

## **Desprendimiento prematuro de placenta e hipofibrinogenemia**

### **Reporte del Primer caso en Costa Rica**

por

Dr. Romano Delcore\*

Dr. Constantino Urcuyo\*

A pesar de que ya De Lee en 1901 y Williams en 1915 prestaron atención al hecho de que el desprendimiento prematuro de placenta en ocasiones se acompañaba de hemorragia incontrolable, no fue sino Dieckman (3) en 1936 quien observó el tiempo de coagulación prolongado en estos casos y fueron Moloney y col. (3) quienes primero usaron fibrinógeno para corregir el defecto de coagulación.

Esta deficiencia de fibrinógeno acarrea una mortalidad del 12% entre las madres según Longo y col., quienes estudiaron 48 pacientes. Tan elevada mortalidad indica que, a pesar del 6% (3) o del 20% (1) de incidencia de hepatitis después de su uso, el fibrinógeno actúa dramáticamente en estos casos y no se debe dudar en emplearlo. Algunos autores (2) llegan a usar 8 gm de fibrinógeno como dosis inicial al comprobarse el defecto de coagulación, pues creen que parte de él se destruirá por la fibrinolisisina circulante.

El siguiente es el primer caso de desprendimiento prematuro de placenta e hipofibrinogenemia que se reporta en Costa Rica; su evolución nos demuestra que la solución inmediata del problema obstétrico así como el uso liberal de sangre y fibrinógeno, son factores esenciales en la recuperación de estas pacientes. En aquellos casos de desprendimiento prematuro de placenta en que el parto vaginal no sea inminente, no se debe dudar en efectuar una cesárea, aún en presencia de un feto muerto; no olvidar que no es sino hasta que se evacúa el útero, que la causa de la hipofibrinogenemia desaparece (1-3). Nos enseña este caso, como ya lo expuso Ferguson (4), que el útero de Couvelaire no es más que un interesante fenómeno, que no implica necesariamente el tener que efectuar una histerectomía.

---

\* Servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios.

A. S. de G. paciente privada de 28 años; cuatro partos anteriores normales y un aborto. Vista la primera vez el 16 de febrero de 1960, señaló ser su última regla el 6 de septiembre de 1959, fijándose como fecha probable de parto el 13 de junio de 1960. En cuatro visitas prenatales siguientes, su P.A. se mantuvo en 120-80, no hubo edema en ninguna oportunidad y su peso subió de 145 lbs. en febrero a 154 lbs. en mayo 10, fecha del último prenatal; en esta ocasión, la orina fue negativa, P.A. de 115-80, no había edemas, el fondo uterino a 27 cm., corazón fetal positivo y presentación cefálica.

El 28 de mayo, con embarazo de 8 meses y dos semanas, acusa dolor intenso abdominal y desvanecimiento, sin pérdida de conocimiento. A las 9 a. m. ingresa a la Clínica, sintiéndose "descompuesta". Vista a las 9.30 a. m. se encuentra: paciente que refiere dolor abdominal severo y mareo; no ha sangrado. Examen físico: enferma pálida, nerviosa con P.A. de 100-70, pulso de 80 y ligera disnea. Abdomen tenso, muy doloroso y duro; altura uterina correspondiente a la gestación. No hay corazón fetal. Tacto vaginal: cuello cerrado y duro; al retirar el dedo, se inicia intensa hemorragia, que a los 15 minutos se hace masiva.

Se diagnostica desprendimiento prematuro de placenta, feto muerto y se decide cesárea por las condiciones del cervix.

Se inicia terapia endovenosa en dos vías (suero glucosado y peristón en tanto llega la sangre ordenada). A las 10 a. m. se toman 5 cc de sangre de la paciente que se dejan en un tubo de ensayo inmóvil en 45°, al controlarlo a los 15 y 30 minutos, esta sangre está completamente líquida. En este momento el laboratorio reporta "completa incoagulabilidad sanguínea". A las 10.30 a. m. se inicia transfusión de 500 cc de sangre fresca y se pasa el primer gramo de fibrinógeno se hace cesárea y se extrae feto muerto; la placenta desprendida en un 100% de su superficie. El útero se contrae bien y presenta la típica coloración azulada llamada de Couvelaire. A las 11 a. m., terminada la operación, se observa cómo los puntos en que se han puesto inyecciones intramusculares sangran sin interrupción. Hay profusa hemorragia vaginal, notándose cómo esta sangre no coagula. De 11 a. m. a 1.30 p. m. con una P.A. de 80-60, se transfunden 3 litros de sangre, 500 cc de peristón, 6 gramos de fibrinógeno y 100 mgs. de solu-cortef (R). La muestra de sangre obtenida a las 12 meridiano, muestra ya formación del coágulo a los 15 minutos.

A las 2 p. m. la P.A. era de 105-80, ya no había hemorragia vaginal, útero bien contraído, los puntos de las inyecciones intra-musculares ya no sangran, y la paciente tranquila bajo el efecto de 100 mgr. de Demerol (R).

Después de 3 días de fiebre pos-operatoria, no hubo ninguna complicación. Se quitaron puntos y se dio salida a los seis días.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se reporta el primer caso de desprendimiento prematuro de placenta con hipofibrinogenemia demostrada en Costa Rica con pruebas de laboratorio.
2. El tratamiento obstétrico debe ser agresivo: si el cervix lo permite,

parto vaginal rápido; en otras condiciones, cesárea inmediata.

3. Se demuestra la eficacia del fibrinógeno, que debe ser suministrado en dosis altas (2 a 10 Gm.) y en el menor tiempo posible.

4. La presencia del útero de Couvelaire no debe precipitar una histerectomía innecesaria.

5. Se hace evidente la necesidad de que toda institución que maneja casos obstétricos, mantenga siempre al alcance de los obstetras por lo menos 10 Gm. de fibrinógeno.

### SUMMARY AND CONCLUSIONS

1. The first case of severe abruptio placentae with hypofibrinogenemia is reported in Costa Rica.

2. We are of the opinion that the obstetrical procedure should be aggressive; if the cervix permits this, a rapid vaginal delivery; in other conditions, an immediate Cesarean section.

3. We have proved the efficiency of fibrinogen, which should be used as soon as possible and in high doses (up to 10 grams.).

4. The presence of a Couvelaire uterus should not hasten an unnecessary hysterectomy.

5. It is therefore evident that all those Institutions who handle obstetrical cases should always have at the disposal of obstetricians at least 10 grams of fibrinogen.

### BIBLIOGRAFIA

1. ADAMS, JOHN Q.; HENRY, L. C.; SCHREIER, PHIL C.  
Management of premature separation of the placenta. *Obst. & Gynec.* 14 (724-729); 1959.
2. BEISCHER, N. A.  
Acquired hypofibrinogenemia in pregnancy. *Obst. & Gynec. Survey* 15 (202-204); 1960.
3. LONGO, LAWRENCE D.; CAILLOUETTE, J. C.; RUSSELL, KEITH P.  
Fibrinogen deficiencies in pregnancy. *Obst. & Gynec.* 14 (97-106); 1959.
4. FERGUSON, JAMES HENRY  
Severe abruptio placentae. *In Clinical Obstetrics and Gynecology* (68-75); March 1960.