

## TERAPEUTICA DE LA PLACENTA PREVIA

DR. VICTOR M. BAZUL \*

(Jefe del Pab. 5º del Hosp. Maternidad de Lima)

### PLACENTA PREVIA

La terapéutica de la placenta previa, antes de la introducción de la cesárea, abdominal, se fundaba en una serie de procedimientos, cuyo fin era cohibir, disminuir o suprimir las hemorragias. No hay un modo único de tratamiento; el buen modo depende de la variedad, de la importancia de la hemorragia, de su repercusión sobre el estado general, del estado de integridad del cuello del útero, de la facilidad de acceso a las membranas, del grado de infección, de la viabilidad del feto, del momento y medio en que se actúa.

El tratamiento de las hemorragias por inserción viciosa de la placenta sobre el segmento inferior se apoya sobre tres necesidades clínicas: 1º se debe suprimir la hemorragia que es impresionante; 2º es necesario evitar, en el curso de las maniobras toda nueva pérdida sanguínea, porque algunas veces el estado general ha sido comprometido de modo insidioso, sobre todo en las hemorragias a repetición, y el organismo no puede hacer el esfuerzo de reparar una nueva pérdida sanguínea por mínima que sea; 3º se debe evitar todo peligro de rotura del cuello y del segmento inferior, porque este accidente agrava la situación y es, casi siempre, un verdadero desastre.

No se debe olvidar que en la placenta previa una hemorragia, insignificante en sí, puede determinar la muerte, cuando otras hemorragias, también poco importantes, se habían presentado antes. Como dice con toda razón el profesor Stoeckel: "Si en una placenta previa el médico no ha observado por sí mismo y personalmente desde el principio las hemorragias, no debe dar ningún crédito a los datos que se le suministran sobre la cantidad de sangre perdida. Especialmente, porque se suponga que siempre ha salido poca sangre, no debe considerar el caso como leve, y fundar en esto un tratamiento expectante. Todos estos casos deben siempre tratarse de una manera activa e inmediata, para hacer imposible toda hemorragia ulterior. La mayoría de los casos de placenta previa no sucumben por un tratamiento equivocado, sino porque la intervención llegó demasiado tarde". La mayor parte de las comunicaciones de la literatura terminan con estas palabras: "A pesar de que durante el parto la mujer perdió tan sólo algunas cucharadas de sangre, sobrevino la muerte". "Del mismo modo que a lo último una gota es suficiente para que se derrame un recipiente, después de las hemorragias anteriores no controladas es frecuente que una mínima pérdida de sangre acarree la muerte".

---

(\*) Trabajo presentado a la III Sesión Inter-Americana del Colegio Americano de Cirujanos celebrada en Lima. Enero de 1955.

te por hemorragia. Una conducta al principio expectante tan sólo es admisible si la embarazada o parturienta se somete a la observación médica inmediatamente después de la primera pérdida sanguínea; o todavía mejor, permanece en observación en una clínica, de modo que sea posible una vigilancia exacta y objetiva de las hemorragias ulteriores y de su importancia (anemia progresiva)". Y recluída y vigilada la paciente, se podrá someterla a una terapéutica activa, que será fecunda en éxitos.

El ideal en el tratamiento de la placenta previa sería el vaciamiento rápido del útero, para permitir que este órgano haga su retracción y se produzca la hemostasia de los vasos abiertos; pero en la práctica esto no siempre es posible, de allí que para la terapéutica de esta grave afección se hayan señalado diversos procedimientos que pueden dividirse en dos grupos: métodos obstétricos y métodos quirúrgicos.

#### MÉTODOS OBSTETRICOS

Los Métodos Obstétricos han sido y son objeto de críticas severas, porque con ellos no se consigue siempre el fin que se persigue; sin embargo, empleados en forma conveniente y hábil, sobre todo en las variedades lateral y marginal de la placenta previa y cuando el cuello del útero ya tiene una dilatación suficiente, es posible conseguir resultados favorables.

El más antiguo y ya abandonado, es el parto forzado de A. Paré y Guillemau; el que después de la dilatación forzada y violenta del cuello, se extraía el feto por versión, casi siempre muerto; y producía graves lesiones de los genitales de la mujer, tales como la rotura del cuello y del segmento inferior, seguidas de grandes hemorragias o infecciones, que terminaban rápidamente con la vida de la gestante o parturienta.

Bonnaire modificó el procedimiento anterior; partiendo de una dilatación comenzada o con cuello dilatado, hacia la dilatación manual, bimanual o instrumental (separador de Tarnier o dilatador de Bossi), y después de penetrar en la cavidad uterina practicaba la versión seguida de extracción del feto; este método llamado por su autor "parto metódicamente rápido" era seguido con gran frecuencia de grandes desgarros de los órganos genitales de la mujer, porque la dilatación artificial nunca es completa, no hace sino distender el cuello y este fenómeno tiene un límite, mas allá del cual no se puede pasar sino desgarrando los tejidos blandos; no es como la dilatación fisiológica que se realiza por incorporación y acortamiento de fibras musculares que permiten el pasaje libre del feto sin producción de accidentes. El método de Bonnaire, es malo y peligroso; se puede extraer el feto, pero las lesiones del cuello y del segmento inferior, complicadas con hemorragias e infecciones son un verdadero desastre; sólo se debe emplear en los casos en que la dilatación esté muy avanzada.

Delmas ha propuesto una variante del parto forzado, fundándose en la dilatabilidad del cuello después de la raquiánestesia; los resultados obtenidos hasta el momento no son del todo satisfactorios y la mayor parte de los tocólogos lo rechazan por el peligro de las complicaciones que produce.

Leroux de Dijón en 1776 propone el taponamiento de la vagina, tratando de favorecer la formación de coágulos y facilitar la hemostasia de la zona desprendida; este procedimiento es malo y peligroso; malo porque él enmascara la hemorragia y no la detiene; despierta las contracciones del trabajo que aumentan el desprendimiento y las pérdidas sanguíneas; peligroso por las inoculaciones sépticas; traumatiza el cuello del útero y el segmento inferior, determina a su nivel erosiones y heridas; abre vías linfáticas y por el hecho de retener coágulos en el orificio uterino constituye un innegable peligro. Empleando este método se termina por formar un verdadero "medio de cultivo en vaso cerrado" al contacto de la herida placentaria. Frecuentemente doloroso e insuficiente, la sangre filtra a través de los tapones. Sin olvidar estos graves inconvenientes no se le puede separar de la práctica obstétrica. Se le considera como un procedimiento de ataque o tratamiento de urgencia, de excepción, frente a las grandes hemorragias o cuando se trata de conducir a una mujer a un centro hospitalario. No será dejado sino algunas horas, las suficientes para atender al estado general de la paciente; según las palabras de Lequeux como "un dedo que se coloca sobre un vaso que sangra". Este será un tratamiento de excepción destinado a obtener una seguridad pasajera, estableciendo una hemostasia transitoria. Las estadísticas de la época en que se usaba este tratamiento dan un índice de mortalidad materna del 10 a 40% y fetal del 60 a 80%. Hoy no se emplea.

Puzzos en 1774 preconiza un método que da resultados más satisfactorios: *la rotura amplia de las membranas*. En placenta previa lateral y marginal, puede dar buenos resultados, sobre todo cuando la presentación es cefálica y hay buenas contracciones; al hacerse la rotura precoz de las membranas con el perforador o una pinza y no con los dedos porque desprende más la placenta; se disminuye la tensión intrauterina, la cabeza encaja, comprime la zona de desprendimiento, se suprime la tracción sobre los bordes placentarios lo que facilita el ascenso y retracción del segmento inferior, que favorece la hemostasia y el cierre de los senos uterinos; en estas condiciones el parto puede seguir una evolución espontánea; pero no siempre esto tiene lugar; muchas veces la hemorragia no cesa, porque el lóbulo previo desprendido es muy voluminoso; las contracciones son irregulares y hay una presentación alta y anormal, nalgas, situación oblicua; estos factores impiden que se haga la hemostasia. Este método no siempre es fácil de practicar sobre todo en los casos de placenta previa central; los resultados obtenidos dan un índice de mortalidad materna del 10% y fetal del 45%. Cuando el parto no termina en forma espontánea se debe abandonar este procedimiento; pensamos en la versión precoz combinada o versión de Braxton Hicks.

En el año de 1864, Braxton Hicks, ampliando algunas ideas de Barnes, propone y realiza la *versión por maniobras mixtas*; este procedimiento tiene por objeto hacer la comprensión de la placenta utilizando las nalgas del feto; para lo cual, después de rotas las membranas con un cuello dilatado o dilatado, se extrae un pie, practicando simultáneamente la versión combinada; el miembro inferior extraído es descendido hasta que la rodilla se encuen-

tre en la vulva, entonces las nalgas ejercen su acción comprensora sobre la placenta desprendida, facilitando la retracción del segmento inferior que produce la hemostasia; se coloca un peso en la garganta del pie y se abandona el miembro para que el parto siga una evolución espontánea. Este método produce una hemostasia casi perfecta y facilita la dilatación del cuello que se hace en forma progresiva; no se debe nunca hacer tracciones bruscas sobre el miembro, por el peligro de desgarros de las partes blandas; Schroder ha condensado la doctrina del tratamiento en una frase muy gráfica: "Haz la versión siempre que puedas, no hagas jamás la extracción".

El procedimiento de Braxton Hicks es eficaz en casi todos los casos de placenta previa, no necesita el auxilio de ningún instrumento; no exige más que un poco de habilidad; su principal inconveniente es la mortalidad fetal que es elevada y llega al 60 ó 70%; pero en la inserción viciosa de la placenta, la vida del feto está muy comprometida cualquiera que sea el tratamiento seguido.

Otro procedimiento en el tratamiento de la hemorragia de la placenta previa, es el *balón dilatador o de la metreurisis de los alemanes*. Fué Barnes el primero que empleó el saco de caucho, que es elástico como la bolsa de las aguas; pero tiene el inconveniente que a cada contracción desciende en la vagina y acaba por salirse, lo que obliga a nuevas maniobras de colocación con todos los peligros.

Champetier de Ribes en 1888, tuvo la idea del *balón inextensible*; un saco cónico de seda recubierto en sus dos caras de caucho; lo esencial es colocar el balón dentro de la cavidad uterina y no entre el útero y las membranas, para lo cual habrá que romper la bolsa de las aguas y ponerlo de modo que comprima la superficie placentaria, de la que parte la hemorragia, de arriba a abajo. Este procedimiento tiene la ventaja de despertar fuertes contracciones lo que facilita la dilatación del cuello, cohibe la hemorragia, da buenos resultados; pero tiene el inconveniente de que el parto no siempre evoluciona en forma espontánea, lo que obliga a terminarlo por versión; además favorece la producción de procesos infecciosos y determina contracturas del útero que dificultan la extracción del feto; el índice de mortalidad materna es de 5 a 6% y el fetal de 35 a 45%.

Hastings Tweedy de la Escuela de Dublin, inspirándose en los trabajos de Sir William Smyly, ha practicado sistemáticamente y con buenos resultados, el *taponamiento de la vagina* con torundas de algodón embebidas en solución de lisol, haciéndolas llegar hasta la vulva, en los casos de placenta previa; el método se funda en el rechazo hacia arriba de los fondos de saco laterales de la vagina que comprimen el codo de la arteria uterina y realizan una hemostasia casi perfecta.

Willet ha perfeccionado el principio de *aplicar la presentación* sobre el segmento inferior y de comprimir la placenta desprendida, evitando la versión, sus dificultades y peligros; colocando dos pinzas de su invención sobre el cuero cabelludo del feto, ejerciendo luego tracción sobre ésta, por intermedio de un lazo que corre por encima de una polea, provisto de un peso de

una libra y media; este método produce lesiones pequeñas en el cuero cabelludo y dá resultados excelentes al decir de Lacey.

Simpson ha propuesto un método de hemostasia que consiste en el *arrancamiento de la placenta previa*. Desde la época de Guillemeau, se conocía un fenómeno, sobre el cual Simpson ha tenido el mérito de insistir, y es que si la placenta es expulsada en totalidad espontáneamente o por la acción de las contracciones uterinas, varias horas o minutos antes de la salida del feto, las hemorragias cesan completamente. Estos hechos han sido demostrados por el autor, cualquiera que fuese la época del embarazo en múltiples o primíparas, o la variedad de presentación. Se puede concluir con Simpson que "cuando la placenta es desprendida ligera y parcialmente, los peligros de hemorragia fatal para la madre son más grandes que cuando la separación del órgano es entera o completa". De aquí se deduce que para disminuir los peligros ligados a la hemorragia, se debe arrancar toda la placenta y dejar que el parto termine en forma espontánea; este método es fatalmente mortal para el feto, si el parto no termina en algunos minutos.

Los procedimientos obstétricos que hemos señalado adolecen de graves defectos; no hacen la hemostasia segura y perfecta; la desaparición y dilatación del cuello es lenta, inconveniente grave en una complicación en que se debe ir rápido; lesionan el segmento inferior, disocian las fibras musculares, fisuran el segmento inferior, abren numerosos vasos y alteran los elementos contráctiles que podrían oponerse a las hemorragias; así como los peligros de muerte fetal por dificultad en la circulación placentaria, por inspiraciones prematuras o por lesiones inherentes a una rápida extracción; agréguese a todo esto las posibles infecciones, a las que predispone la situación de las boquillas venosas de la zona placentaria, próxima a las regiones vaginales, nunca asépticas. Estos inconvenientes han obligado a los tocólogos a emplear métodos quirúrgicos en la terapéutica de la placenta previa que dan mejores resultados, especialmente cuando hay grandes hemorragias o se encuentra una placenta previa central.

#### MÉTODOS QUIRÚRGICOS

*Los métodos quirúrgicos* y en especial la *Cesárea* ocupan un lugar cada vez mayor en el tratamiento de las hemorragias por inserción baja de la placenta; por poco que éstas sean importantes y de modo preferente tratándose de la placenta previa central.

La *Cesárea* tiene una serie de ventajas: permite la evacuación rápida del útero, disminuye la distensión del segmento inferior, detiene casi siempre de modo definitivo las hemorragias; dá un gran número de niños vivos; evita la lentitud del trabajo y las lesiones del segmento inferior; es decir que esta operación contribuye a salvar un gran número de mujeres y niños. Pero no se crea que la *Cesárea* puede suprimir todos los peligros, algunas veces, las hemorragias no cesan, se presentan éstas después de la intervención o durante ésta, tomando el carácter de mortales; sin embargo, a pesar de su gravedad, se

puede en el curso de la operación poner en práctica procedimientos hemostáticos que por su acción directa son particularmente eficaces.

La cesárea tiene en sí un grave peligro, y es que se puede difundir o propagar la infección hasta el peritoneo. Si se recuerda el peligro que tiene toda cesárea tardía en los casos de distocia, que obligan con frecuencia a realizar histerectomía para evitar una infección masiva del peritoneo; se pueden deducir fácilmente que tratándose de una placenta previa los peligros infecciosos están considerablemente aumentados.

Estos peligros pueden existir no sólo de modo tardío sino también en forma precoz; porque los coágulos acumulados a nivel del segmento inferior y a nivel del cuello, enseguida de una hemorragia reciente, son excelentes medios de cultivo para los gérmenes, sobre todo si se han practicado exploraciones internas; y porque además el contacto del segmento inferior, a nivel de la parte desprendida de la placenta, con la cavidad cervical y la parte alta de la vagina, favorece la penetración de gérmenes a través de las bocas abiertas de los vasos de la región útero-placentaria, que toman después las vías linfáticas o sanguíneas para generalizar la infección.

Por otra parte la resistencia del sujeto está muy disminuída por la repetición de las hemorragias y una mínima cantidad de gérmenes expone a una infección grave; de estas consideraciones se deduce que la decisión de la cesárea, debe estar acompañada de todas las precauciones útiles contra la infección, por radicales que ellas sean.

Cuatro procedimientos quirúrgicos deben ser considerados: la Cesárea vaginal de Dürrssen, la Cesárea Corporal o Clásica, la Cesárea Segmentaria y la Cesárea seguida de histerectomía.

La cesárea vaginal ha sido preconizada en el tratamiento de la placenta previa no por su inventor Dürrssen, sino por dos grandes parteros alemanes: Bumm y Döderlein y luego por Jeanin y Brindeau en Francia y E. Febres O. en Lima; pero a pesar del prestigio de estos maestros, no ha encontrado partidarios en sus países respectivos. Se le puede hacer algunas observaciones: estando el segmento inferior mal constituido se presta poco a la creación de un orificio suficiente para la extracción sin peligro; la gran vascularización del segmento inferior en estos casos y la presencia de la placenta y su posible sección, hace que vaya acompañada de hemorragias profusas; con peligros de producción de embolias gaseosas mortales; la friabilidad del segmento inferior en las inserciones bajas favorece su desgarro por extensión de las incisiones, que pueden llegar hasta el peritoneo y dificultan la colocación de pinzas de Museaux, que aumentan a su vez la mayor propagación de las lesiones; además esta intervención tiene un peligro, y es la herida de la vejiga, que deja muchas veces fístulas vésico-vaginales.

Esta operación es posible usarla en algunas múltiparas, con vagina amplia y cuello cerrado; o cuando se ha comenzado por maniobras por vía baja y no se ha conseguido éxito; y para los casos en los cuales la asepsia de las vías genitales es dudosa. Pero esta indicación no siempre es eficaz, porque las vías abiertas a la difusión de la infección por la sección del segmento in-

ferior y por el traumatismo subsiguiente del parto, no son despreciables; por otra parte, los resultados de la cesárea segmentaria en aquellas mujeres con infección latente o comprobada, han hecho perder a la cesárea vaginal todo su interés.

La mortalidad materna que produce la cesárea vaginal llega a 22% (Döderlein) y la fetal oscila entre 21% y 54% (Martin y Le Liebre y Döderlein).

*La cesárea corporal o clásica* fué introducida como recurso terapéutico en la inserción viciosa de la placenta por la Escuela Americana. Siguiendo las ideas de Lawson Tait a partir de 1892 y 1893 fué practicada esta operación por Huston Ford, Varian, Zinke, Hare, Higgins; en Italia, el ejemplo de las ideas americanas encontraron eco y antes del siglo XX ya había sido practicada con idéntico fin por Mattaldi y Caruso en diversas ocasiones.

A partir de esa época, su aplicación se extiende particularmente a Alemania, donde principia a ser utilizada por F. Donoghue (1900) Weplter (1903) y por Dührssen (1904) quien la realiza por primera vez bajo la forma vaginal.

En el año 1908, Kronig y Sellheim, emprenden una verdadera cruzada en favor del tratamiento quirúrgico de la placenta previa, empleando distintas técnicas; el primero la cesárea clásica y el segundo la suprasinfisaria, y en el congreso de Berlín en 1912, estos dos autores fundándose en los trabajos anatómicos de Pawlow, y en deducciones anátomo-clínicas, llegan a sentar como conclusión: "que diagnosticada la placenta previa es necesario detener todo esfuerzo parturitivo normal".

En este congreso, la Escuela Francesa, por intermedio de Couvelaire y Lepage, sostienen en oposición a los dos tocólogos alemanes citados antes, los beneficios de los tratamientos simplemente obstétricos, opinión a la que se adhieren muchos obstétricos alemanes; y concluyen: que la práctica sistemática de la cesárea en la placenta previa es injustificada".

En el XVII Congreso Internacional de Ciencias Médicas (1913), reunido en Londres, Döderlein, tratando de esta misma cuestión, hace constar, la observación, que la terapéutica de las hemorragias ligadas a la placenta previa por la operación cesárea, con distintas técnicas, va adquiriendo progresivamente más adeptos, aunque en su concepto no debe ser nunca el tratamiento de elección, sino cuando llene ciertas indicaciones y bajo determinadas condiciones.

El gran partero americano Whitridge Williams en 1915, llamaba la atención sobre el abuso de la Cesárea y reservaba la cirugía a las hemorragias profusas con cuello rígido; el balón era para él, el método de elección en los casos habituales; es verdad, que por la cesárea se salva mayor número de niños que por los métodos obstétricos; pero como sobre este número hay muchos prematuros no viables, los beneficios obtenidos son mediocres; frente a estos conceptos, el mejor elogio que se le puede hacer a esta intervención es que ella evita al partero la ansiedad y pérdida de tiempo.

En el Congreso de Parteros y Ginecólogos de lengua francesa en 1921,

Couvelaire insiste nuevamente sobre el peligro de las infecciones latentes y de la extensión inútil del campo de la Cesárea, y se mantiene fiel a la rotura amplia de las membranas, al balón de Champetier de Ribes y a la versión separada. No reconoce sino tres indicaciones a la Cesárea: la existencia de una distocia asociada; la eventualidad de una hemorragia grave en una mujer que no está en trabajo de parto; y el mal valor funcional del útero (útero fibromatoso, o de gran múltipara con predisposición a la rotura); en suma, para este autor, la cesárea debe ser reservada a los casos excepcionales.

En el Congreso de Parteros y Ginecólogos de lengua francesa de 1933, en París: Paucot y Reeb, al ocuparse del tratamiento de la placenta previa concluyen por una conducta ecléptica.

En los años que han corrido después de estos congresos, las ideas han evolucionado, y la opinión de los tocólogos se ha armonizado, aunque no de modo absoluto, respecto de la necesidad de emplear la Cesárea corporal, como tratamiento de elección, en la placenta previa.

Entre nosotros la cesárea clásica en el tratamiento de la placenta previa, ha sido empleada por el Dr. Belisario Sosa Artola y por Juan Qiroz Chávez, quien presentó una tesis para el bachillerato en 1922.

A partir de 1930, su uso se ha difundido particularmente en la Maternidad de Lima, y todos los que actualmente trabajamos en ella la practicamos con frecuencia; personalmente, después de haber adquirido experiencia con esta operación, la hemos abandonado, sin dejar de reconocer que ella nos ha dado en gran número de casos, excelentes resultados.

La Cesárea corporal tiene por ventaja su simplicidad y la economía de tiempo, se le debe emplear siempre que se trate de casos puros; porque así, sus resultados son tan buenos como el mejor tratamiento; está indicada en las distocias asociadas: pélvis estrecha, tumor previo, cicatrices retráctiles de plásticas vaginales, cuello cicatricial de gran múltipara, esclerosis cervicosegmentaria, cuello no dilatado de primípara, trabajo lento; hemorragias abundantes con compromiso rápido del estado general; hemorragias a repetición, hemorragias violentas al principio del trabajo; placentas previas centrales, fracasos de los métodos obstétricos; según nuestra experiencia personal la indicación justa de la cesárea abdominal está en las inserciones viciosas centrales de la placenta y en las grandes hemorragias, solas o complicadas con otros accidentes, cualquiera que sea el momento en que se presenta y cuando el feto es viable y está vivo; en todos los demás casos los métodos obstétricos son suficientes. Para los casos de inserción viciosa, con infección latente o declarada, la cesárea corporal tiene el grave peligro de generalización de la infección, sus fracasos obligan al empleo de la *cesárea segmentaria*, cuyas ventajas y resultados favorables, ya nadie los discute.

La *Cesárea Segmentaria* en el tratamiento de las hemorragias por placenta previa, tiene múltiples ventajas, basta indicar por ahora que la protección del peritoneo, el asiento de la incisión en una zona de reposo del útero y la facilidad de la hemostasia, son las razones fundamentales de su superioridad sobre la cesárea corporal.



Además de las estrecheces pelvianas, la cesárea segmentaria o baja, tiene una indicación especial en la placenta previa, de modo particular en la inserción central, cuyas ventajas ya nadie discute. Introducida por Sellheim en 1908 y luego por Schickelé, Balard, Couvelaire, Brindeau y otros; la cesárea baja tiene en el tratamiento de las hemorragias por inserción viciosa de la placenta múltiples ventajas; la defensa de la cavidad peritoneal, aleja el peligro de la infección; el asiento de la incisión y la sutura uterina, combate felizmente la disociación del segmento inferior que se produce, y la solución de continuidad en las fibras uterinas que resulta; esta sutura permite al útero tomar nuevamente su tonicidad completa y por lo mismo se opone a nuevas hemorragias; si se, acompaña de abundante hemorragia al incidir el segmento inferior debido a su gran vascularización por la presencia de la placenta, en cambio combate las hemorragias ulteriores; finalmente la cesárea segmentaria permite ver bien el lugar de implantación de la placenta y facilita un tratamiento adecuado en caso de placenta acreta.

Esta operación actúa no sólo como *profiláctica* en los casos puros impidiendo la distensión del segmento inferior y por consiguiente la producción de hemorragias ulteriores, sino que es sobre todo una intervención *de elección o necesidad* para los casos de inserción viciosa de la placenta, *con infección latente o declarada*, cuya patogenia y peligros inmediatos los hemos señalado.

La Cesárea segmentaria está indicada en la placenta previa central, en las grandes hemorragias, solas o complicadas con otros accidentes, cualquiera que sea el momento en que se presenten y cuando el feto está vivo y es viable; en las distocias asociadas: pelvis estrecha, tumor previo, cicatrices retráctiles de plásticas vaginales; cuello cicatricial de gran multipara, esclerosis cervico-segmentaria, cuello no dilatable de primípara, trabajo lento, hemorragia a repetición y hemorragias violentas al principio del trabajo, fracaso de los métodos obstétricos. Según nuestra experiencia personal, la indicación justa está en la inserción central.

La *Cesárea seguida de Histerectomía* es un precioso recurso terapéutico en ciertos casos, sea porque ella realiza el máximo de hemostasia en las hemorragias rebeldes, o porque suprime el foco infeccioso en los casos seguros o probablemente infectados; la mejor técnica parece ser la de Reymond, o sea, la histerectomía en block seguida de histerotomía aplicable sobre todo a las graves infecciones que acompañan a la placenta previa.

El pronóstico de la placenta previa se ha modificado de modo notable con la mejora general de los métodos tocúrgicos que ha hecho descender la mortalidad del 20% que alcanzaba todavía hace 20 años al 5% (Goeike, 7%). Ha contribuído a este resultado la introducción de la cesárea en el tratamiento de esta complicación; y en los últimos años el uso de las sulfas; los antibióticos; las transfusiones de sangre, cada vez en mayor cantidad y repetidas a medida de las necesidades, y finalmente los procedimientos modernos de anestesia con los que se cuida mejor a las pacientes por el personal especializado en estas cuestiones.

El estudio de la mortalidad materna y fetal, en su evolución de unos años a esta parte, es particularmente interesante. La estadística general de Granzow tiene especial significación por abarcar 11,840 casos de placenta previa, con una mortalidad materna general de 6,4% y fetal de 33,9%. Wolfram en una estadística más limitada<sup>a</sup> da una mortalidad materna del 9,6%, que desciende a 7,3% en los últimos 100 casos, atribuyendo estos mejores resultados al empleo más frecuente de la cesárea. Paralelamente desciende la mortalidad fetal del 55,8% al 21,9%. Arnell, recientemente, indica el 7,6 y 32,3%, respectivamente, en una recopilación de 260 casos observados en estos últimos diez años. Irving compara sus resultados, (105 casos) entre los años 1916-1924 (7,6 y 47% respectivamente). Johnson, señala el cero por ciento de mortalidad materna y el 8,3% de mortalidad fetal.

El progreso es evidente. No obstante hay que tener presente, que tales resultados corresponden a Maternidades bien montadas y a casos atendidos por facultativos y personal colaborador muy experimentados. El principiante y el médico general no deben olvidar que, en mal ambiente y con recursos improvisados, la placenta previa está todavía recargada con una mortalidad alta.

Nuestra experiencia personal, en el tratamiento de la placenta previa, se refiere especialmente a la práctica de la cesárea segmentaria; introducida y difundida por nosotros en el Perú; desde diciembre de 1937 hasta la fecha, hemos tratado 50 casos de placenta previa central, con una mortalidad materna de cero por ciento y fetal del 10%. Todos los demás casos de placenta previa; variedades marginales y laterales, con hemorragias moderadas, son sometidos a tratamiento por métodos obstétricos, que nos ha dado buenos resultados.

Pensamos que en buen número de casos de placenta previa, el pronóstico se puede modificar favorablemente, si se pudiera disponer en las Maternidades de camas suficientes, que permitieran mantener en reposo a las gestantes por un tiempo suficiente, para lograr la madurez del feto y tener bajo control las posibles hemorragias ulteriores de la paciente.

Luchar contra todos los procesos infecciosos de los órganos genitales de la mujer por las secuelas que puedan dejar a nivel del endometrio, que favorece la implantación viciosa del huevo y sus consecuencias.

Perseguir la práctica cada vez mayor, de los abortos criminales, por las complicaciones que traen, que favorecen la producción de la complicación que nos ocupa.

Seguir en la asistencia del parto una conducta conservadora, absteniéndose de la práctica del parto quirúrgico, cada vez más difundido, y que no está exento de graves y serios accidentes infecciosos, que dejan secuelas que favorecen la producción de la placenta previa.

Y para terminar este trabajo damos a continuación los datos obtenidos en la Maternidad de Lima por el Dr. Timoteo López Hinostroza en su tesis de Bachiller (1953); y por el Dr. Gustavo Tello Velarde, en su Tesis (1950) sobre los casos de Placenta previa atendidos en la Maternidad de Bellavista;

datos que los creemos importantes porque permiten conocer la conducta y resultados obtenidos en estos Hospitales en el tratamiento de la placenta previa.

El primero en 5 años: 1948 a 1952 en 87,637 partos atendidos en la Maternidad de Lima, encuentra 224 casos de Placenta previa, con una incidencia de 0.25% ó sea, una por cada 400 partos.

Multiparas 200 (89-28%); 24 primíparas (10.72%); la mayor frecuencia se observa entre el 3º y 7º embarazo; la edad, comprendida entre 24 a 29 años, edad promedio 32 años.

La hemorragia se presentó en 206 ó sea, en 91.52% en el último trimestre; y 18 ó sea 8.52% en el segundo trimestre de la gestación; hemorragia única en 90 ó 40-18% y repetidas en 134 (59-82% —La variedad anatómica— clínica lateral 62 casos (27-67%), la marginal 47 casos (20-98%), la central total 42 casos (18-75%), la central parcial 58 casos (25-89%).

En el tratamiento de los 224 casos se han seguido los siguientes métodos:

Cesárea abdominal clásica 139 casos ó sea, el 62%; cesárea segmentaria 27 ó sea, el 12.5%; versión 40 casos ó, 17.85% forceps 7 ó sea, el 3.12%; parto espontáneo 11 que representa el 4.92%.

La cesárea clásica ha dado buenos resultados; con un índice de mortalidad materno 3 (2.16%) y fetal 10 (7.19%) de un total de 139 casos.

La versión por maniobras internas es la que ha dado el mayor porcentaje de mortalidad materna y fetal: 7 (17,50%) y 28 (70%) respectivamente, de un total de 40 intervenciones.

El Dr. Gustavo Tello, en su tesis indica que de un total de 30,040 partos atendidos en la Maternidad de Bellavista, hubo 112 casos de placenta previa ó sea, 0.37% entre los años 1940-1949.

La forma marginal 52 casos (41.96%); la central 32 (31.1%) y la lateral 28 (27.3%).

Con hemorragias únicas 77 (70%) y repetidas 32 casos (30%).

El diagnóstico radiológico se hizo en 7 casos, con buenos resultados.

La cesárea abdominal clásica, se ha empleado en 61 casos, la cesárea segmentaria en 27; la cesárea vaginal en 2, y la versión interna en 13 casos con resultados globales en la cesárea clásica 61 casos (8.19%) de mortalidad materna, y 36% de mortalidad fetal; la cesárea segmentaria en 27 casos dió cero por ciento de mortalidad materno y 22.½% de mortalidad fetal; la versión interna en 13 casos, dió 7.2% de mortalidad materna y 60% de mortalidad fetal.

En conclusión, entre nosotros, predomina la cesárea clásica en el tratamiento de la placenta previa, con resultados más o menos satisfactorios; sigue luego la cesárea segmentaria y después los métodos obstétricos; es decir que hemos seguido la evolución que se ha realizado en otros países, con resultados favorables.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.—V. M. Bazul.—La cesárea baja extraperitoneal en el tratamiento de las estrecheces pelvianas y de la placenta previa central —Actualidad Médica Peruana— Julio 1938.

- 2.—V. M. Bazul.—Contribución al estudio de la operación cesárea segmentaria — 1941.
- 3.—Froylan Villamón H.—Evolución de la cesárea — 1954.
- 4.—Timoteo López H.—Las placentas previas en la Maternidad de Lima — 1953.
- 5.—Gustavo Tello V.—Contribución al estudio de la placenta previa — 1950.
- 6.—Bazan Julio.—Resultados del tratamiento de la placenta previa en el Instituto Maternidad — Actas y trabajos — Cuarto Congreso Nacional de Medicina Tomo V, pág. 227-34 — Buenos Aires — 1932.
- 7.—Bazán Julio, Uranga F. A.—Tratamiento de la placenta previa — La Prensa Médica Argentina, pág. 2402-03 — Diciembre 1948.
- 8.—Ahumada y Peralta Ramos.—Revista Latino-Americana de Ginecología y Obstetricia Placenta previa-tratamiento — Junio 1953, vol. 6.
- 9.—Neira Pardo.—Etiología de la Placenta previa — Revista Cubana de Obstetricia — Abril 1952, vol. 24.
- 10.—Manuel Luis Pérez.—Tratado de Obstetricia. Tomo II, pág. 320-336 — 1943.
- 11.—Dr. W. Stoeckel.—Tratado de Obstetricia T. II, pág. 558-574.
- 12.—Dr. José Botella Llusía.—Patología obstétrica, pág. 425-443.
- 13.—Dr. Dexeus Font.—Tratado de Obstricia T. II, pág. 788-816.
- 14.—N. J. Eastman.—Obstetricia de Williams, pág. 581-596.
- 15.—De Lee-Greenhill.—Principios y Práctica de Obstetricia. Pág. 569-595.
- 16.—Alfred Beck.—Práctica de Obstetricia. Pág. 611-618.
- 17.—J. M. Ruiz Contreras.—La placenta previa.
- 18.—Vignes.—L'insertión du placenta sur le segment inferieur.
- 19.—Ch. Maygrier.—A. Schwaar — Précis D'Obstetrique. 4ta. edición.
- 20.—Fabre-Trillat.—Magnin — Précis D'Obstetrique. T. II. 51-63.
- 21.—E. Levy Solal, J. Grasset — Syndrmes Pathologique de la grávido-puerperalité 329-336
- 22.—A. Doderlein.—Tratado de Obstetricia. T. II. — 1938.