica y por la acci6n oclusora de las nalgas, se puede conseguir con toda seguridad la cesaci6n completa de la hemorragia en la placenta previa*. Y si la p6rdida de sangre se renovase, tenemos siempre á nuestro alcance la posibilidad de aumentar la acci6n compresiva de las nalgas del feto, estirando con mayor fuerza el miembro que se ha hecho descender. Sometiendo la mujer á la anestesia clorof6rmica, despu6s de haberla colocado transversalmente en la cama 6 introduciendo los cuatro últimos dedos en la vagina, se consigue sin dificultad hacer la versi6n combinada, aun cuando el orificio uterino sea apenas permeable para dos dedos.

Se cometería, por el contrario, un error peligroso si se quisiese forzar la extracci6n del feto con una dilataci6n cervical insuficiente. La operaci6n, aparentemente, parece muy f6cil; los bordes del orificio uterino ceden ya á una tracci6n muy moderada y sin esfuerzo excesivo se consigue extraer el feto. Pero entretanto el paso del cuerpo de éste á trav6s del orificio cervical estrecho le ha perjudicado en gran manera y, por otra parte, son muchos los m6dicos que han perdido tambi6n á la madre por haber querido forzar la extracci6n de un feto que peligraba. En la inserci6n baja de la placenta, por el desarrollo vascular anormal, las m6s pequeñas erosiones pueden

dar lugar á importantes hemorragias, y la mujer, ya debilitada por las pérdidas de sangre anteriores, puede sucumbir por la que provoca la rasgadura cervical. *Por*

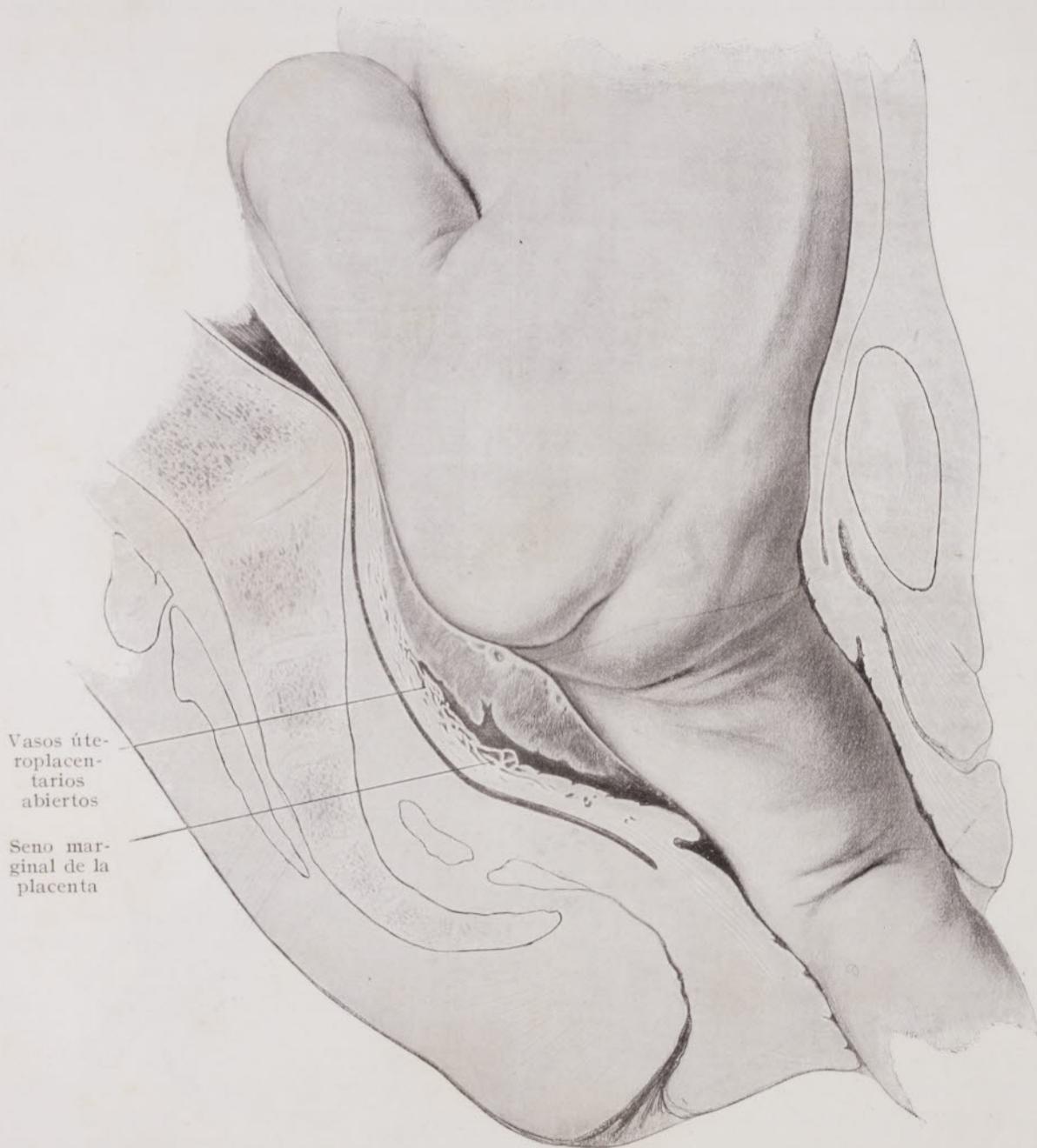


Fig. 493

Placenta previa. Versión podálica y taponamiento con el extremo podálico del feto, que se ha hecho descender

Estirando enérgicamente la extremidad que se ha hecho descender, las nalgas del feto vienen á comprimir la placenta contra su superficie de inserción, haciendo cesar la hemorragia, gracias á la compresión ejercida sobre los vasos

este motivo en la placenta previa, una vez practicada la versión, se abandonará el parto á las fuerzas naturales.

Cuando la versión podálica está bien hecha y en tiempo oportuno, la mortalidad de la madre en la placenta previa es de un 5 % próximamente. De los fetos, por el contrario, más de la mitad vienen al mundo muertos; esto es fácil de compren-

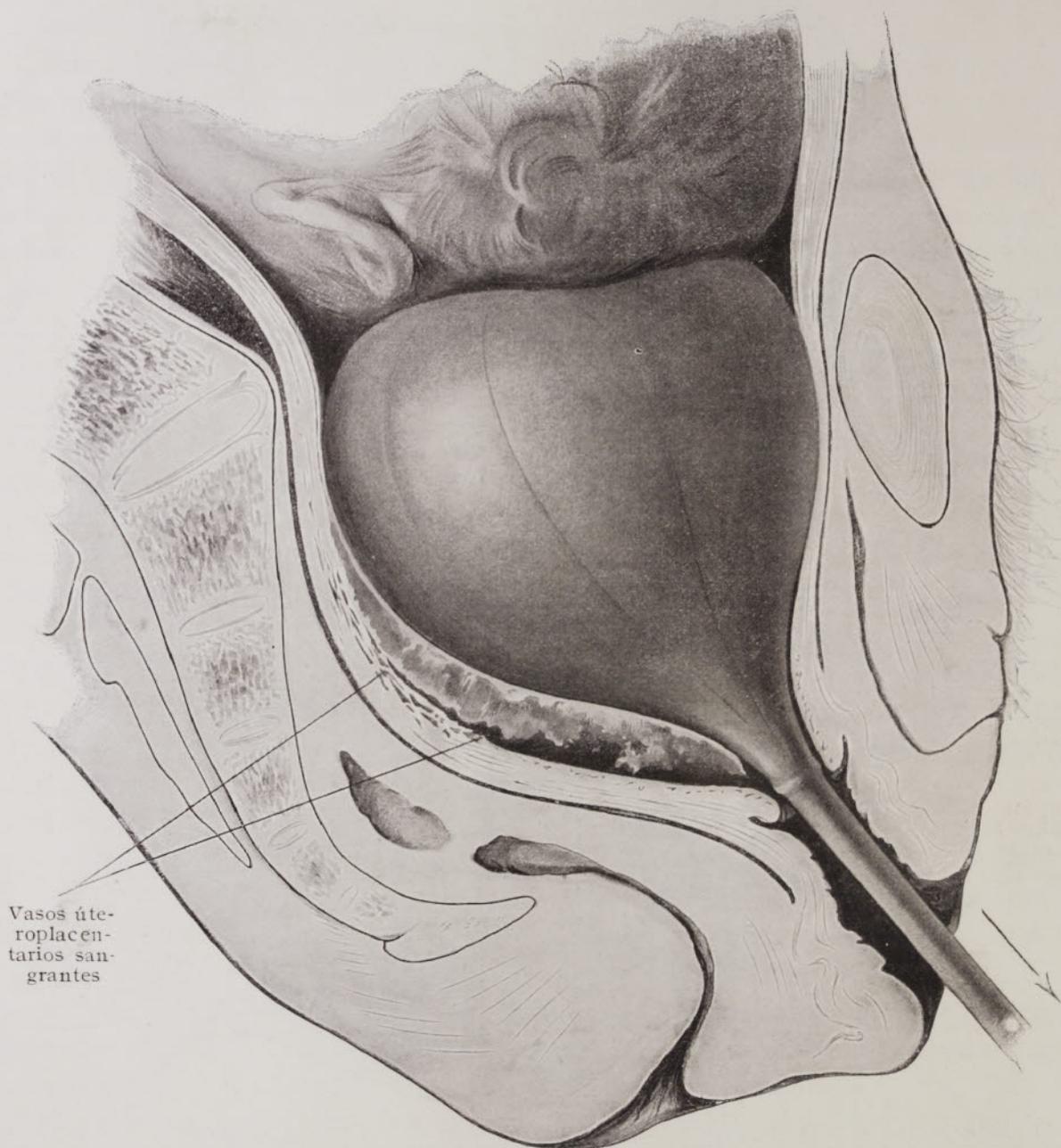


Fig. 494

Placenta previa. Taponamiento con el balón de goma (*metreusis*)

der si se tiene en cuenta que la compresión experimentada por la placenta perjudica la circulación y el cambio de gases. Con el propósito de mejorar el pronóstico en lo referente al feto, se ha tratado, en estos últimos tiempos de substituir el taponamiento

por las nalgas del mismo con la colpeurisis intrauterina ó, mejor todavía, la *metreurisis* (KÜSTNER). Una vez que se han perforado las membranas ó la placenta, se introduce un balón de goma en la cavidad ovular. Ejerciendo tracción sobre el tubo, se estimula la actividad contráctil del útero, lo mismo que si se tratase del miembro del feto, y se obtiene una buena compresión de la superficie sangrante. Cuando después, gracias á la acción del balón, se ha obtenido la dilatación completa, el feto puede ser extraído con el forceps ó por la versión podálica. Este método parece que da mejores resultados para el feto (mortalidad solamente 15-20 %), pero exige un instrumento complicado, por lo que en la práctica general no he logrado substituir á la versión.

Por nuestra parte, y á pesar de lo expuesto por el autor, creemos que debe concedérsele un primer lugar á la *metreurisis* que, conservando para la madre todas las garantías que puede ofrecerle la versión de BRAXTON HICKS, salva, por lo menos, un 30 % más de niños que esta última operación (WINTER).

Naturalmente que los instrumentos que se utilicen han de estar perfectamente asépticos y se ha de proceder á una minuciosa desinfección de los genitales frotándolos con algodón empapado en jabón cresolado.

Para la aplicación del balón se procurará conseguir una dilatación del cuello que permita la introducción de dos dedos, y para evitar el arrastre hacia el interior del útero de los gérmenes existentes en la vagina se pondrá el cuello al descubierto con el espéculum.

A estos medios, que podemos denominar obstétricos, hemos de agregar los quirúrgicos propiamente dichos, practicables únicamente en las clínicas, que son la operación cesárea vaginal (DÜHRSSSEN) y la abdominal propiamente dicha (KRÖNIG) ó la suprapubiana (SELLHEIM).

La primera, cuya descripción detallada se encontrará más adelante, consiste en la evacuación rápida del útero, que sangra en abundancia y no se dilata, incidiendo su pared por la vía vaginal y procediendo después al taponamiento con gasa yodofórmica y sutura. Contando con los métodos de tratamiento anteriormente descritos, raras serán las ocasiones en que estará justificado éste que, de todos modos, siempre será substituido con ventaja por la operación cesárea abdominal ó por la suprapubiana, que ofrecen más garantías para la vida del feto y de la madre, puesto que la posible sección de la zona placentaria puede determinar hemorragias é infecciones que ponen en grave peligro la vida de esta última.

La técnica de las operaciones cesáreas abdominal y suprapubiana (vía extraperitoneal) es descrita más adelante. Han sido recomendadas respectivamente para el tratamiento de la placenta previa por KRÖNIG y SELLHEIM.

Estas últimas operaciones son las que mayores garantías ofrecen para la vida del feto; pero, en conjunto, no dan mejores resultados que la sencilla *metreurisis*, á no ser en ciertos casos de placenta previa central, tratándose de primíparas y de cuellos inextensibles, circunstancias en las cuales serán preferibles á aquélla, hasta en interés de la misma madre (1).

Con la expulsión del feto no cesan todos los peligros inherentes á la placenta previa; una hemorragia, aunque sea moderada, durante el período de alumbramiento, puede acarrear una terminación funesta tratándose de una mujer que ha perdido ya tanta sangre. Por este motivo, el período de alumbramiento debe ser vigilado

(1) El traductor.

y dirigido con mucha atención á fin de poner un remedio inmediato y enérgico á toda pérdida de sangre, ya sea con el taponamiento, ya con la sutura de posibles rasgaduras del cuello.

Hemorragias de la superficie de inserción de la placenta después de expulsado el feto

Como ya sabéis, después de la expulsión del feto, el desprendimiento de la placenta de su sitio de implantación en la pared uterina da origen constantemente á una hemorragia que depende de la rotura de los vasos útero-placentarios. La cantidad mayor de sangre extravasada se acumula entre la placenta y la pared uterina y es expulsada con las secundinas como *hematoma retroplacentario*. Una pequeña parte de sangre fluye al exterior antes y después de la salida de la placenta; la pérdida total oscila, por término medio, en circunstancias normales, entre 400 y 500 gramos. Si el mecanismo de desprendimiento y expulsión de la placenta se separa de las condiciones fisiológicas, ó si falta la retracción normal de la musculatura uterina que es necesaria para la oclusión de los vasos, la pérdida de sangre se hace mucho más abundante y hasta puede alcanzar una intensidad peligrosa. Se habla en estos casos de *hemorragias de alumbramiento*, las cuales, bajo el punto de vista práctico, se distinguen en unas que se presentan cuando la placenta está todavía contenida en los órganos genitales y otras que aparecen después de la expulsión de la misma.

Vamos á ocuparnos primero de las

Hemorragias que sobrevienen encontrándose la placenta en el útero

Durante el tiempo que la placenta está adherida por todos los puntos al sitio de implantación, no hay hemorragia. Se dan casos de simple retención de la placenta, en los cuales se pasan dos, tres ó más horas sin que el alumbramiento se verifique ni la mujer pierda una sola gota de sangre. El útero es percibido entonces á la palpación abdominal como una esfera grande, que ofrece por todas partes una consistencia dura y uniforme y contiene en su interior todos los anexos ovulares. No siempre puede ponerse en claro cuál es la causa que impide que se presenten contracciones suficientemente enérgicas para determinar el desprendimiento de la placenta. Algunas veces se encuentra la vejiga urinaria excesivamente distendida, el útero está dislocado hacia arriba, y la expulsión de los anexos tiene lugar tan pronto como se vacía la vejiga. En otros casos, hay necesidad de admitir una debilidad, un cansancio de la musculatura ó una disminución de la excitabilidad del sistema nervioso, si se quiere tener una explicación de esta falta de contracciones válidas. Como que en estos casos no hay ninguna necesidad de que nos apresuremos á intervenir, se tratará de estimular la producción de contracciones uterinas más enérgicas por medio de

las fricciones y, eventualmente, se podrá terminar el alumbramiento por la expresión. Esto se logra, por regla general, con un poco de destreza y paciencia; pero, de todos modos, hay que tener presente que la simple retención de la placenta, no complicada de hemorragia, no justifica nunca la introducción de la mano en la cavidad uterina y el alumbramiento artificial.

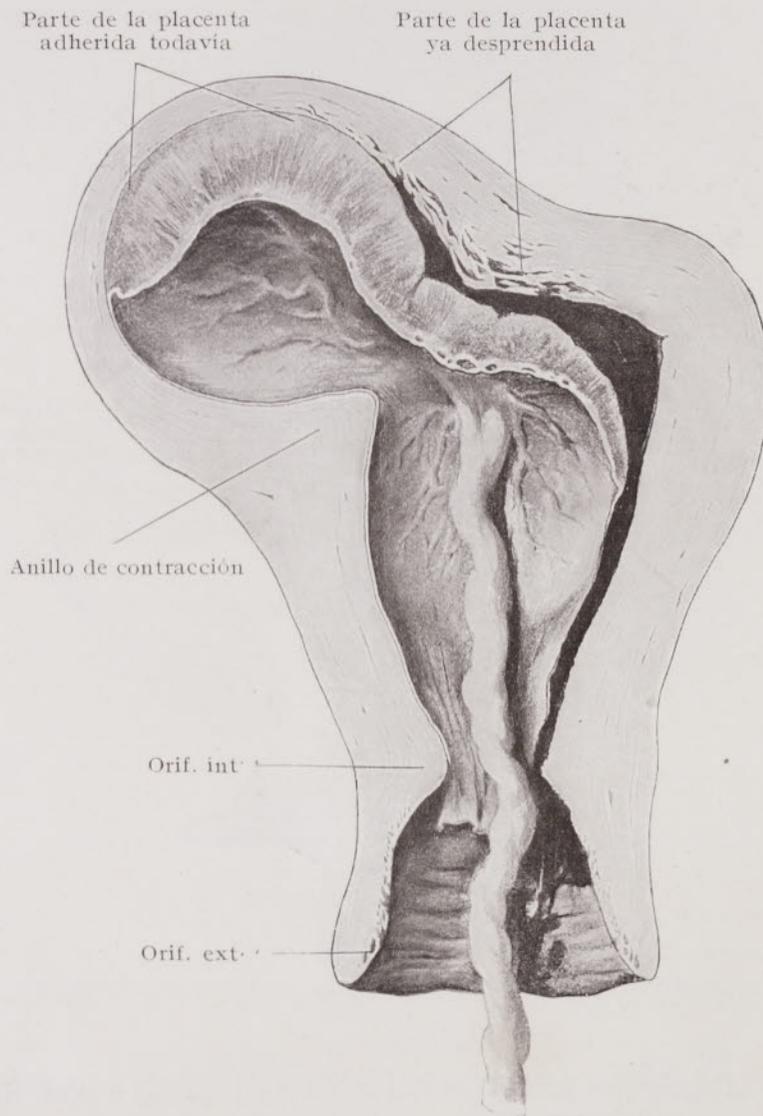


Fig. 495

Placenta inserta en un cuerno uterino ó en el ángulo tubario

De un modo muy diferente suceden las cosas cuando una parte de la placenta está ya separada de su inserción, mientras que otra continúa adherida. Como que la parte de la placenta todavía adherente impide la retracción completa de la musculatura uterina, los vasos útero-placentarios, desgarrados, correspondientes á la parte en que la placenta está desprendida, permanecen abiertos, y de aquí la hemo-

rragia. La intensidad de esta última depende de las condiciones de retracción de las paredes uterinas y de la extensión del desprendimiento placentario.

El desprendimiento parcial ó, lo que es lo mismo, la retención de la placenta desprendida en parte, depende, las más de las veces, de una adherencia excesiva

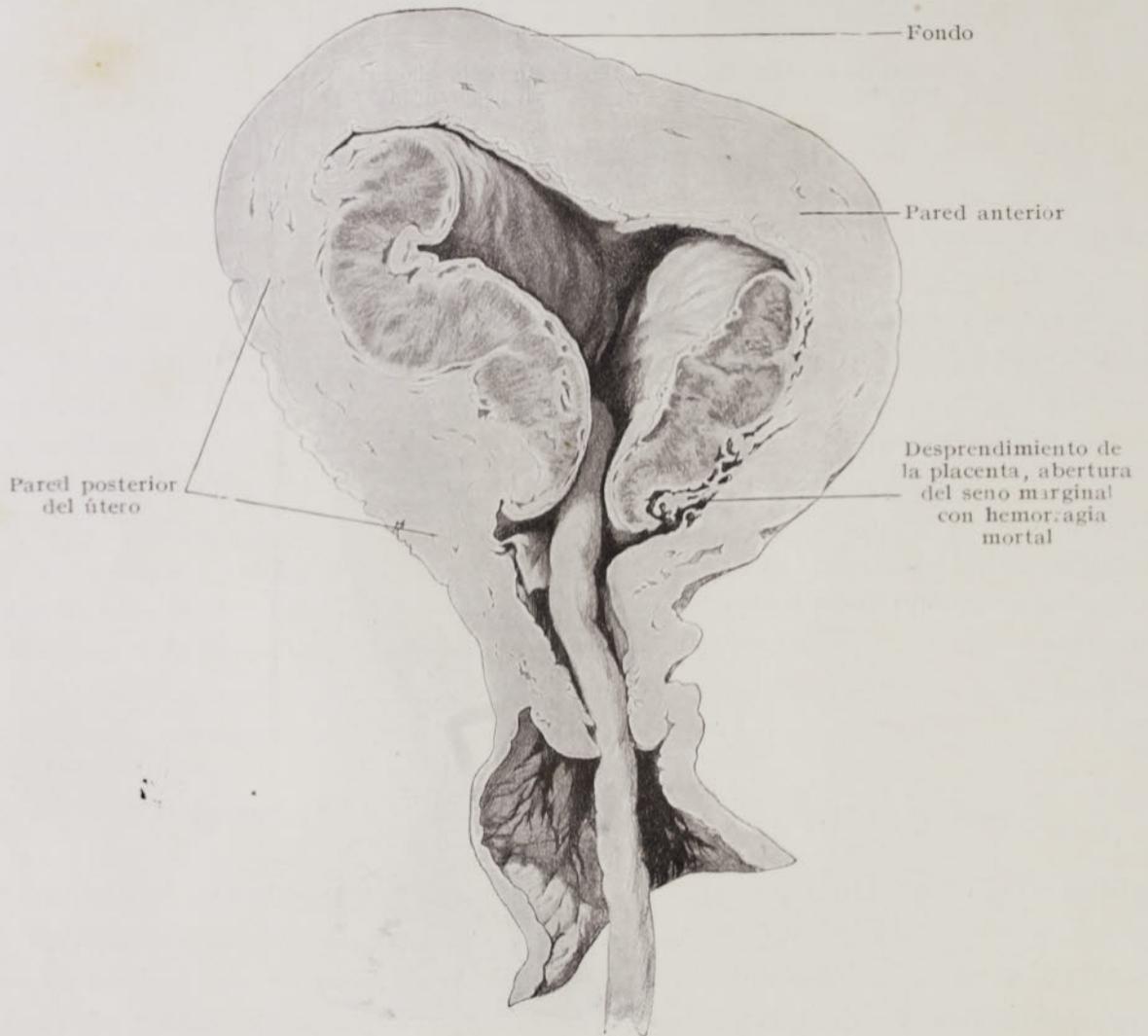


Fig. 496

Desarrollo anormal de la placenta sobre las paredes anterior y posterior y sobre el borde lateral del útero. Sección anteroposterior

Preparación de la Clínica obstétrica de Basilea

del tejido placentario á la pared uterina. Se habla en este caso de una «*placenta accreta*» y se admite que, á consecuencia de procesos inflamatorios, la capa esponjosa de la decidua serotina, que en condiciones normales se desprende bajo una mínima tracción, se adhiere fuertemente impidiendo el desprendimiento normal. La prueba de que se trata de una adherencia excesiva establecida entre la placenta y la pared uterina la tenemos en el alumbramiento artificial, en el cual se advier-

ten numerosos cordones bastante resistentes que han de ser rotos con las puntas de los dedos. Según se sabe desde largo tiempo, estos cordones no son otra cosa que ramitas engrosadas de las vellosidades coriales. Los dedos que operan el desprendimiento caen fácilmente en el estrato normal de exfoliación de la serotina en el tejido de las vellosidades y rompen con dificultad sus ramificaciones, que unen fuertemente la placenta á su base de inserción. La demostración histológica de estas adherencias excesivas ha sido dada pocas veces. De todos modos, existen tam-

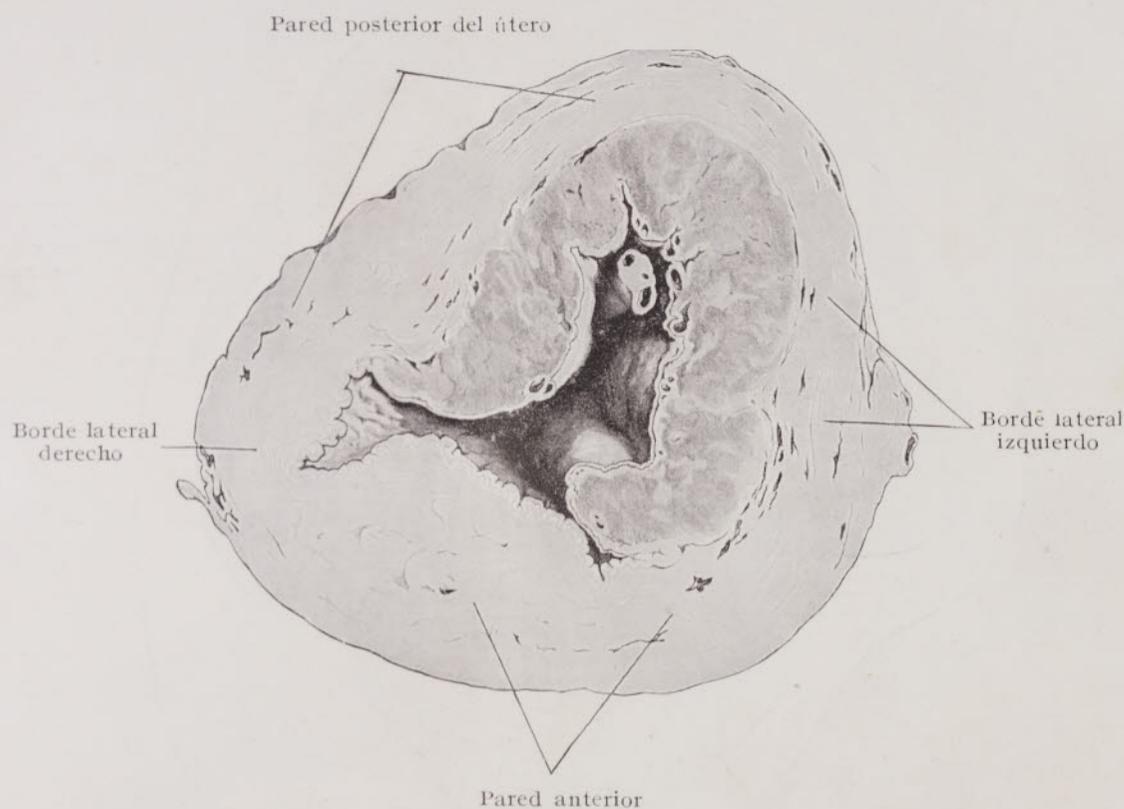


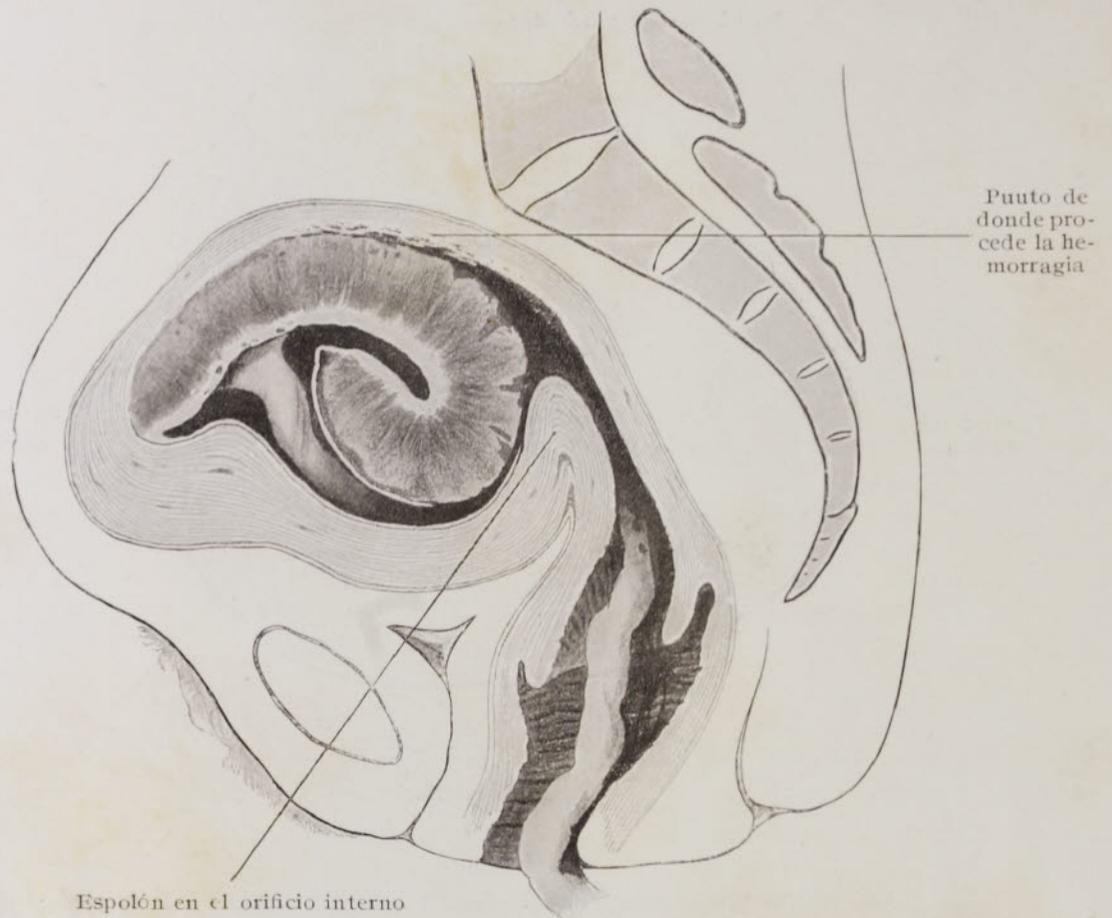
Fig. 497

La misma preparación que la figura 496, en sección transversal

bién otras causas que desempeñan un importante papel en la retención de la placenta.

Así obra sobre todo *la inserción de la placenta en los ángulos tubarios y en los bordes laterales del útero*. Cuando la masa principal de la placenta, en vez de insertarse en la pared anterior ó en la posterior del útero, lo hace en un cuerno uterino ó en el ángulo tubario, la forma del útero se aleja mucho de la normal. Algunas veces ya durante la gestación se manifiesta, á los lados del fondo del útero, un abultamiento redondeado, el cual parece estar unido lateralmente al fondo. Pero es sobre todo después de la salida del feto cuando se hace evidente una expansión á manera de cuerno que contiene la placenta y que, á diferencia del resto del cuerpo

del útero, que representa una masa dura y bien retraída, tiene una consistencia blanduzca y casi fluctuante. La fig. 495 representa esquemáticamente un útero con inserción de la *placenta en un cuerno del útero ó en el ángulo tubario*. En este punto la pared uterina es muy delgada, su retractilidad es débil y el desprendimiento de la placenta ó no se verifica, ó á lo menos se prolonga mucho más del tiempo ordinario. Las mismas condiciones existen cuando la placenta se desarrolla correspondiendo á uno de los bordes de la cavidad uterina. Mientras que las zonas de la



Espolón en el orificio interno

Fig. 498

Enrollamiento de la placenta, desprendida en parte y retenida

placenta insertas en las paredes anterior y posterior se desprenden con facilidad, las que corresponden á los bordes quedan, por el contrario, adheridas por la debilidad y escasa eficacia de las contracciones.

El desprendimiento normal de la placenta está también impedido cuando es *muy delgada, membranosa* y, por consiguiente, el tejido de las vellosidades se extiende sobre una gran superficie de la pared uterina. Falta en estos casos una masa de tejido que estimule el útero á contraerse y que tienda por su propio peso á dirigirse hacia abajo. Según enseña la experiencia, las placentas *lobadas, sucenturiada*

y *marginata*, cuyas formas dependen de ordinario de la inserción en un ángulo uterino, se desprenden con mayor dificultad que la que tiene la forma típicamente redondeada ú oval.

No es raro, por último, que la retención de la placenta sea provocada por *fric-*



Fig. 499

Retención de la placenta

Anillo de contracción en el orificio interno (contracción en forma de reloj de arena)

ciones ó presiones intempestivas sobre el útero que perturban el mecanismo normal de desprendimiento. Ejerciendo una fuerte presión manual sobre la víscera, se expulsa antes de tiempo el coágulo retroplacentario que debería coadyuvar al desprendimiento; el tejido de las vellosidades se destroza, formando una verdadera

papilla; la parte de la placenta ya desprendida se dobla en un ángulo y se arrolla sobre sí misma y viene á colocarse transversalmente sobre el orificio interno; las membranas se desprenden del borde de la placenta, y después de todo esto hay quien se maravilla de que el alumbramiento no se termine ó de que falten en las secundinas cotiledones enteros y grandes porciones del corion y del amnios.

A todos los casos de retención de la placenta se asocia, en fin, una *retracción anormal* de la musculatura uterina, la cual agrava por su parte el mal. Allí en donde la placenta está todavía adherida, la musculatura permanece delgada y débil, mientras que las restantes secciones de la pared uterina van aumentando continuamente de espesor, por la progresiva retracción. De este modo se forma debajo de la placenta una especie de reborde muscular, el cual tiene asiento más ó menos alto en el cuerpo del útero, pudiendo corresponder al orificio interno (fig. 499) ó también más arriba, á la región del fondo (fig. 495). Este hecho hace ya mucho tiempo que ha sido notado por los tocólogos y se conoce con el nombre de contractura ó espasmo tónico del orificio interno, ó «*contracción en reloj de arena*», á causa de la forma que toma el útero. Una vez que se ha constituido este anillo muscular, quedan ineficaces también las más enérgicas tentativas de expresión de la placenta. El estímulo provocado por la presión determina, por el contrario, un aumento de la energía de la contractura que retiene la placenta. La misma mano, introducida en el útero para obtener el desprendimiento, encuentra con frecuencia dificultad para vencer la resistencia de este anillo muscular. Este está algunas veces tan fuertemente contraído, que apenas si es posible percibir la abertura; así es que puede creerse que la cavidad uterina está vacía, ó que la placenta ha penetrado en la cavidad abdominal á través de una rasgadura estrecha. La verdadera situación se reconoce claramente cuando, habiendo cedido el anillo de contracción, la mano penetra en la cavidad situada encima del mismo, que es la que contiene la placenta.

Hemorragias después de la expulsión de la placenta

Las *hemorragias del alumbramiento* que se presentan cuando la cavidad uterina está ya vacía, dependen de una *retracción defectuosa de la musculatura del útero*. Si falta la retracción y el adosamiento íntimo de los hacecillos musculares que, cuando las cosas marchan regularmente, ocluyen los vasos úteroplacentarios abiertos, la pared uterina se mantiene blanda y relajada, y de la superficie en que estaba inserta la placenta, la sangre sale á chorro como de una esponja exprimida. Esta relajación del útero, inmediatamente después de evacuado, se designa con el nombre de *atonía*, y las pérdidas de sangre debidas á esta causa se designan con el nombre de «*hemorragias atónicas del alumbramiento*».

Para que la retracción del útero resulte uniforme, se requieren contracciones uterinas enérgicas y continuadas durante cierto tiempo. Si, á causa de la escasez de resistencias, falta una enérgica actividad de las contracciones, ó si el útero es eva-

cuado muy rápidamente, la retracción de las fibras musculares es imperfecta y el útero se comporta como un gran saco relajado; en sus paredes delgadas se forman arrugas; pero no pueden oponerse á la salida de sangre por los vasos abiertos de la herida placentaria. Se comprende fácilmente que después de *partos precipitados* y de los que se terminan artificialmente, en los cuales el feto sale de la cavidad uterina

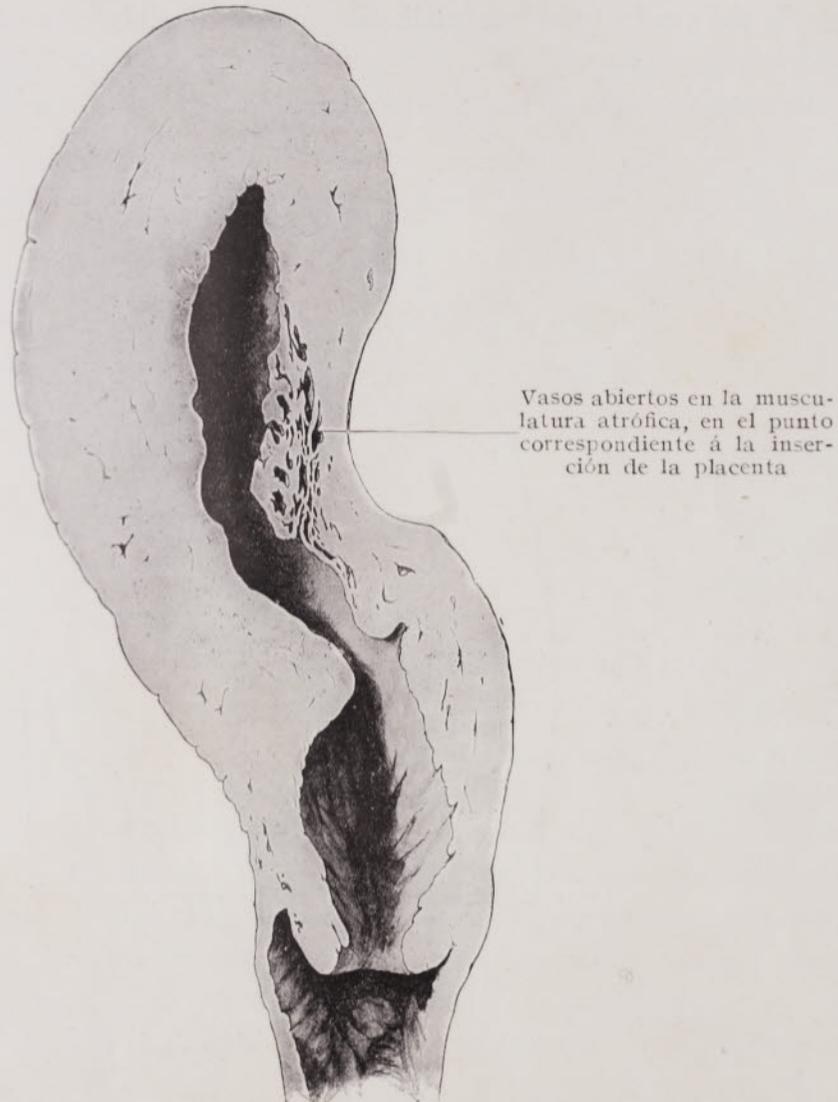


Fig. 500

Parálisis de la zona correspondiente al punto de inserción de la placenta

en el espacio de pocos minutos, y además en los partos de gemelos y en el hidramnios, la retracción normal estará dificultada por la excesiva distensión de las paredes uterinas y que, por lo tanto, existirá una especial predisposición á la atonía. Igual influencia puede ejercer la intempestiva expresión de la placenta, que no deja tiempo á que se desarrolle la benéfica influencia de las contracciones del período de alumbramiento.

Además, las hemorragias atónicas del período del alumbramiento se observan con cierta frecuencia en las multíparas y en las mujeres que han tenido precedentemente *partos laboriosos y afecciones puerperales de carácter séptico*. Probablemente, en estos casos la retracción normal se hace difícil por la proliferación de tejido conjuntivo entre los haces musculares. En otros casos, como, por ejemplo, en la tendencia habitual á las hemorragias atónicas, es posible que la relajación del útero después del parto deba ser atribuída á una debilidad congénita ó adquirida de la musculatura uterina.

Algunas veces, la retracción es defectuosa tan sólo en el punto de inserción de

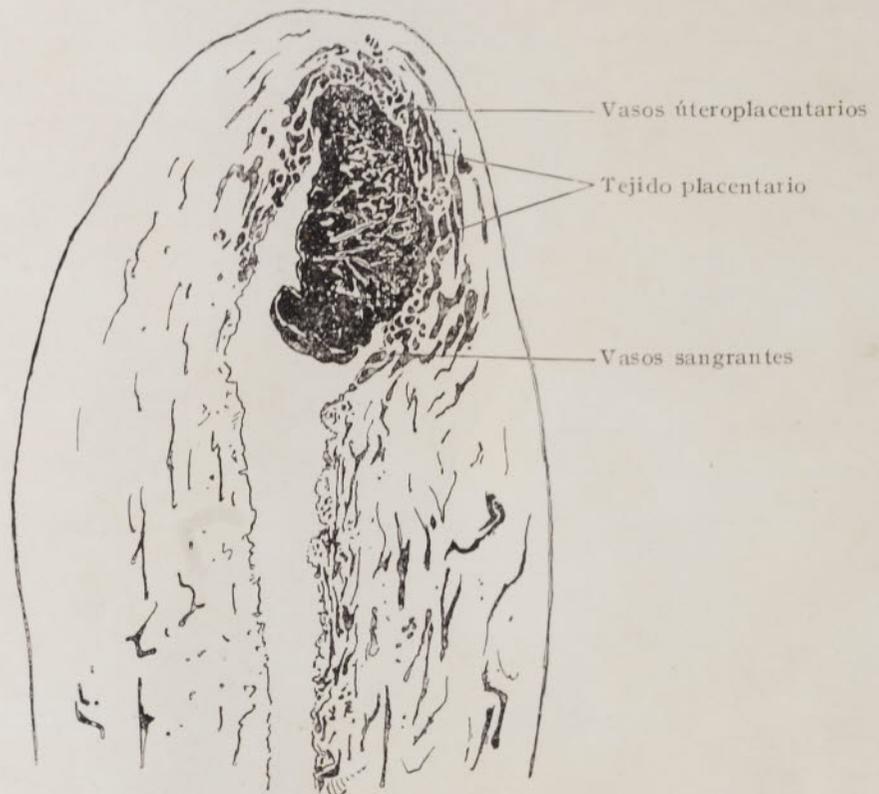


Fig. 501

Retención de un cotiledón de la placenta

la placenta. En este caso, en el útero bien retraído é indurado se percibe un punto, en el cual existe una especie de laguna ó depresión que corresponde al sitio de implantación de la placenta en donde la musculatura está relajada (fig. 500). El substrato anatómico de esta atonía localizada, que se conoce con el nombre de «*parálisis de la zona de inserción de la placenta*», consiste en un desarrollo vascular anormal que acarrea la atrofia de las fibras musculares interpuestas entre los vasos ó en la inserción del huevo en un cuerno uterino, en el cual la musculatura es más débil.

Una última é importante causa de hemorragia atónica del alumbramiento consiste en la *retención de porciones de tejido placentario*. Sea que esto tenga lugar espon-

táneamente ó que sea debido á intempestivas maniobras de expresión que separen algún cotiledón de la masa principal de la placenta, la buena retracción uterina está impedida por el tejido de las vellosidades que ha quedado adherente y hay pérdida de sangre por los vasos abiertos que circundan la porción de tejido adherida, como puede verse en la preparación representada por la fig. 501. También la retención de una capa espesa de caduca serotina, sobre todo cuando ésta esté hipertrofiada por alteraciones endométricas bastante avanzadas, puede entretener una excesiva pérdida de sangre. Desde este punto de vista tiene consecuencias mucho menores la retención de fragmentos del amnios y del corion.

Terapéutica de las hemorragias del alumbramiento

Una vez que hemos aprendido á conocer las causas de las hemorragias del alumbramiento y nos hemos formado concepto sobre las condiciones anatómicas con ellas relacionadas, consideremos los diversos medios que deben ser empleados para cohibirlas. La elección de estos últimos debe, naturalmente, estar en relación con la naturaleza é intensidad de la hemorragia. Antes de comenzar vuestra intervención, es necesario que preciséis bien el *origen de la hemorragia* para saber si proviene de una rasgadura de los órganos genitales ó de la *superficie de inserción de la placenta*.

Mediante la palpación llegaréis, por regla general, á establecer el diagnóstico. Si el útero es voluminoso y flácido, y la sangre sale á gran chorro al comprimir el fondo del mismo, es muy probable que se trate de una hemorragia de origen placentario; si, por el contrario, el útero está bien contraído, es duro y pequeño, y la cantidad de sangre que sale es poco influida por la compresión del órgano, se tratará de una hemorragia dependiente de una dislaceración. La sangre que se pierde en las lesiones de las partes blandas del canal del parto es, de ordinario, rutilante y sale á chorro continuo; la que procede de la placenta es venosa oscura, sale con intermitencias y semicoagulada. Las hemorragias debidas á rasgaduras se presentan inmediatamente después de la salida del feto, y cuando el origen es placentario, suelen empezar después de un intervalo libre de pérdida sanguínea. Al lado de estos signos se habrá de tener también en cuenta el curso del parto, puesto que, conociendo éste, raras veces podréis abrigar dudas respecto de si se han podido producir ó no dislaceraciones de las partes blandas. Si sospecháis la posible existencia de esta clase de lesiones, pondréis bien al descubierto la vulva, la vagina y el cuello uterino por medio del espéculum de cuchara. De este modo apenas si puede pasar inadvertida una dislaceración que dé origen á hemorragia abundante.

Supongamos ahora que se ha podido excluir la posibilidad de una dislaceración, estableciéndose, por lo tanto, que *la hemorragia es de origen placentario y que la placenta está todavía contenida en el útero*.

Una oclusión completa de los vasos que dan la sangre, es tan sólo posible á condición de que la cavidad uterina esté completamente vacía y la musculatura pueda

así retraerse definitivamente. Si se abandonase la expulsión de las secundinas á las fuerzas naturales, la mujer podría perder mientras tanto una abundantísima cantidad de sangre. Por este motivo el alumbramiento debe ser acelerado, es decir, que debe terminarse artificialmente. Dos vías tenéis á vuestra disposición con este objeto, que son: la *expresión* y la *extracción manual*.

Lo más conveniente es principiar por una tentativa de expresión, por ser una intervención mucho menos molesta y peligrosa. Será preferible *la maniobra de CREDÉ*. Esta fué primeramente usada por su autor como procedimiento constante en todos los períodos del alumbramiento. Pero en la actualidad este último se abandona á las fuerzas naturales, y sólo se recurre con muy buen éxito á dicha maniobra cuando la expulsión natural de las secundinas se retarda demasiado, ó cuando, á causa de la hemorragia, hay que acelerar todo lo posible la evacuación de la cavidad uterina. Pero es cierto que las ventajas del método de CREDÉ no podrán ser obtenidas más que por quien sepa efectuarlo, ajustándose á una técnica correcta.

En primer lugar, es necesario, antes de empezar á exprimir, poner el útero en estado de buena contracción. Comprimiendo sobre el útero relajado, se puede desgarrar el tejido placentario ó las membranas, haciendo todavía más difícil el desprendimiento; así es que no se consigue una completa expulsión de las secundinas retenidas. Cuando, gracias al masaje, hayáis logrado una enérgica contracción, se coge con toda la mano el útero contraído, colocándolo en la dirección del eje del estrecho superior, según se indica en la fig. 502: cuatro dedos se apoyan sobre la pared posterior y el pulgar sobre la anterior. Entonces, por un movimiento de oposición del pulgar, se comprime el cuerpo del útero como una esponja, ejerciendo con toda la mano una presión hacia abajo. Si no á la primera, á la segunda ó tercera tentativa se logra casi siempre la expulsión de las secundinas durante una contracción; entonces se siente como la placenta se escapa de entre los dedos y penetra en la vagina, el periné se distiende y la superficie fetal, azulada, de la placenta aparece en la vulva.

Es importante que la mano que ejecuta la expresión abrace aquella zona del fondo que da inserción á la placenta. Cuando ésta se encuentra fija en un cuerno uterino, es éste el punto que debe ser exprimido hacia la cavidad. Si existiendo esta inserción se comprimiese el fondo en su parte central, la placenta sería impulsada lateralmente y esto representaría un obstáculo para su salida. Si la mujer opone gran resistencia á la presión de la mano, puede recurrirse con ventaja á la narcosis para vencerla.

Mientras que la maniobra de CREDÉ no expone á grandes peligros, el *desprendimiento y extracción manual de la placenta*, ó sea el *alumbramiento artificial*, constituye una intervención realmente peligrosa. A diferencia de lo que sucede en otras operaciones que se practican en la cavidad uterina, en las cuales, como, por ejemplo, en la versión, todas las manipulaciones se hacen dentro de la cavidad ovular y cualquier germen que pueda ser introducido es de nuevo expulsado, la mano que debe desprender la placenta se ha de poner en contacto íntimo con la superficie del útero

y sobre todo con la superficie cruenta placentaria. Aun cuando la desinfección de dicha mano se haya hecho muy minuciosa, siempre puede transportar fácilmente hacia el interior los gérmenes que se encuentran en los órganos genitales externos



Fig. 502

Maniobra de CREDÉ

ó en la vagina. Tales gérmenes encuentran un terreno muy apropiado para su desarrollo en los residuos de la caduca que han caído en necrosis. Una vez infectada la superficie cruenta de la inserción placentaria, es muy fácil la propagación de los gérmenes á los trombos del seno venoso de la placenta, y la infección de éste marca el principio de la piohemia. Menos temible que el desprendimiento de la

placenta de su superficie de inserción es su extracción manual cuando se encuentra ya desprendida, la cual suele figurar en las estadísticas confundida con aquél. Si se tienen en cuenta los resultados del desprendimiento manual en la práctica corriente, se ve que la mortalidad es muy poco inferior al 10 %, es decir, que es mayor que la de la operación cesárea.

En vista de tales resultados, se necesita andar con gran cautela antes de decidirse á emprender esta intervención, la cual únicamente estará indicada cuando se hayan hecho, sin resultado, repetidas tentativas de expresión y la hemorragia continúe. Si bien el desprendimiento manual de la placenta no debe ser hecho con ligereza, tampoco debe caerse en el extremo opuesto, dejando á la mujer expuesta al peligro de morir á consecuencia de la hemorragia por el miedo de una eventual infección. Cuando en la parturiente se inicien los síntomas de la anemia aguda, se intentará, sin pérdida de tiempo, la expresión, y si ésta fracasa, se combatirá el peligro inminente por los medios más eficaces, que son el desprendimiento y la extracción manual de la placenta.

Una vez hecha la limpieza de los órganos genitales externos y el lavado de la vagina con una disolución de lisol, la mano convenientemente desinfectada ó, mejor todavía, recubierta por un guante de goma, se introduce en la cavidad uterina, mientras la otra ejerce una contrapresión y una comprobación á través de las paredes abdominales (fig. 503); lentamente, y con precaución, se van haciendo avanzar los dedos entre el tejido de las vellosidades y la pared uterina, separando de este modo la placenta de su superficie de implantación. Tan sólo cuando el desprendimiento es completo podrá cogerse la placenta con toda la mano y conducirla á la vagina. No es buena práctica la de extraer las secundinas á pedazos. Cuando se ha extraído la masa principal de la placenta, se vuelven á introducir en el útero los cuatro últimos dedos para desprender los residuos más pequeños de tejido placentario que pudieran haber quedado y asegurarse de que la superficie de inserción de la placenta está lisa y de que todo ha sido extraído. Entonces se hace un lavado intrauterino con dos litros de agua fría mezclados á partes iguales con alcohol al 80 %. Se evitarán el sublimado, el lisol, el ácido fénico, etc., por la posibilidad de envenenamientos debidos á la penetración directa de dichas sustancias en las venas placentarias todavía abiertas. Por regla general, después de la evacuación del útero, y á consecuencia del estímulo producido por la irrigación, se logra que el útero se contraiga muy bien y cese la hemorragia; pero si ésta continúa, nuestra terapéutica será igual á la que opondremos á las hemorragias atónicas, de las cuales hemos de ocuparnos inmediatamente.

Supongamos ahora un segundo caso: *se requiere nuestro auxilio para una hemorragia después de expulsada la placenta, que no depende de ninguna dislaceración, sino de una simple atonía del útero.*

Para detener las hemorragias atónicas ha sido preconizada toda una serie de procedimientos cuya eficacia es diversa, no estando todos ellos desprovistos de peligros.

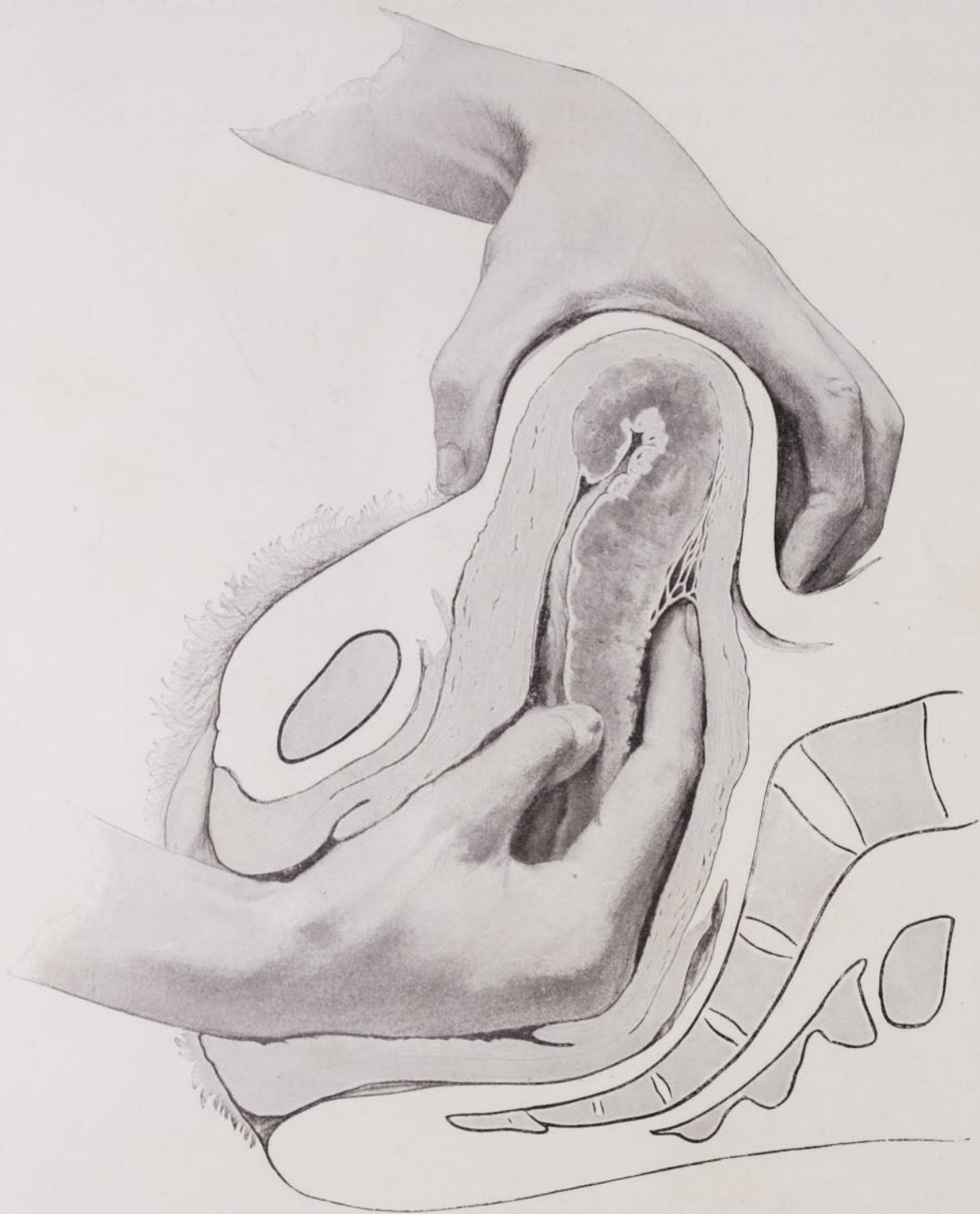


Fig. 503

Desprendimiento manual de la placenta

También en este caso empezaremos por recurrir á los medios menos perjudiciales, pasando después á los más dañosos cuando fracasen los primeros.

El método más sencillo y siempre de fácil ejecución para estimular las contrac-

ciones en un útero relajado, consiste en el *masaje del órgano á través de las paredes abdominales*.

Si la atonía es extremada desde un principio, será difícil llegar á encontrar el útero á través de las paredes abdominales. El órgano es tan blando, que casi no

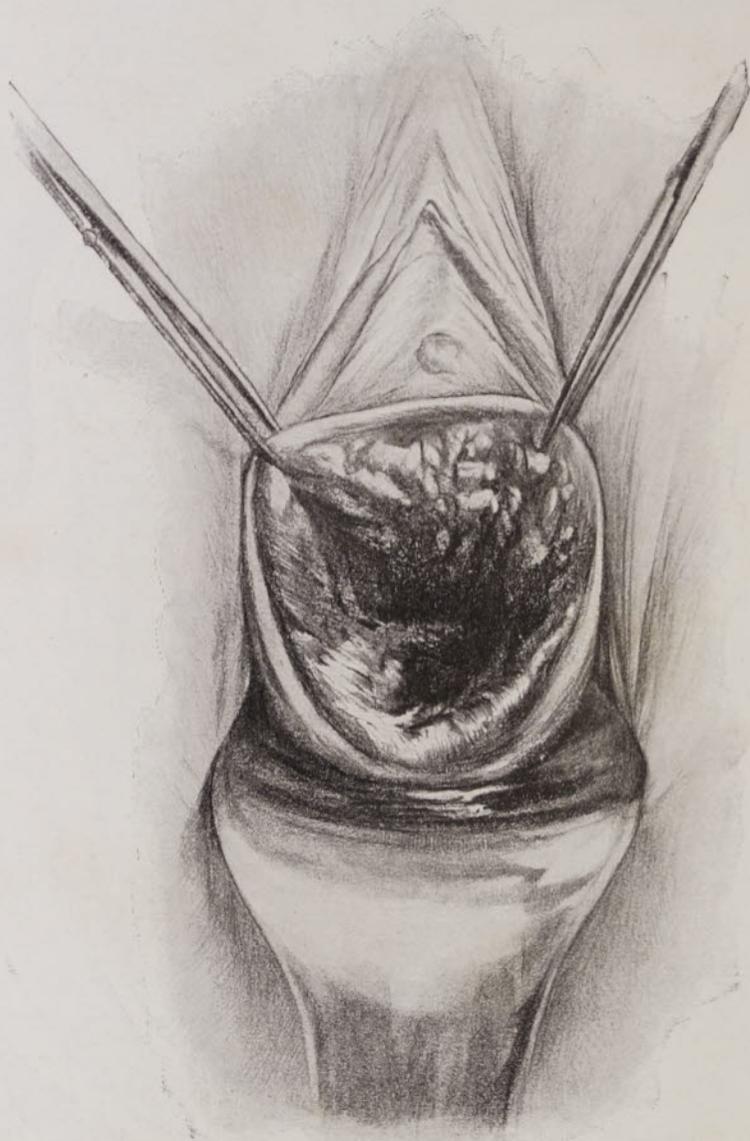


Fig. 504

Cuello puesto al descubierto para el taponamiento

puede distinguirse de las otras vísceras abdominales, y sólo después de repetidas palpaciones y fricciones se podrá precisar el contorno de su fondo. El útero ocupado por una gran cantidad de coágulos sanguíneos puede llegar hasta la altura de los arcos costales. Toda esta sangre extravasada está perdida para la circulación, y dejarla en el interior del útero sería muy perjudicial, porque impediría la retracción

de sus paredes; es por este motivo que debe ser exprimida, y si al principio del masaje salen al exterior mucha sangre y coágulos, esto no debe asustar ni preocupar, sino que, por el contrario, se han de continuar las fricciones. Una vez que se ha eva-

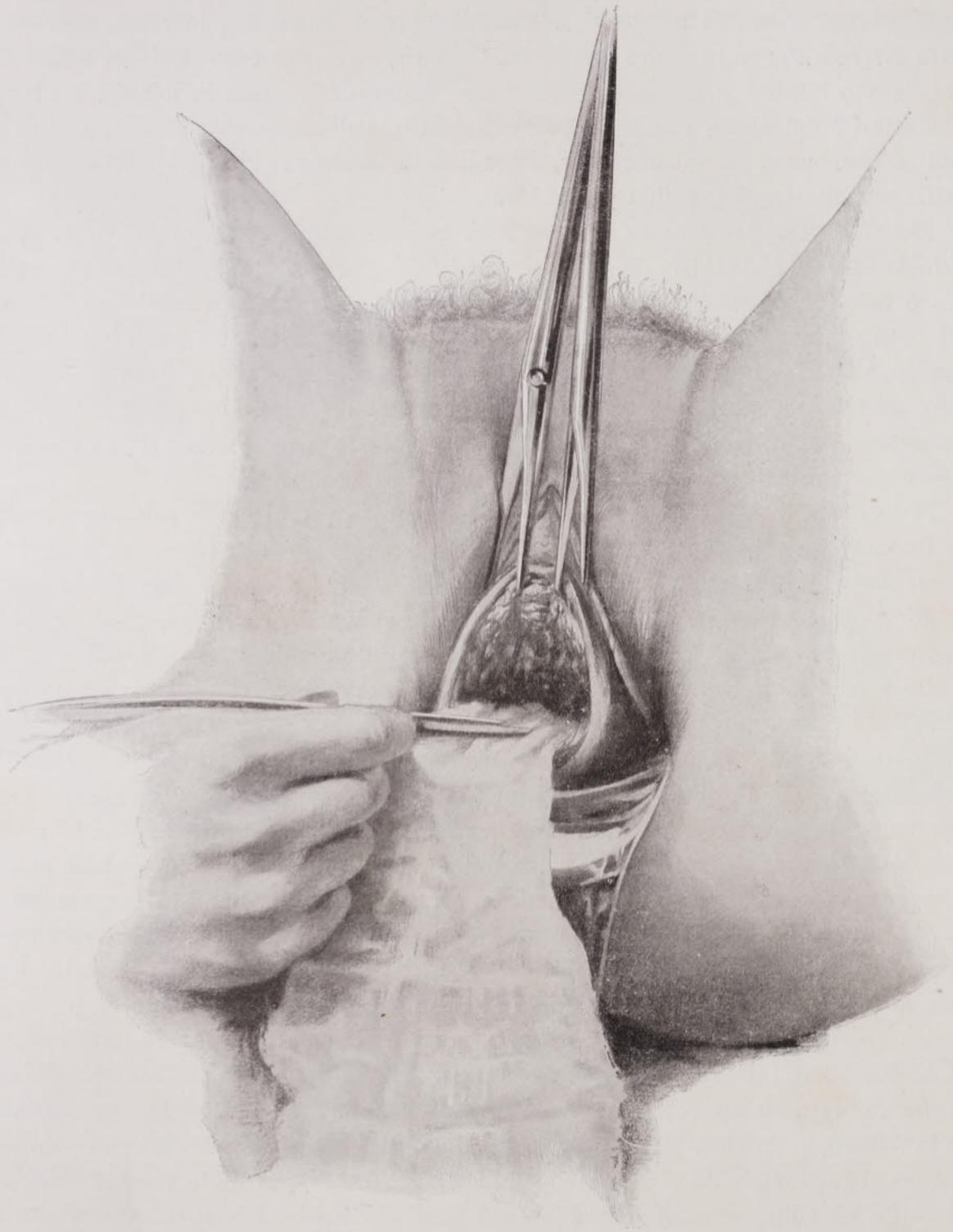


Fig. 505

Modo de introducir la gasa en la cavidad del útero

cuado por completo la víscera, hay necesidad de estimularla continuamente para impedir que las paredes se relajen de nuevo y mantener una conveniente retracción. Mientras se fricciona es muy ventajoso *comprimir el cuerpo del útero*, cogiéndolo con la mano como en la maniobra de CREDÉ y comprimiendo enérgicamente la parte posterior contra la anterior. También podrá intentarse la *compresión de la aorta descendente*; en la mujer que acaba de parir, este gran vaso se siente latir sobre la columna lumbar y puede ser fácilmente comprimido sobre la misma. La isquemia arterial del útero, que es la consecuencia inmediata de esta maniobra, lo estimula á contraerse enérgicamente y, de ordinario, la compresión de la aorta va seguida de una contracción válida y durable.

Si con el masaje no se consigue cohibir la hemorragia, *se podrá probar la acción ejercida sobre el endometrio por el calor y el frío*. Se llena un irrigador con agua pura fría ó caliente, y la cánula intrauterina guiada por el índice se introduce á través del cuello, hasta el fondo del útero, haciendo una irrigación con dos ó tres litros de líquido; mientras tanto se practicará el masaje á través de las paredes abdominales. Sólo las temperaturas muy altas ó excesivamente bajas son las que resultan estimulantes; si no disponemos de agua helada ó, por lo menos, á 10° C., se empleará á una temperatura que no baje de 50° C.

Si también fracasa el lavado, no se deberá insistir en el empleo de otros medios de dudosa eficacia, sino que se echará mano del recurso más eficaz contra las hemorragias atónicas, que es el *taponamiento intrauterino con gasa*, introducido en la práctica obstétrica por DÜHRSEN: después de evacuada la vejiga, se despliega la vagina con dos anchas valvas y se pone el cuello al descubierto, cogiéndolo con dos pinzas y bajándolo hasta la vulva. Entonces, sirviéndose de una pinza de gérmenes, una sonda ó una pinza bastante larga, se introduce la tira de gasa hasta el mismo fondo uterino, mientras que con la otra mano se comprueba, á través de las paredes abdominales, que la gasa llega hasta el fondo, y de este modo se va poco á poco relleno de gasa muy apretada toda la cavidad uterina. Al principio, la introducción de la gasa hace que la sangre salga todavía en mayor cantidad, pero bien pronto se producen contracciones, atenuándose la hemorragia y haciéndose más estrecha la cavidad uterina, de modo que el taponamiento puede completarse con una cantidad de gasa mucho menor de la que en un principio parecía necesaria. Para fijar mejor la gasa en la cavidad uterina se rellenan también, aunque de un modo menos apretado, el cuello y los fondos de saco vaginales. El tapón de gasa produce su acción hemostática de dos modos: comportándose como cuerpo estimulante que provoca contracciones enérgicas y comprimiendo directamente los vasos sanguíneos de la superficie cruenta placentaria. Son sumamente excepcionales los casos en que fracasa el taponamiento regularmente practicado. De ordinario, la víscera taponada no tarda en adquirir consistencia lapídea y se mantiene en conveniente estado de retracción. El tapón puede ser separado al cabo de 12 horas, sin temor de que la hemorragia se renueve.