

Embarazo gemelar extrauterino e intrauterino *

Por el Dr. JOSE RABAGO,
Académico de número.

El día 6 de marzo tuve oportunidad de operar en la Maternidad del Hospital General una enferma cuya historia relato en seguida:

P. L., de 32 años de edad, que ha tenido 8 embarazos a término con partos y puerperios normales, ingresó el día 6 de marzo de 1943.

Antecedentes personales y hereditarios sin importancia.

Recuerda, sin poderlo precisar, que sus últimas reglas fueron en el mes de agosto del año anterior.

Refiere la enferma, al ser interrogada cuando ingresó a la Maternidad, haber tenido durante su embarazo cuadro doloroso abdominal con estreñimiento acentuado, pero como asegura que se acompañó de fiebre y calosfríos, se atribuyó por el momento a un estado infeccioso intestinal.

Los primeros dolores empezaron a las seis horas del 6 de marzo, siendo desde un principio muy intensos y acompañándose de dolor lombar. Al ingresar la enferma al hospital a las 10 horas de ese mismo día, las contracciones se presentaban cada minuto con duración de 50 segundos, encontrándose el útero sumamente tenso; la enferma pedía insistentemente que se le librara de esos dolores. Al explorar el abdomen se le encontró prominente y con sus paredes restiradas. El fondo del útero se localizaba a ocho dedos arriba del ombligo, el estado de tensión de la pared dificultaba la palpación del contenido, pero parecía sentirse dos productos: uno en presentación cefálica derecha con la cabeza profundamente encajada, y otro en presentación pélvica, posición izquierda, bastante arriba del estrecho superior. Se encontraron dos focos de auscultación con latidos normales pero de ritmo diferente: uno cerca del ombligo y otro en el flanco derecho.

A las 11 horas se practicó tacto bajo anestesia, encontrando como a 4 centímetros arriba de la vulva una masa con los caracte-

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 28 de julio de 1943.

res de una cabeza fetal cubierta por el segmento inferior uterino; introduciendo la mano en los órganos genitales se encontró la vagina estrecha y muy alargada que se dirigía hacia arriba y detrás del pubis, logrando tocar el cuello uterino más arriba del borde superior de la sínfisis. El cuello se encontró borrado y con una dilatación como de tres centímetros con su labio posterior blando y el anterior grueso y duro; bolsa de las aguas tensa y hemisférica; deprimiendo con los dedos la bolsa, se encontró una masa blanda e irregular que se interpretó como hombro correspondiente al feto que tenía su cabeza en la excavación pélvica, dilatando la pared posterior del segmento inferior.

Pensamos que se trataba de un embarazo gemelar de 7 meses, con trabajo de parto prematuro, y en el cual el feto que se encontraba más abajo, rechazado hacia atrás por el que se encontraba arriba, había distendido la pared posterior del segmento inferior.

Ante el temor de una ruptura de dicho segmento distendido se decidió practicar una operación cesárea y, en vista de la situación en que se suponía a los dos fetos, se decidió hacerla sobre el cuerpo del útero.

Se practicó, pues, una laparotomía supra e infraumbilical como de 20 centímetros de extensión, quedando el útero a la vista.

Al tratar de exteriorizarlo por la abertura de la pared abdominal, grande fué nuestra sorpresa al ver que detrás de él se veía el polo pélvico de un feto entre las asas intestinales. Una vez el útero fuera del vientre, se vió que ese feto intraperitoneal era el que estaba encajado, pero en el fondo de saco de Douglas. Se le extrajo del vientre tomando su cordón entre las pinzas y seccionándolo, pudiendo verse que la placenta se insertaba en el fondo de la cavidad pélvica. Procedióse entonces a seccionar el útero para extraer el otro feto y se cerró provisionalmente la incisión con pinzas de Duval. Entonces ya se pudo explorar el lóculo pélvico retro-uterino y se vió la placenta del extrauterino insertada en el peritoneo que cubre la pared posterior de la cavidad pélvica a la derecha del recto, en el fondo de saco de Douglas y parcialmente en la cara posterior del útero.

Al retraerse el útero después de la extracción de su contenido, se desprendió la porción de placenta del extrauterino que se encontraba insertada sobre su cara posterior, produciendo hemorra-

gia de relativa abundancia, por lo que se decidió practicar histerectomía sub-total empezando por el lado izquierdo con la técnica de Kelly; al extirpar los anexos del lado derecho se desprendió la placenta con muy escasa hemorragia. Se logró una buena peritonización por lo que se cerró el vientre sin canalizar. Anestesia raquídea con novocaína, completada con balsoformo. El post-operatorio fué sin incidentes y la enferma abandonó el hospital a los 20 días de operada.

El producto que se encontraba en la cavidad peritoneal se extrajo en estado de apnea, estableciéndose la respiración normal a los 10 minutos mediante una inyección de lobelina de 0.003 grs. De sexo femenino. Su peso fué de 1,480 gramos y su talla de 40 centímetros. Presentaba una ligera depresión en el parietal derecho debida sin duda al contacto prolongado con el promontorio. Murió a los 15 días de nacida.

El producto intrauterino, también femenino, pesó 1,550 gramos y midió 40 centímetros. Nació también apneico, pero se reanimó luego, habiendo muerto a los 18 días.

Me llamó grandemente la atención lo extraordinario del caso por varios conceptos:

I.—La coincidencia de embarazo intra y extrauterino.

II.—Que ambos embarazos hubieran evolucionado hasta el séptimo mes.

III.—Que la inserción de la placenta no tuviera conexión aparente con la trompa y el ovario.

IV.—Que no existiera saco membranoso envolviendo al feto extrauterino.

V.—Que la situación de la cabeza de dicho feto, encajada en el Douglas, imposibilitara el parto del gemelo intrauterino.

Con respecto a la coincidencia de embarazo intra y extrauterino, Strauss en 1898 recopiló 32 casos; Negebauer en 1907 pudo hacer referencia a 169 casos; Weibel en 1908 cita 149, y el propio Negebauer en 1913 puede ya presentar 244. La última compilación que he podido encontrar es la hecha por Novak en 1926, en la que se añaden a los 244 de Negebauer 32 casos más, dando un total de 276.

Revisando los extractos de la literatura médica publicada en la revista "Gynecologie et Obstetrique", en 1926 a 1940, he encontrado 4 casos más y en los boletines de las sociedades obstétricas

francesas de esa misma época otros tres casos. En ninguno de ellos se trataba de embarazos avanzados. En la Bibliografía Argentina del Tratado de Obstetricia de Manuel Luis Pérez he hallado referencias de cuatro casos, pero en ninguno se menciona que el extrauterino haya llegado cerca del término.

Como asienta Novak, deben haber existido otros muchos casos no publicados y además debe tenerse en cuenta que, en ocasiones, pueden coexistir al principio un embarazo intrauterino y otro tubario, pero interrumpiéndose este último muy tempranamente daría lugar a un hematosálpinx que puede pasar inadvertido.

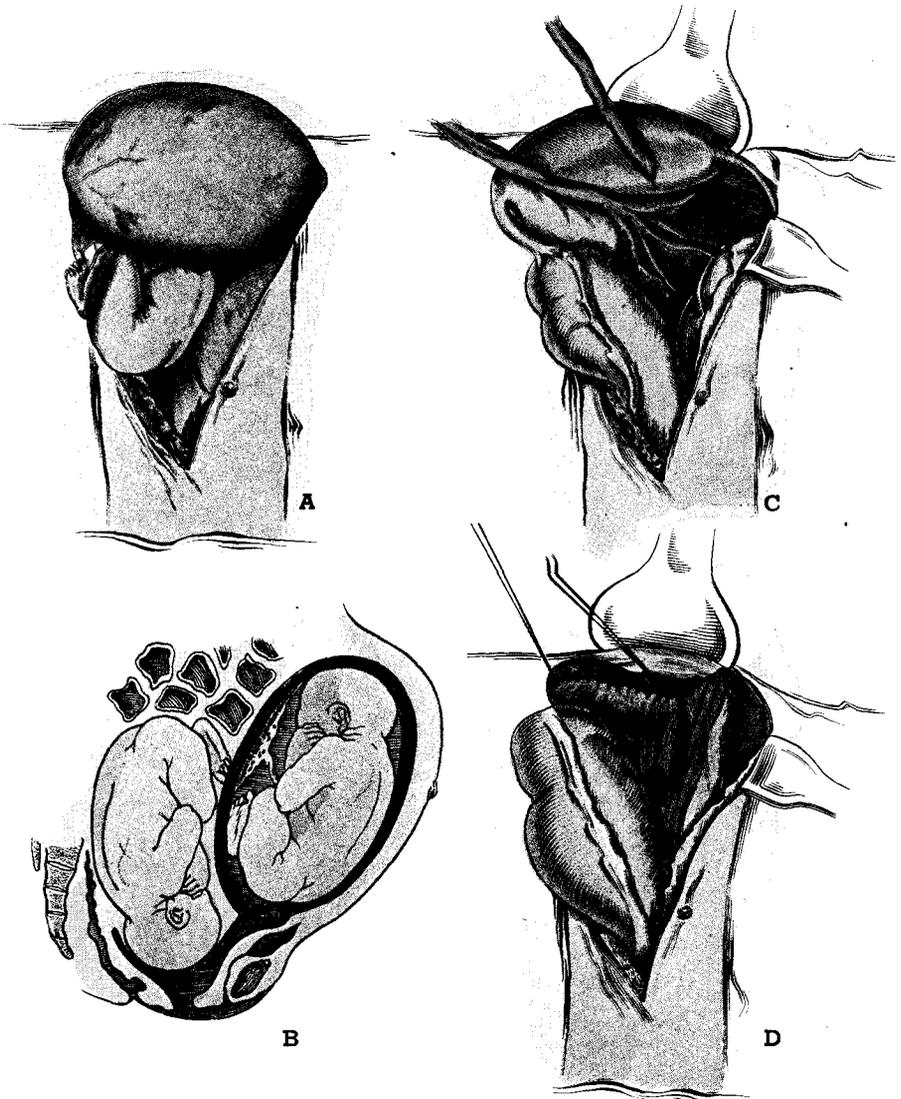
Por lo tanto, sin ser una cosa excepcional, sí puede considerarse como rara y digna de mencionarse la coexistencia de embarazo intrauterino y extrauterino.

Lo que sí es una verdadera rareza es que los dos embarazos hayan evolucionado hasta una época tan avanzada, para lo cual es necesario que el extrauterino haya sido de tipo abdominal. En efecto, en la literatura se citan solamente 10 casos relatados por los autores siguientes: Chobak, Moore y Sale, Stanthy, Wilson, Miller, Rumford, Nelesk, Bogdanowics, Dubose y Araujo.

En la monografía de Novak tan sólo pude encontrar extractos de las historias clínicas de los tres últimos autores mencionados, siendo únicamente en el de Araujo donde se practicó laparotomía antes del parto del gemelo intrauterino, pues en los dos restantes se hizo el diagnóstico después del parto por encontrarse a la palpación otro feto dentro del vientre y fuera de la matriz. Aunque no conozco las historias clínicas de los otros siete casos restantes, creo que en ellos ocurrió lo mismo, pues Novak que los estudió en el trabajo de Negebauer dice textualmente: "Hasta donde yo he sabido, no ha sido posible en ninguno de los casos publicados, diagnosticar la presencia de un niño vivo intrauterino y un niño vivo extrauterino en el embarazo adelantado o a término antes del principio del parto. Es hasta después del nacimiento del niño intrauterino cuando se nota o reconoce la presencia y localización del niño extrauterino."

Por lo antes dicho puede verse que el caso que presento a ustedes difiere de todos los demás en que el gemelo extrauterino encajado en el Douglas imposibilitaba el parto del feto intrauteri-

EMBARAZO GEMELAR INTRA-UTERINO Y EXTRA-UTERINO



- A. Útero rechazado hacia delante; aparece el gemelo extra uterino.
- B. Corte que muestra la situación respectiva de los gemelos.
- C. Sitio de inserción de la placenta extra uterina.
- D. Lecho placentario después de la histerectomía.

no, imponiendo por esto la intervención abdominal. En el caso de Araujo también fué imposible el parto, pero en él se encontró un tumor en la fosa ilíaca derecha que rechazaba fuertemente el útero hacia el lado izquierdo, por lo que después de tres días de dolores y no verificándose el parto se procedió a la operación, encontrándose que la tumoración que se pensaba fuera quiste ovárico resultó un embarazo extrauterino de origen tubario. Voron y Bansillon, en 1930, publicaron un caso de embarazo extrauterino a término, en el cual el feto tenía alojada la cabeza en el fondo de saco de Douglas y, al igual que el que esto escribe, supusieron que se trataba de un feto intrauterino que había distendido la pared posterior del segmento inferior uterino, pero cuando practicaron tacto manual bajo anestesia encontraron el útero vacío adelante del saco fetal.

De los diez casos citados anteriormente, tan sólo en dos menciona Novak la localización del embarazo extrauterino, siendo tubario el que acabo de citar y otro ovárico, mientras que en el que presento se encontró la placenta insertada sobre el peritoneo pélvico que cubre la pared posterior de la excavación, sobre el que recubre la pared anterior del fondo de saco de Douglas y la porción más inferior de la hoja posterior del ligamento ancho derecho, sin llegar a tener contacto con el borde superior de dicho ligamento, por lo que aparentemente podía pensarse que se trataba de un embarazo abdominal primitivo.

La mayoría de los autores, desde Lawson Tait, asientan que no existen casos comprobados de embarazos de este tipo, pues es necesaria la comprobación histológica de la integridad de la trompa y del ovario para afirmarlo, cosa que no se ha hecho hasta ahora. Para explicar los casos en que se ha encontrado la inserción del huevo lejos del aparato genital, afirman que siempre ha tomado origen en la trompa o el ovario y que ulteriormente, rompiendo o abandonando estos órganos, ha venido a localizarse en otro lugar, lo cual es poco creíble cuando se encuentra la inserción placentaria en el mesenterio u otro sitio de la cavidad abdominal muy alejado de los órganos genitales internos. En cambio, sí pensamos que existe tejido endometrial aberrante en la superficie del peritoneo, pudiéramos explicarnos la nidación del huevo en una zona de endometriosis.

En las fotografías de la pieza anatómica que muestro a us-

tedes se ve la integridad anatómica de la trompa derecha y la de la aleta ovárica del ligamento ancho, aunque no se percibe el ovario (Figs. 1 y 2).

La otra particularidad del caso es que el feto no se hubiera desarrollado dentro de la bolsa amniocorial que constituye el saco fetal, la que por regla general adquiere adherencias más o menos íntimas con los órganos con los que se pone en contacto al desarrollarse. En nuestro caso, el feto se encontraba libre en la cavidad peritoneal, teniendo, como ya dijimos, su cabeza encajada en el fondo de saco de Douglas y el cuerpo entre el útero y la pared póstero-lateral del abdomen. En ningún lugar encontramos adherencias entre las vísceras que estuvieron en contacto con él, como recto, ciego, colon ascendente, que indicaran la existencia de un saco fetal adherido a ellas en alguna época del embarazo. Por lo tanto, debemos suponer que la ruptura del saco amniocorial, en que empezó a desarrollarse, fué muy al principio del embarazo y no quedaron vestigios de dichas membranas.

En un estudio de Sittner mencionado por Veit, en el que estudia un gran número de casos de embarazo abdominal, tan sólo encontró siete de este género.

Si he molestado la atención de ustedes con el relato de un caso clínico, es porque he creído que reúne características tales de rareza que lo hacen digno de merecer la benévola atención de la Academia.

EMBARAZO GEMELAR EXTRAUTERINO E INTRAUTERINO

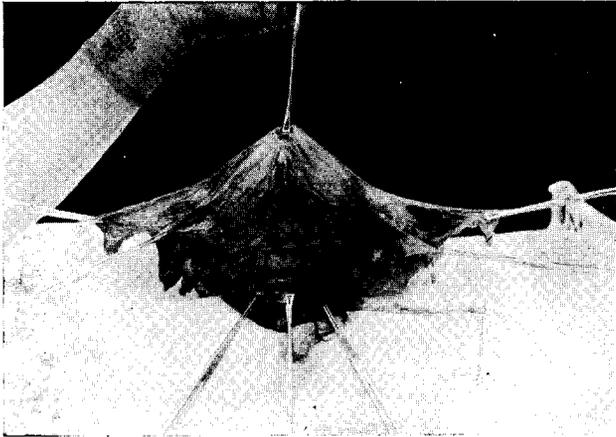


Fig. 1.

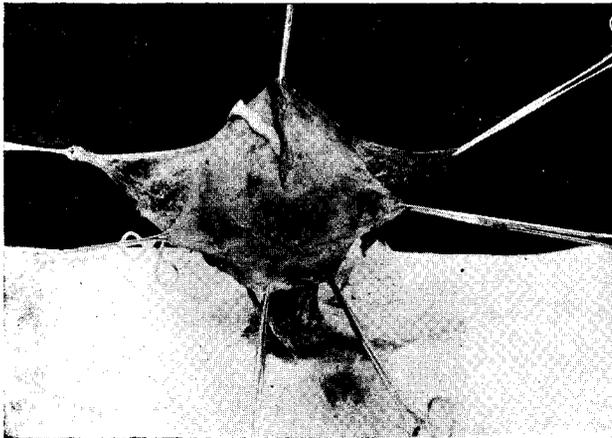


Fig. 2.