

Un Caso de Hipofibrinogenemia *

por

Dr. Oscar Hidalgo M.

M. R. S. de 24 años de edad, raza blanca, reside en Esparta, oficios domésticos, ingresa el 24 de agosto y sale el 4 de setiembre del año 61.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES:

Alimentación deficiente, ha sufrido toslerina, sarampión y rubeola. Menarquia a los 14 años, con ritmo de 30 por 3 hasta los 19 años, edad a la que casó. Año y medio después tuvo su primer parto, normal. Año y medio después parto prematuro gemelar, dando a luz un varón de 6 libras 14 onzas, y una niña de 5 libras 12 onzas. El tercer embarazo es el que la hizo ingresar al hospital.

ANAMNESIS:

Ingresó al hospital por sangramiento vaginal en discreta cantidad, que tenía 3 horas de haber aparecido, aspecto rutilante y pocos coágulos. Simultáneamente inició dolor intenso lumbosabdominal, rítmico y progresivo, que ella compara a molestias propias de parto. Cuando se disponía a venir al Hospital tuvo lipotimia, enfriamiento, sudoración y vómito, y poco después hizo para escupir algo sa'ado y vió que era saliva rajiza de aspecto sanguinolento. Un rato después de su internamiento la hemorra-

* Servicio de Obstetricia "Dr. Alfredo Sardiñas" del Hospital San Rafael de Puntarenas.

gia aumentó de manera súbita y alarmante, que ameritó atención de emergencia. La última regla había sido el 30 de mayo, pero notó que al iniciar la hemorragia se le creció rápidamente el útero en comparación al tamaño que tenía aún ese mismo día temprano. Asegura que tenía movimientos fetales pero que hoy desaparecieron.

EXPLORACION:

Mujer joven, sumamente pálida, que manifiesta inquietud. Se nota ausencia del miembro superior izquierdo desde el tercio superior del antebrazo; disnea moderada. Pulso 100. Tensión arterial 110-60. Tórax normal. El abdomen muestra altura uterina como de sexto mes de gravidez, llamando la atención la dureza visceral permanente. Abundante hemorragia vaginal rutilante, sin coágulos. El examen por especulum de Cusco muestra cervix cerrado, de aspecto normal, que por su os externo puntiforme da salida a gran cantidad de sangre.

Ante la evidencia de necesidad urgente de evacuar útero, no se consideró prudente vía baja por estar el cervix cerrado y la espera prolongada pondría en peligro la vida. Por ello se optó por vía alta, cesárea de emergencia, previas dos transfusiones puestas no a goteo sino a chorro seguido, y premedicación usual, con los siguientes datos:

PRE-OPERATORIO:

Gravidez de 3 meses y medio, desprendimiento placentario y anemia aguda.

OPERACION:

Microcesárea baja estética longitudinal según técnica del Dr. Alfredo Sardiñas.

HALLAZGOS:

Por trasluz el peritoneo parietal indicó líquido hemorrágico en cavidad, lo que se comprobó al abrirlo, más la exploración minuciosa y repetida no mostraba la causa de esa hemorragia.

Útero con paredes equimóticas. Al hacer la histerectomía se nota que el útero es arcuato, existiendo un septum grueso en sentido longitudinal. La mitad derecha alojaba un producto muerto recientemente de edad en relación con la fecha de la amenorrea, con la placenta desprendida. Extracción del feto y anexos. Mitad izquierda del útero vacía. En este momento se notó que el sangramiento de la viscera era incontenible y que la sangre no coagulaba. Al hacer reconstrucción todos los planos viscerales y parietales dieron profusa hemorragia, tanto en sábana como hasta en las zonas de puntura de las agujas, que no se coartaba en ninguna forma. Se aplicó al término un saco de arena sobre el apósito, pero persistió gran hemorragia vaginal post-operatoria.

POST-OPERATORIO:

Se aplicaron 20 mg de konakion por vía endovenosa, dos ampollas de nalfionin, y un gramo de fibrinógeno. Analgésicos y cuidados usuales. Pocas horas después el sangrado cesaba, y en adelante el post-operatorio fue enteramente normal. Diuresis y defecación espontáneas. Curva térmica elevada 4 días, posiblemente debido a reabsorción de sangre residual, y no por sepsis, ya que la evolución fue buena y no se aplicaron antibióticos.

LABORATORIO:

Coagulación 3 minutos, sangrado 1 minuto, grupo IV, Rh. positivo, hemoglobina 10 gm., hematocrito 28. En nuestro medio no son posibles las pruebas de laboratorio propias para diagnosticar fibrinógenopenia.

DIAGNOSTICO FINAL:

Gravidez de 3 meses y medio, desprendimiento de placenta normoinserta, shock, hipofibrinogenemia.