

ROTURA PREMATURA DE LA BOLSA DE LAS AGUAS *

Prof. P. NUBIOLA

Catedrático de Obstetricia y Ginecología. - Numerario de la Real Academia de Medicina de Barcelona

ALGUNOS asuntos obstétricos, salvo la adición de unas apostillas, siguen entendidos y explicados en la forma que lo plantearon y describieron los clínicos y tratadistas del siglo pasado, especialmente por la escuela francesa. Uno de ellos es el referente al escape y salida de líquido amniótico, por efracción de las paredes del huevo, desde la cavidad que lo contiene durante el embarazo.

Son hechos que se comprenden como fenómenos del parto, la formación y rotura de la llamada bolsa de aguas con el derrame al exterior del líquido amniótico, pero el caso es que, sin estar la mujer en trance de parto o bien al iniciarse este, inopinadamente fluye por sus genitales abundante cantidad de líquido amniótico por efecto de haberse desgarrado las paredes del huevo. Considerado como anomalía, como un hecho patológico, es calificado de rotura precoz o prematura de... ¿de qué? Si ocurre durante el curso del parto, se define de *bolsa de aguas*, si es antes del parto no se habla de bolsa sino de rotura de las *paredes del huevo*. Quien se haya fijado en la diferente designación que se da al mismo hecho, según sea o no en curso de parto, lo habrá encontrado algo raro, y seguramente quedará poco convencido de la doble denominación.

Pero entiéndase que no trato ahora de poner caprichosos reparos a una costumbre o discutir la propiedad lingüística de tales nombres; es que la explicación, sino declarada sobreentendida, es: que no procede decir que se rompa una bolsa sino está constituida y se entiende equivocadamente que las membranas del huevo no se disponen en forma de bolsa hasta tanto que ha empezado el parto y aun hasta que se ha efectuado cierto grado de dilatación uterina después de haberse borrado el cuello.

Para aclarar la cuestión, precisa considerar el comportamiento del huevo respecto de la cavidad uterina en las diversas épocas del embarazo.

Existe, como es sabido, una primera etapa, que alcanza hasta la mitad de la gestación, durante la cual el huevo se comporta como un tumor sesil de la pared del órgano, por cuanto la caduca ovular o refleja, que lo envuelve, no se ha soldado con la caduca parietal que tapiza toda la cavidad del útero exceptuada la zona placentaria o de implantación del huevo. Después del 4.º mes, al establecerse la soldadura de ambas caducas, la pared muscular del órgano se convierte, como acertadamente se ha dicho, en una nueva envoltura del huevo, de suerte que no queda hueco ni intersticio desde la serosa peritoneal hasta la membrana amniótica.

Queda una tercera etapa, que corresponde a las últimas semanas de la gestación, en la que tiene lugar la formación del llamado segmento inferior.

Conviene además recordar, para analizar el asunto de que tratamos, que desde que el huevo anidó en el espesor de la mucosa, transformada en caduca o decidua por la modificación gravidica, el huevo está completamente envuelto

* Conferencia pronunciada en la Real Academia de Medicina de Barcelona, Sesión Científica del día 22 noviembre de 1949. Presidencia: Dr. F. Corominas.

por dicha caduca y tan adherido o conexionado con esta que, como puede verse después del alumbramiento, para lograr su separación es necesario emplear un raspador y tal situación es la que, según los autores, perduraría hasta la iniciación del parto.

Aceptando tales hechos, es curioso señalar que a pesar de ello se acepta corrientemente una posible rotura de las paredes del huevo y que a consecuencia del accidente ocurra el derrame al exterior del líquido amniótico.

Aunque pueda parecer sobrada insistencia, vale la pena una mayor reflexión de los hechos señalados. Quizás mejor servirá poner un ejemplo.

Vamos a suponer que se trata de una garrafa de vidrio, de pared delgada y quebradiza, llena de líquido, recubierta por una envoltura de caucho pegada a la misma por un barniz, y que, por un azar, se quebrara el cristal, ¿que ocurriría? A pesar del barniz y de la cubierta de goma quizás podría rezumar alguna gota de líquido, pero no se vaciaría la vasija. Lo mismo digo yo ha de ocurrir tratándose de las membranas del huevo, ¿acaso la caduca y la pared uterina permitirían el derrame del líquido amniótico si por acaso se producía una fisura o grieta de las paredes del huevo permaneciendo además sin modificación el cuello uterino, que sabemos obturado por el tapón gelatinoso?

Dicho contrasentido tiene una sola explicación y es la mala comprensión de lo que ha de entenderse por bolsa de las aguas, que, según tradición muy arraigada y aceptada gratuitamente por la generalidad de autores, es un fenómeno del parto; por ello no se atreven a aceptar que se forme y pueda romperse la bolsa de las aguas si el parto no está en curso. Se trata, pues, de un falso prejuicio que, aceptado, impide comprender, de manera clara y ajustada a los hechos, la rotura de membranas y salida de líquido amniótico prematuramente, antes del parto. Y téngase en cuenta que, según las más recientes afirmaciones de los autores, ocurre en más del 10 por ciento de los embarazos.

En los 3 ó 4 primeros meses de la gestación, en la primera etapa de la misma que antes hemos señalado no debe hablarse de bolsa de aguas por qué el caso no es exactamente el mismo que en época adelantada; entonces el huevo, que hemos comparado a un tumor sesil intrauterino, está cubierto por la decidua refleja y esta, conjuntamente con las membranas ovulares, puede romperse vaciándose la totalidad del líquido; podría decirse que todo el huevo es bolsa. Es el caso muy frecuente en los abortos tempranos, en que, al recoger la pieza expulsada, aparecen los anejos sin cavidad con líquido y sin embrión o feto; es que ambos fueron expulsados cuando, operando una contracción enérgica del útero, estalló el huevo y fué despedido su contenido.

Pero después de la soldadura el caso es otro, y será mejor comprendido si se considera el comportamiento de la caduca en la segunda mitad del embarazo y sobre todo en los últimos meses. La decidua, preponderante en las primeras semanas de la gestación, por razón ha de subvenir a las necesidades metabólicas del nuevo ser, ya no tiene necesidad de hacerlo cuando se estableció y consolidó la irrigación sanguínea materna en los lagos placentarios en torno de las vellosidades coriales o placentarias. Histológicamente desde entonces desmerece primero la caduca ovular pero, después de la soldadura de ambas, también la que fué parital o uterina. Su papel en las postrimerías del embarazo es de otra naturaleza como luego veremos.

Es cosa por demás sabida y comprobada que en la decidua se distinguen dos capas: la superficial llamada compacta y la profunda esponjosa, y también que, al efectuarse después del parto el alumbramiento, es merced a la disociación de dichas capas, en forma que la primera se desprende conjuntamente con las membranas del huevo, y queda tapizando la pared del útero vacuo la parte profunda o esponjosa con los fondos de saco glandulares, cuyo epitelio servirá

luego para regenerar la mucosa uterina. Este hecho, aceptado unánimemente y sin reservas en ocasión del alumbramiento, no piensan que pueda ocurrir durante el embarazo y sobre todo antes de que exista dilatación uterina. Y de este error deriva lo demás, especialmente que, en caso de rotura de huevo prematura, se diga rotura de las membranas, y si la salida de líquido es durante el parto, rotura de la bolsa de las aguas; los autores nuevos siguen copiando estas denominaciones de sus antecesores, salvo honrosas excepciones. Si lo dicho solo tuviera aplicación al nombre que se dé al asunto no valdría la pena de entretenerse a discutirlo, pero, como veremos, trasciende al mecanismo y a las contingencias de los casos así como al pronóstico de los mismos y a la conducta a seguir, que asimismo resultan embrollados.

Llama la atención, en primer lugar, que ocurra en más del 10 por 100 de embarazadas, y la frecuencia aún es bastante mayor si se cuentan los casos de rotura llamada precoz o sea al iniciarse el parto. Basta tal consideración para considerar que, a pesar de que se suele estudiar en la patología gravídica, será el hecho muy poco patológico cuando se da tan a menudo, tratándose en general de embarazadas que se han considerado normales y que realmente lo son.

Dos son las circunstancias que intervienen: la formación del segmento inferior y la disociación de las dos capas de la caduca; también, según los casos, otros factores, especialmente la presentación fetal con su nulo, deficiente ingreso del polo en la excavación pelviana y la intensidad de las contracciones uterinas de embarazo.

No es frecuente que ocurra en caso de presentación de vértice encajado, entiéndase que me refiero a la rotura efectivamente prematura, no a la precoz; la razón es obvia: al descender el feto en la pelvis, la cabeza fetal no hace en perfecto contacto con las membranas, tanto que, al tactar una embarazada en tales condiciones, se llegan fácilmente a reconocer a través de un fondo de saco vaginal las suturas de la cabeza del feto; más tarde, en pleno parto, si se conserva la bolsa y se procede a su rotura generalmente salen tan pocas gotas de líquido que puede llegarse a dudar que se hayan desgarrado las membranas. Si ocurre en caso de presentación transversal del feto o de nalgas completa, como cuando siendo la presentación cefálica está apenas insinuada en la excavación o no puede lograr el encajamiento por desproporción pelvi-fetal, el líquido amniótico afluye a la parte baja del útero y saldrá en cantidad al exterior al romperse las membranas, tanto más si la causa determinante es una intensa contracción uterina. Sin entrar en discusiones respecto de la formación del segmento inferior del útero, el hecho cierto es que, en época adelantada de embarazo, el órgano se distiende en su parte baja, ahuecándose, dando con ello mayor espacio a su contenido. Aún que ocurra tan distensión, la pared de dicho segmento inferior sigue interiormente tapizada por la caduca, y las membranas del huevo, si estas no fueren elásticas, tendrían dificultad en adaptarse sin tropiezo a la nueva situación y cabría su desgarro. La caduca que recubre el segmento es movilizada por tal hecho en forma que sus dos capas pierden trabazón.

Lo dicho abona suficientemente que, durante el parto, se forme y rompa en un momento dado la bolsa de las aguas, y es bastante para que pueda también ocurrir, por las mismas razones, antes de formalizarse el parto. Con la advertencia de que si he hablado de suposición ha sido para no truncar el razonamiento, pues que no tiene dificultad demostrar que realmente tiene lugar con frecuencia o menos tiempo antes del parto.

Pero antes, no estará de más repasar qué entienden los autores por bolsa de aguas. La definición clásica era: la porción de membranas que deja al des-

cubierto la dilatación uterina; el mismo concepto, más o menos declarado, sigue rigiendo aunque, importa decirlo, sin convencimiento de los autores, pues que apenas si se preocupan de tal definición. Así STÖCKEL atribuyendo la frase a las comadronas dice que «la bolsa de las aguas *se instala*» cuando hace prominencia por el conducto genital. BOTELLA refiere que desde el principio de la dilatación la bolsa de las aguas se introduce en el conducto cervical; M. L. PÉREZ establece que es una porción más o menos extensa de las membranas ovulares que desprendidas de la superficie del útero forman el polo inferior del huevo. Decía RECASENS que al entreabrirse el cuello del útero una parte de las membranas del huevo quedan al descubierto, formando una bolsa; DEMELIN y DEVRAIGNE que es un saco lleno de líquido que se forma en el momento del parto. Presuponen tales definiciones que la bolsa de aguas considera como fenómeno del parto no debe existir antes de que este se halle en curso. Empieza con todo a demostrarse cierta disconformidad respecto de que tal bolsa esté limitada por el área del orificio uterino en dilatación; así PUECH (en el Tratado de Bar, Brindeau, etc.) afirma que a través del orificio uterino dilatado el dedo reconoce una porción mayor o menor de membranas del huevo, que con el líquido contenido constituye la bolsa de las aguas, esto es que la bolsa es mayor que el orificio por el que asoma.

CUZZI es quien insinúa la especie que definiendo al decir «por la formación del segmento inferior en la parte inferior del huevo se producen estirones de la caduca dislacerándola en el estrato celular de Friedlander, de suerte que el polo inferior del huevo queda liberado del segmento inferior del útero» añadiendo que «si la caduca es muy resistente puede quedar adherida a la pared del órgano, separándose de aquella el corión y si éste se mantiene adherido a la decidua puede desgarrarse y resultar formada la bolsa solamente por el amnios.»

VARNIER y algún otro autor mencionan, sin insistir en ello, que ocurre un desprendimiento, sin especificar cual sea, que relacionan con las pequeñas pérdidas hemáticas al iniciarse el parto (lo de la mujer *marca*, de los antiguos), que dicho sea de pasada algunas mujeres también las sufren sin haber empezado.

Sino fuera por el tradicional vicio de entender que la bolsa de aguas pertenece a los llamados fenómenos pasivos del parto, tengo por seguro que no se rechazaría el concepto de que antecede al parto en los casos en que tiene lugar lo que denominan rotura prematura de las membranas.

Prescindiendo ya del nombre, el hecho es que, en un momento dado del embarazo, sin causa que pueda hacerlo temer, algunas veces habiendo precedido pequeñas molestias, la grávida siente fluir por sus genitales mayor o menor cantidad de líquido. La trascendencia del hecho no depende puramente de que haya ocurrido una efracción del huevo ni de la salida del líquido, sino de las circunstancias obstétricas que concurran en cada uno de los casos. Con la misma etiqueta de rotura prematura se agrupan así las gestantes de condiciones favorables para el parto como las que ofrecen una pelvis angosta, una mala presentación, etc. y procediendo en tal forma resultan dislates al hablar del pronóstico y del tratamiento.

La formación prematura de bolsa de aguas puede ser debida a diversas causas, generalmente por abundante cantidad de líquido antecediendo al polo fetal, por efecto de que este haya penetrado poco en la excavación o ni siquiera se encuentre en el área del estrecho superior de la pelvis; también por haberse hecho muy extenso el segmento inferior o ser resistente a producirse; por demasiado intensas las contracciones uterinas en los últimos tiempos del embarazo, por fragilidad de las membranas, anomalías deciduales, etc.

El mecanismo es el mismo por el que tiene lugar el parto. Años atrás, por el erróneo concepto que hemos combatido, se discutía si eran las membranas del huevo que se herniaban y deslizaban al exterior por el orificio del útero, cual si este tuviera una pared rígida taladrada, o era el útero que, replegándose, dejaba al descubierto cada vez más extensión de bolsa durante el parto. La rotura depende como es lógico de la resistencia de las membranas ante la proyección del líquido impulsado por la contracción uterina. Pero no siempre el desgarro de la bolsa se produce en la parte inferior o más saliente de la misma sino que, en algunos casos, en los considerados más o menos impropriadamente de *rotura incompleta*, la abertura corresponde más arriba, a parte superior de la bolsa, ocurriendo el tan conocido hecho de que, a pesar de haberse derramado líquido amniótico, a continuación pueda reconocerse que la bolsa persiste íntegra en la zona asequible por el tacto. En vez de incompleta debería decirse *rotura alta*. La explicación de ello debe buscarse en la mayor adherencia de las membranas en alguna zona de su perímetro que facilita el desgarro.

Como ya he puntualizado antes, la cantidad de líquido que se expulsa está en relación con la que se hubiera coleccionado en la parte inferior del huevo. Después de la primera evacuación subsigue un continuado derrame de líquido, que no cesará hasta la terminación del parto, no por residuar cantidad del mismo en la cavidad, sino porque sigue produciéndose, a lo que se suele denominar hidrorrea amniótica, para diferenciarla de la hidrorrea decidual.

Aparte del derrame persistente de líquido que pasa por sus genitales, ¿qué consecuencias tendrá para la grávida? Puede contestarse, ninguna, refiriéndonos al hecho escueto de la rotura prematura de bolsa. Desde luego debe repudiarse una expresión que, además de arcaica y faltada de fundamento, sigue repitiéndose aún en libros de reciente publicación, aludo al llamado *parto seco*. No pasa de ser un comodín utilizado para disimular contingencias ulteriores desagradables.

Lo que ocasiona el derrame prematuro de líquido es un efecto moral deplorable en la paciente y sus allegados y también muchas veces en el ánimo del facultativo consultado. Que, a pesar de no ser un hecho raro, al público le pueda preocupar nada tiene de extraño. En la espera del acontecimiento familiar próximo, se enteran de que la paciente ha echado aguas y deducen que el parto ya está en curso; defraudados porque no se verifica en las horas o días consecutivos, sospechan que la demora será por alguna dificultad o complicación, y se alarman. También el médico, si no cuida de apreciar las circunstancias del caso y juzgar acertadamente, puede caer en error.

El hecho, comprobado a saciedad y que intriga a quien lo analice, es que después de la rotura prematura pueden pasarse días, y aun semanas, sin que se desencadene el parto. Bien lo saben los que apelan a la rotura artificial para provocarlo. Como frase de empleo en la clínica decía yo cuando me enteraban de tal ocurrencia en una grávida: parirá de hoy a mañana y sino tardará una semana, y generalmente tenía razón. No he encontrado jamás quien diera una explicación de que el intervalo entre la salida del líquido y el parto pueda ser breve o largo. Aún cuando pueda tomarse como presunción, tengo el convencimiento de que obedece a la manera de obrar las causas determinantes del mismo parto. Esto requiere una explicación, que es la siguiente.

La pregunta que los antiguos se limitaban a contestar con evasivas diciendo que el parto ocurría por obra y gracia de Dios, como si todo lo demás no dependiera asimismo del Hacedor, que el feto se separaba de la madre como el fruto maduro se desprende del árbol, sigue sin contestación a pesar de que para disimulo de la ignorancia de la causa esencial del parto se aduzcan gran número de causas posibles y de teorías sin comprobación.

Una frase mía a la que tengo algún cariño es: el parto es simplemente la continuación de los mismos hechos del embarazo si bien que intensificados. Realmente es así, en lo que entendemos clínicamente parto no se produce ningún hecho nuevo que difiera de las manifestaciones gravídicas. Existe con todo uno que, sin ser completamente nuevo, pues que está en relación con la disposición y cambios de la caduca antes indicados, no obstante destaca en la sucesión de los fenómenos del parto, y es la formación de la bolsa de las aguas, pero no por la misma bolsa, sino por un hecho concomitante cual es la disociación de las dos capas de la caduca. Cuando esto tiene lugar, se produce una fricción entre las capas, destruyéndose mayor o menor número de células deciduales cuya substancia, absorbida en la zona disociada, pasa a ser el estímulo que induce al útero para que sus contracciones, haciéndose intensas y frecuentes, adopten el ritmo y potencia requeridos para que el feto sea expulsado del claustro materno.

Con el profesor JIMÉNEZ VARGAS emprendimos un estudio del asunto obteniendo alhagüenos resultados, que fueron ya publicados, pero, como se comprende, necesitan confirmación para que sean considerados como definitivos. En esencia se trata de evidenciar que de las células deciduales puede derivar una substancia de suficiente capacidad para que, actuando sobre la fibra lisa, pueda poner en marcha y mantener la actividad del motor del parto.

Acogiéndome a tal teoría puede suponerse que el tiempo que tarda en formalizarse el parto, después de una rotura prematura del huevo, depende del que tarde la pared uterina en absorber la substancia derivada de las células deciduales que fueron destruidas al ocurrir el desprendimiento interdecidual y de la extensión de este.

Después de las consideraciones hechas, importa pasar a considerar la trascendencia del asunto en la práctica obstétrica corriente. Si, dejando de lado prejuicios, al considerar el asunto se tuviera el convencimiento de que la rotura del huevo no entraña complicación tocológica, ni modifica la situación de la paciente con referencia al parto, y que incluso puede ser favorable para la evolución del mismo, no se haría de ello el menor caso. Puede ser favorable, por anticipar la fecha, en casos de hidramnios, de gemelaridad, y con mucha razón decía el gran clínico francés PINARD que la rotura de las membranas prematura, en caso de placenta previa, muchas veces evitaba el grave conflicto por tal distocia como puede ahorrar una cesarea en ciertos casos de desproporción pelvifetal.

Ahora bien, tal manera de enjuiciar la cuestión sólo puede tener aplicación a las embarazadas que, con anterioridad, el facultativo habrá establecido se encontraban en perfectas condiciones para dar a luz; en otro caso la paciente se verá obligada a sufrir las consecuencias de la anormalidad que ofreciere en su pelvis, en la presentación fetal, en lo que fuere, tanto si se rompe prematuramente el huevo como si persiste la bolsa en condición avanzada del parto. Se puede conceder que, si de distocia se trata, sobre todo si no había sido advertida oportunamente, la salida del líquido puede complicar la situación o hacer más trabajosa o aun peligrosa una intervención que haya de practicarse, por ejemplo, una presentación de tronco, una cesarea; pero lo mismo puede ocurrir en tales casos si se rompió la bolsa de las aguas con dilatación uterina completa.

Se ha seguido repitiendo por los autores que, por la rotura del huevo, existe peligro de infección; en la práctica obstétrica actual no tiene sentido decirlo. En otros tiempos es posible que se dieran mayor número de infecciones en casos de rotura prematura que en los demás, pero la razón estriba en que, para investigar las condiciones del caso o para favorecer su pronta resolución, no dudarían en repetir los tactos y aun en insinuar el dedo por el con-

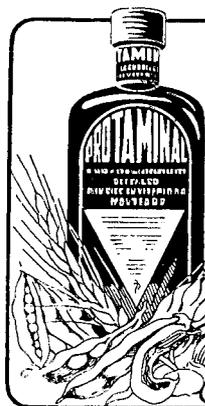
ducto cervical. Si se ha roto el huevo, es más que lógico abstenerse de manipulaciones vaginales; cuando en tales casos ocurran accidentes infectivos no se culpe a la efracción de las membranas, sino a lo que posteriormente se haga, y lo digo sobre todo con referencia a tentativas de provocar el parto por ciertas técnicas.

Que cuando pasan días sin que el parto tenga lugar es frecuente el planteo de indicación de terminarlo. En cierto modo pueden excusarlo las molestias que acuse la paciente, sea por sentir más intensos los movimientos fetales al haber disminuído el líquido, ya por fluir este por los genitales de manera insistente, por haber de quedarse en casa, etc. Así mismo por la importunidad al médico. Pero no son razones científicas para que lo abonen, sabiendo además que la espera irá seguida de terminación espontánea y feliz.

No dejará de tener utilidad aportar una estadística de 102 pacientes que habían tenido rotura prematura del huevo; ha sido publicada recientemente por H. T. ATKINS (de Cincinnati). De los 102, en 65 ocurrió el parto espontáneo, en 31 se obtuvo por inducción con aceite de ricino y algunos con quinina, en 1 con pituitrina y en 5 por introducción de globos; pero es aún más interesante que el mismo autor especifica que, entre los 37 casos en que el parto no fué espontáneo, se practicaron 16 forceps, 8 versiones internas, en 1 Dorshen y forceps, 7 fueron expulsión de nalgas espontánea y 1 de nalgas ayudadas, 1 caso de evolución espontánea de una presentación de tronco y 1 caso de cesarea, y en 8 de los mismos casos se empleó el globo de Braun.

La lectura de tal comunicación podría servir de argumento para defender la peligrosidad de una rotura prematura de bolsa pero, por poca atención que se preste al detalle de la misma, causará profunda extrañeza que no se hubiesen corregido oportunamente, antes del accidente, las presentaciones de tronco y de nalgas, o practicado la cesarea si tenía perfecta indicación, como también que se empleasen globos para provocar el parto.

No quiero terminar sin demostrar mi disentimiento respecto de los consejos que aún siguen los autores dando, como son: la permanencia en cama, la aplicación de apósitos especiales y, sobre todo, la práctica de desinfecciones vaginales preventivas. Cuando se trate de un feto apenas viable o prematuro, es cuando puede intentarse conseguir, con reposo y administración de sedantes, que el embarazo siga en evolución el mayor tiempo posible, aun cuando no sea optimista respecto del resultado.



PROTAMINAL

Alimentación desintoxicante y plástica

700'28 CALORIAS GRANDES POR 100 C. C.

INFECCIONES, INSUFICIENCIAS HEPÁTICAS Y RENALES, DESNUTRIDOS EMBARAZO, CONVALESCIENTES Y POST OPERADOS



LABORATORIO ELES, S. A.

BARCELONA
(España)