

Trabajos de la Clínica Maternal de Sta. Madrona. Visita S. Dexeus Font

## Indicación de cesárea por cardiopatía descompensada

por los doctores

**Miguel S. Salarich**

y

**Federico Viscasillas**

Es cosa sabida que las lesiones cardíacas en concomitancia con un embarazo, tienden a su agravación durante el curso del mismo, que se exacerba en el momento del parto. Se aconseja, clásicamente, evitar los esfuerzos desmesurados del trabajo, especialmente en el período expulsivo, a base de una intervención abreviadora de este período. No obstante, pueden existir casos, en que, por aparecer una precoz descompensación en los primeros momentos del parto o antes del mismo, nos obliga a una solución toecúrgica de mayor envergadura. Tal es el caso presente.

*Historia clínica.* — M. B. V., de 41 años. Antecedentes familiares sin importancia. En sus antecedentes personales figuran sarampión, anginas de repetición. Menarquia a los 14 años, tipo 5/27, con ligera dismenorrea.

Dos años antes del motivo de nuestra consulta padeció esta enferma una lesión pleural de tipo probablemente reumático, a partir de la cual viene quejándose hasta la fecha de una tos persistente con ligera espectoración mucosa. Aqueja durante la última época disnea de es-

fuerzo y pequeños edemas maleolares que se acentúan por las tardes.

Después de 13 años de matrimonio estéril sobreviene una primera gestación cuya última regla fué el 20-II-33. Durante el actual embarazo no presenta fenómenos simpáticos gravídicos. Tos con espectoración muco-purulenta, que persiste y que se acentúa a medida que va avanzando el embarazo.

La vemos por primera vez en el transcurso del séptimo mes y anotamos: disnea de esfuerzo, tos, espectoración mucosa; oliguria; edemas maleolares; taquicardia, tonos apagados, estertores húmedos en ambas bases. Obstétrica-mente, embarazo de séptimo mes; altura uterina 26 cms., presentación de V. O. I. D. T. Pelvis plana.

El 21-X. Altura uterina: 28 cms. Presentación de V. foco positivo. Tensión 14'5-9. Continúa con edemas, tos, oliguria, disnea.

Un mes antes del parto (11-XI): V. libre I. T. Altura uterina, 30 cms. Sigue aumentando el cuadro de hiposistolia, a pesar del tratamiento médico instituido, llegando al extremo de no tolerar el decúbito supino, pasándose las últimas tres semanas sentada (ortopnea), con extensos edemas por todas las extremidades inferiores.

Se inicia el parto, de término, a la 1 hora del 15-XII, con rotura de membranas y pequeñas contracciones, que se van acentuando hasta las 9 horas de la mañana, en que observamos: *Apa-*

*rato circulatorio*: Punta late en 6.º espacio intercostal algo por fuera de la línea media clavicular, áreas aumentadas, especialmente las del corazón izquierdo. Foco mitral; tonos apagados. en especial el segundo; ningún soplo, pulso rítmico a 140 por m., de poco volumen; tensión, 18/12 (Vaquez), edemas acentuados en piernas, muslos, genitales externos y hasta las primeras vértebras lumbares; palidez, poca cianosis, oliguria, albuminuria (1 gr.). *Aparato respiratorio*: Ortopnea, 28 inspiraciones por m., respiración de tipo torácico-submatidez en las bases, con murmullo disminuído y subcrepitantes de congestión. *Hígado cardíaco*. *Puntos renales* dolorosos. Las contracciones se suceden ahora, de regular intensidad cada 6 ó 7 minutos. Por tacto vaginal se aprecia el cuello uterino aún no totalmente borrado. Se le administran 5 c. c. de aceite, 1 c. c. de cafeína y estrignina y 1 c. c. de ouabaina IV.

*Intervención* (A las 11'45 h. del 15-XII).— Raquiianestesia con 0'08 grs. de novocaína entre primera y segunda v. lumbar. Paulatinamente la enferma es colocada en decúbito supino, logrando a los 5' tolerar esta posición.

Laparatomía media infraumbilical. Disección del peritoneo visceral. Incisión del segmento inferior transversalmente a 1 cm. por debajo de la línea de despegamiento de la serosa. Busca del pie fetal y extracción mediante versión por estar la cabeza descendida y la incisión segmentaria bastante alta en este caso, corresponder a nivel del cuello fetal. Extracción de la placenta. Sutura en doble capa de la incisión uterina; sutura del peritoneo. Ligadura y sección de trompas. Sutura de la pared por planos. Vendaje abdominal apretado y colocación encima del mismo de un saquito de arena de 1 kgr. de peso.

Intervención bien tolerada, poca disnea, pulso tenso. Se le ha administrado en el curso de la misma, aceite, coramina, oxígeno, diuresinol.

Feto vivo, masculino, de 3.300 grs., con un pequeño pulgar accesorio en la mano izquierda, que se le amputa a los cinco días.

Curso: Por la tarde; no ha orinado todavía. Posición semi-sentada bien tolerada. Ouabaina intramuscular por dificultad venosa, aceite, coramina, ginergeno. Tensión 15/10; pulso 120 por minuto. Inspiraciones, 26. Tonos cardíacos apágados. Día 16. Pulso regular. Escasa disnea. Expectोरación. Tónicos. Tensión, 13'5/8'5. Sondaje: 400 grs. de orina, que analizada da el si-

guiente resultado: lensidad, 1030; albúmina positiva, 1 gr.; glucosa positiva débil; sales biliares, negativas; pigmentos biliares negativos; urobilina negativa; reacción de la bencidina positiva; cloruros, 8'19 grs. 0/00; sedimento: de 3 a 4 leucocitos por campo, abundantes glóbulos rojos; células epiteliales vesicales en número normal. Sin bacterias. Día 17: pocos edemas; micciones seguidas; no ha podido medirse la cantidad global. Día 22: Forunculosis. Abandona la clínica el 30-XII. Lactancia artificial por consejo médico. Feto en perfecto estado, vacunado con B. C. G.

En favor de la etiología de la cardiopatía tenemos las anginas de repetición en su infancia, las cuales nos explicarían la nefritis crónica que diagnosticamos por la albuminuria y edemas, signos que aunque podrían ser la expresión de una toxicosis gravídica, su aparición precoz, en los primeros meses del embarazo, nos hace pensar que no es la gestación la causa de ellos. Tampoco, no obstante, debemos imputarlos exclusivamente a su afección cardíaca, porque, además, el hallazgo de puntos renales dolorosos, hipertensión de mínima (12) y sedimento urinario con leucocitos y abundantes hematíes (orina recogida por sondaje) nos habla en favor de la causa renal. Aceptada la nefritis y teniendo en cuenta el tipo de cardiopatía, podemos considerar dicha nefritis como causa etiológica del proceso cardíaco, caracterizado por hipertrofia y dilatación del ventrículo izquierdo, sin ningún soplo, presiones 18/12 (Vaquez) que el miocardio lucha bien contra el obstáculo renal (cardio-renal).

Además, tiene la enferma en su historia una pleuresía al parecer reumática, otra gran fuente (reumatismo agudo-infeccioso) productora de cardiopatías.

En cuanto a la relación que dicha cardiopatía pueda tener como causa patogé-

nica con los 13 años de esterilidad matrimonial, podría explicarse por un retardo en la circulación que ocasionaría una congestión uterina excesiva que dificultaría el anidamiento del huevo. Por otra parte, no se encuentra en los genitales de la paciente, ninguna causa estática o funcional que pudiera ser la causa de dicha esterilidad.

Durante el embarazo, se comprende que el corazón izquierdo sometido ya a un trabajo superior al normal, desde largo tiempo, por la lesión renal, se vea sometido a un mayor esfuerzo y desfallezca por causas mecánicas (pues a la circulación materna, aumentada en su región pelviana por la gravidez, se une la fetoplacentaria) mas el factor tóxico gravídico de un valor innegable, que es el que explica las descompensaciones en los primeros meses, cuando las anteriores no son todavía imputables, llegando a la asistolia cuando se suma a todo lo anteriormente dicho, el trabajo del parto.

Al llegar a la última etapa del embarazo la descompensación cardíaca de la enferma se acentuaba progresivamente. Una tos continua y una disnea de esfuerzo y en reposo impedían a la enferma la posición decúbito teniendo que permanecer continuamente sentada. Los edemas eran muy acentuados en las extremidades inferiores. Seguía un tratamiento médico. Se advirtió a la familia la posibilidad de una intervención precoz que íbamos acentuando cada vez. Luchamos aquí un poco con la resistencia familiar al ingreso en la Clínica y la aversión a una intervención que consideraban en el otro caso más aleatoria. Por otra parte, el estado no desesperado de la enferma, el drenaje relativamente aceptable de los emuntorios permitían una prudente espera armada que sostuvimos hasta que se presentaron

los primeros síntomas del parto. El volumen uterino no exagerado que hacía prever unas dimensiones y volumen fetal no excesivos, hasta el punto que durante el embarazo habíamos comentado la posibilidad de un error en la época subjetiva del mismo, nos impelían a retrasar todo lo posible su interrupción en miras a los intereses fetales, muy estimables en este caso por tratarse de un hijo que venía después de una esterilidad de 13 años, y que por otra parte podía presentirse único por la edad de la enferma, al propio tiempo que por el riesgo que representaba una ulterior concepción.

Una vez comenzado el parto, a las pocas horas del curso del mismo fuimos avisados por las repetidas crisis de decaimiento cardíaco que presentaba. Ordenamos el ingreso en la Clínica. El estado general de la enferma era en este momento alarmante, el curso del parto extremadamente lento, se imponía un tratamiento heroico y nuestra decisión operatoria fué motivada por diferentes razonamientos.

De no operar seguidamente, el caso requería como terapéutica inmediata una sangría abundante, seguida de la administración de tónicos vasculares, purgante dástrico, etc. Si hubiera mejorado súbitamente nos exponíamos al cabo de unas horas a encontrarnos en una situación parecida, por cuanto el esfuerzo del trabajo del parto hubiera seguido fatigando el corazón de la enferma agravando su dolencia y, por tanto, en un momento u otro tener que recurrir a una intervención, en condiciones más agravantes y con un pronóstico mucho peor. De todas maneras, esto hubiera sido posible o factible, si las condiciones obstétricas o locales del caso hubieran sido otras, es decir, si hubiéramos tenido la esperanza de una solución espontánea relativamente pronto o al me-

nos un adelanto en la mecánica del parto, que hubiera hecho prever para poco después una terapéutica tocológica sencilla y de poca monta.

En contra de esta posibilidad teníamos dos factores: el general de la primiparidad añosa, y el factor local de la escasa modificación cervical a pesar de llevar 8 horas de contracciones con bolsa amniótica perforada.

Por este mismo camino llegamos a las consideraciones pertinentes a la indicación de la vía a seguir y de la técnica empleada.

Si con una terapéutica médica hubiéramos solucionado momentáneamente el conflicto surgido con urgencia, y hubiésemos podido lograr un mayor adelanto del trabajo, con dilatación avanzada, es evidente que la solución vaginal mediante fórceps o versión hubiera representado un menor traumatismo o shock a la enferma, pero en el momento en que surgió la indicación operatoria por las circunstancias enunciadas anteriormente y que no hemos de repetir, no podíamos disponer de una intervención sencilla; y ante las dificultades representadas por una cesárea vaginal seguida de extracción con posible pelvitomía en el curso de la misma, preferimos una intervención menos laboriosa, mejor reglada y no contraindicada por los peligros sépticos, bastante alejados todavía, en el momento presente, mayores naturalmente, unas horas después.

La técnica seguida en la realización de la cesárea fué: incisión laparotómica longitudinal, y transversal del segmento inferior. Aún teniendo preferencia por la incisión cutánea de Pfanneustiel en la práctica de la cesárea segmentaria, varias razones nos indujeron a practicar la incisión longitudinalmente. Dudábamos, *a priori*, si la enferma resistiría el decúbi-

to supino y menos de Trendelenburg, caso de necesidad, una vez anestesiada, y además, temíamos que, de lograrla, pudiéramos prolongarla mucho rato. Es evidente, que de vernos obligados a intervenir en la posición semisentada, la incisión transversal de la pared, hubiera representado una dificultad no sólo en el tiempo, sino también en la facilidad de actuar pulcramente; por otra parte, la incisión longitudinal que nos cubría fácilmente este riesgo, nos permitía en el caso de tener que actuar rápidamente, si a ello nos hubiésemos visto obligados, la incisión clásica o corporeal del útero, a la cual, dicho sea de paso, nos repugnaba tener que recurrir, puesto que la tenemos totalmente abandonada de nuestro arsenal técnico.

Afortunadamente, la mujer estuvo a cubierto de estas complicaciones y pudimos lograr la extracción fetal por vía segmentaria. Practicamos la incisión del segmento inferior transversalmente, no sólo por ser de práctica sistemática en nosotros, sino que en este caso la creíamos más indicada que nunca, por la razón de que en un útero escasamente modificado por la presencia de cuello con las pocas horas de contracciones uterinas, el segmento inferior no estaría lo suficientemente ampliado para poder alojar, longitudinalmente una incisión de amplitud suficiente y tener que abarcar parcialmente el cuerpo del útero, con los agravantes de toda incisión corporeal y sin los beneficios de una cicatriz total y estrictamente segmentaria.

Terminada la intervención, se practicó la esterilización (aceptada por la familia), mediante ligadura y sección de las trompas, indicada (toda vez que se había recurrido a la vía abdominal y no representaba trastorno alguno para la enferma), por la gravedad que había adquirido la

lesión cardíaca durante el embarazo y el peligro a que se exponía la enferma ante una ulterior gestación. Sabido es el peor pronóstico que cada embarazo subsiguiente infunde a la cardiopatía en sí, y en este caso no era despreciable el hecho de que una enferma a los 41 años de edad, próxima por tanto a la menopausia, no debía infundirle pavor el hecho de una esterilización voluntaria cuando involuntariamente estaba ya muy próxima a ella.

Preferimos la raquianestesia a la anestesia general, por la lesión en sí, por la concomitancia de procesos pulmonares y hepáticos, por la hipertensión dominante y por tratarse de una intervención de larga duración. La preferimos también a la anestesia local por su facilidad, por la rapidez que requería el caso y al propio tiempo que gracias a ella, a la hipotensión que provoca, con el descenso de máxima y mínima, pudimos lograr un bienestar a la enferma, que toleró el decúbito, facilitó la intervención, cosa que no hubiéramos favorecido con la práctica de la anestesia local.

La intervención favoreció grandemente a la enferma; bajo el punto de vista obstétrico se logró rápidamente la evacuación uterina, sin perjuicio del estado general, ni dió lugar a ninguna complicación traumática, hemorrágica, ni infectiva. Bajo el punto de vista médico hizo retroceder los trastornos o síntomas de hiposistolia que amenazaban la vida materna. Los edemas desaparecieron rápidamente, las tensiones tendieron a una normalización pronto, las misiones de orina aumentaron en cantidad, y rápidamente la mujer pudo abandonar el lecho y la clínica en condiciones idénticas a las de su estado antes del embarazo. Persistió los, con pequeños síntomas respiratorios,

con la disnea de esfuerzo ya crónicas en ella. Sigue bajo la tutela del internista.

*A posteriori*, no nos arrepentimos de haber obrado como hemos expuesto, a las primeras horas de comenzado el parto, con anestesia raquídea, por vía abdominal suprasinfisaria y haber practicado una esterilización que la pone a cubierto de los posibles peligros de inusitada gravedad que para ella representaría una gestación ulterior.

#### RESUM

*Es tracta d'un cas de gestació en una malalta cardiorrenal, de 41 any, després de tretze anys de matrimoni estèril. El seu estat general, així com la lentitud del treball del part, obligaren a una solució del mateix, ràpida i precoc. Aquesta consistí en una cesàrea suprasinfisària baix anestèsia raquídea, seguida d'esterelització mitjançant lligadura de les trompes. Els comentaris dels autors es refereixen a la etiologia de la lesió, al moment operatori, a la indicació de la via i a la tècnica a emprar.*

#### RÉSUMÉ

*Il s'agit d'un cas de gestation dans une malade cardiorénale de 41 ans, apres 13 ans de mariage stérile. Son état général, ainsi que la lenteur du travail de l'accouchement obligèrent à une solution rapide et précoce. Celle-ci consistait dans une césarienne supra-symphysaire sans anesthésie rachidienne, suivie de stérilisation au moyen de la ligature des trompes. Les commentaires des auteurs se réfèrent à l'étiologie de la lésion, au moment opératoire, à l'indication de la voie et à la technique à employer.*

#### SUMMARY

*There is here question about a gestation of a sick-woman affected by a cardio-renal disease. Her age is that of 41 years. She became pregnant after 13 years of sterile matrimony. Her general state and also the slowness of the parturation obliged the surgeons to take a rapide and precocious solution, consisting same in a supra-symphysarial ceasarea with rechidean aneesthesia followed by sterilisation binding up the tubes. The author's commentaries refer to the etiology of the lesion, the operator moment, the indication of the wey and the technics to be employed.*