

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

República de Guatemala, Centro América.



Embarazo Múltiple

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

Juan Arístides Alemán Morales

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Diciembre de 1960.

PLAN DE TESIS.

- I.—Introducción.
 - a—Concepto.
 - d—Frecuencia.
- II.—Embriogenesis.
 - a—Nociones embriológicas.
 - b—Superfecundación.
 - c—Superfetación.
 - d—Herencia.
- III.—Diagnóstico.
- IV.—Evolución Clínica y complicaciones de embarazo.
- V.—Conducta durante el parto.
- VI.—Presentación de casos clínicos.
- VII.—Estadísticas en Guatemala.
- VIII.—Conclusiones.
- X.—Bibliografía.

INTRODUCCION:

A. Concepto.

Se comprende por embarazo múltiple la presencia de dos o más fetos que se desarrollan simultáneamente en la cavidad uterina. Se da el nombre de mellizos o gemelo a los niños nacidos de estos embarazos.

B. Frecuencia de los Embarazos Múltiples.

Las referencias respecto a frecuencia de embarazos múltiples en los distintos países y razas demuestran grandes variaciones. En Estados Unidos las Estadísticas (Doctor Guzzoni) demuestran la siguiente proporción para la totalidad del país:

- Un parto gemelar en 87 nacimientos.
- Un parto triple en 6,209 nacimientos.
- Un parto cuádruple en 757,000 nacimientos.
- Un parto quintuple en 41,600,000 nacimientos.

Estadísticas en la República de Argentina (Doctor Moragues) demuestran los siguientes datos:

- Un parto gemelar de cada 80 nacimientos.
- Un parto triple en cada 8,000 nacimientos.
- Un parto múltiple en cada 400,000 nacimientos.

En la literatura revisada sólo se encuentran reportados cincuenta casos de quintuples, se han reportado sextuples y septuples muy raros pero nunca han llegado vivos los fetos al parto.

Para la generalidad de los países se ha encontrado una fórmula conciliatoria de las estadísticas, la cual es como sigue:

- Un parto gemelar de cada 87¹ nacimientos (87)
- Un parto triple de cada 87² nacimientos (7,769)
- Un parto cuadruple de cada 87³ nacimientos (675,903)
- Un parto quintuple de cada 87⁴ nacimientos (58,803,561)

En Guatemala la frecuencia de los embarazos múltiples guarda una relación ligeramente diferente a las ya citadas como lo podremos ver en otra parte de este trabajo

II EMBRIOGENESIS

A Nociones Embriológicas

Se produce embarazo múltiple cuando la ovulación y fecundación van seguidas por el desarrollo de más de un feto. Dicho fenómeno proviene de la penetración de uno o más Espermatozoides en un solo ovulo, o la fecundación de dos o más ovulos procedentes de uno o varios folículos De Graaf correspondientes a uno o los dos ovarios. Los embarazos resultantes de este fenómeno pueden ser intrauterinos, extrauterinos o una combinación de los dos fenómenos a la vez.

Desde el punto de vista del desarrollo embriológico se conocen dos tipos de embarazos múltiples:

1°—Los que proceden de la fecundación de un solo ovulo, llamada Mono-ovulares, univitelinos, Mono-Cigóticos, Idénticos, Mono-Corionicos u Homologos.

2°—Los que se desarrollan por fecundación de dos ovulos o más, independientes a los que se denomina Biovulares, Bicigóticos, Bivitelinos, Fraternos, Bicorionicos, o Heterologos, los de este último origen no son los verdaderos gemelos; sino que representan el desarrollo simultáneo de dos ovulos, los que suelen tener **carácter hereditario**; por el contrario los Univitelinos que representan la formación gemelar o múltiple en un solo ovulo resulta de factores del medio que influyen sobre la marcha que sigue el desarrollo del ovulo fecundando en la fase de Gastrula. Tales factores intervienen también en la producción de gemelos unidos o siameses, cuyo tipo de-

pende de la fase en que se interrumpa el desarrollo. El ovulo que engendra los gemelos verdaderos puede ser de tipo Binucleado, con dos vesículas germinales, habiéndose desarrollado cada núcleo desprendiendo su propio cuerpo polar, y siendo fecundado los núcleos resultantes de este fenómeno por espermatozoides independientes o por la cabeza separadas de un solo espermatozoide que posea cabeza doble. Otra teoría para explicar la formación de este tipo de gemelos es la de doble gastrulación consecutiva al desarrollo de dos bandas primitivas en una vesícula germinal. La escisión del blastodermo por fisiparidad o de las mitades bilaterales de un eje embrionario único, sin llegar a completarse en algunos casos puede producir monstruos dobles.

En los gemelos univitelinos o Mono-ovulares, existe un solo corion, una decidua refleja, una sola placenta y el número de cordones umbilicales igual al número de fetos desarrollados, así como el mismo número de sacos amnióticos; en algunos casos excepcionales puede existir un solo saco amniótico conteniendo a los fetos lo cual puede venir de una rotura de los otros sacos, absorción o falta de desarrollo de porciones contiguas de cada uno de estos sacos amnióticos, que normalmente forman la membrana común entre ambos sacos.

Cuando dos fetos se encuentran en este saco, existe el peligro de enrollarse y retorsarse el cordón ocasionando así la muerte de uno o de ambos fetos. Excepcionalmente se han citado casos de gemelos Mono-ovulares con dos coriones y dos placentas; en las placentas de este tipo siempre se han encontrado vasos de comunicación entre ambos cordones lo que establece una circulación inter-fetal; la importancia clínica de este hecho es que siempre uno de estos fetos asume la mayor parte del gasto cardiaco para el trabajo circulatorio convirtiéndose así en feto transfusor, que lógicamente va a desarrollarse más práticamente que el feto transfundido el cual será mayor y mejor desarrollado; sin embargo en algunos casos el feto transfundido tiene agenesia cardiaca con lo cual no constituye más que una rémora para el desarrollo de su compañero, este último al nacer casi siempre fallece por insuficiencia cardiaca debido a la sobre carga exigida en la vida intrauterina. En algunos casos el feto transfusor fallece intra-útero y debido a la compresión que hace el fe-

to en vía de desarrollo éste se atrofia totalmente, dando lo que se llama un feto compressus o feto papiráceo. Desde el punto de vista clínico es importante tener conocimiento de la circulación inter-fetal pues si se corta el cordón al primero de los fetos y no se pinza el extremo proximal a la placenta, el otro feto puede fallecer de hemorragia aun estando dentro del útero.

Los gemelos biovulares pueden tener igual o diferente sexo y presentar o no características semejantes; tanto si proceden de óvulos separados del mismo o de ambos ovarios, como de dos óvulos del mismo folículo o de óvulos binucleados (En la especie humana no se han encontrado óvulos bi-o-trinucleados en los folículos De Graaf maduros, se ha demostrado su existencia en los folículos primordiales), cada óvulo origina una placenta que puede ser independiente o estar unida a las demás aparentando ser una sola. Cada gemelo desarrolla su propio Corion y Amnios y cada placenta posee su propia circulación aún en el caso de estar fusionadas. En algunos casos se ha encontrado la fusión del Corion e incluso del Amnios lo que hace difícil el diagnóstico.

En los embarazos gemelares biovulares, en raras ocasiones puede morir uno de los fetos y ser expulsados del útero, mientras el otro continúa su desarrollo; o quedar retenido el primero siendo comprimido por el crecimiento de su compañero sufriendo una momificación parcial para convertirse en feto compressus. La fecundación de un solo óvulo por tres o más espermatozoides puede dar origen a triples, cuádruples, etc., Mono-ovulares provistos de una sola placenta, un solo corion con una circulación común, comunicante para los fetos. A veces son producidos por la fecundación de dos óvulos siendo así bivitelinos es decir con dos placentas independientes.

Hay dos fenómenos de diferente carácter denominados super-fecundación y super-fetación que pueden dar origen a falsos gemelos; son estos:

B. Super-fecundación.

Este fenómeno se produce cuando se fecundan dos óvulos de la misma ovulación por dos espermatozoides

de diferente época es decir procedentes de coitos diferentes o incluso de varones distintos; en apoyo de este aserto está el hecho de que nacen gemelos con características raciales diferentes y con parecido físico correspondiendo a los distintos posibles padres.

C. Super-fetación.

Resulta de la fecundación de dos óvulos procedentes de ovulaciones diferentes es decir que un segundo óvulo viene a nidarse a la cavidad uterina ya ocupada; este hecho viene a contradecir la creencia general de que el embarazo suspende la ovulación.

D. Herencia.

La herencia es factor que interviene de manera definida en el embarazo múltiple, trasmitiéndose la tendencia por ambos progenitores de manera dominante por las mujeres demostrándose esto con el hecho de que algunas mujeres demuestran tendencia particular a presentar embarazos múltiples en generaciones sucesivas, la edad de las progenitoras es un factor determinante en la frecuencia del embarazo múltiple siendo mayor en las edades de 25 y 29 años (Duncan), observándose también más frecuentemente en las múltiparas siendo la relación así: Uno en 109 casos en el primer embarazo hasta uno en 78 en los embarazos sucesivos (Potter y Fuller).

III. DIAGNOSTICO.

El diagnóstico aparentemente parece fácil, sin embargo no es raro que resulte una sorpresa a la hora del parto la presencia de un embarazo múltiple. Para hacer un buen diagnóstico se debe tener una buena atención prenatal dando importancia en el interrogatorio a los antecedentes hereditarios de sus progenitores con respecto de embarazos múltiples, así mismo deberá dársele importancia al rápido crecimiento del abdomen, más explícitamente al aumento rápido de tamaño uterino, no correspondiente a la edad del embarazo, así como al aumento excesivo de peso de la madre (más de 4 libras por mes). El diagnóstico diferencial se hace con poli-hidramnios, fe-

tos gigantes, toxemias del embarazo, monstruosidades y embarazo molar. El buen examen obstétrico del abdomen comprende:

1.—La Palpación, la cual es fundameneal aunque a veces se ve dificultada por la existencia de hidramnios. A veces, la palpación reconoce el hidramnios localizado en un hemiútero, bien limitado y a su lado, otro huevo sin hidramnios. Esta comprobación permite sospechar la existencia de un embarazo doble univitelino y biamniótico.

En casos excepcionales podrán reconocerse dos polos cefálicos y dos polos pelvianos. Pero lo corriente es palpar 3 o 2 polos. Basta para hacer el diagnóstico: dos polos cefálicos y uno pelviano, o dos polos pelvianos y uno cefálico, imponen el diagnóstico. Si se palpan únicamente dos polos, aunque sean de nombre contrario pero muy cercanos o demasiado lejanos es evidente que no pueden pertenecer a un mismo feto.

2.—Efectúese una palpación metódica a nivel del hipogastrio de las fosas ilíacas y de los hipocondrios.

3.—La auscultación es un recurso importante para el diagnóstico. Dos focos de latidos bien separados y cuya intensidad sea bien marcada constituyen un buen signo. Es interesante unir esos dos focos por una línea imaginaria y mover sobre ella el estetoscopio que se traslada de un foco a otro. Es muy fácil de ese modo encontrar una zona "muda" donde se perciben latidos. Ello refuerza la impresión de que son dos focos distintos.

Colocados dos observadores en los focos y comenzando ambos al mismo tiempo en la determinación de la frecuencia de cada foco pueden notarse diferencias superiores a 10 latidos en el minuto. Esto tiene valor muy relativo; el error es frecuente y no es imposible que los dos corazones fetales tengan un ritmo casi idéntico. Le damos más valor al hallazgo de la zona "muda" citada. La presentación cefálica en variedad de posición izquierda posterior, puede dar dos focos de latidos pero uno está en una fosa ilíaca y el otro en la otra la distancia que los separa es corta uno suele ser más intenso que el otro y con frecuencia no puede encontrarse una zona muda entre ambos focos.

4.—Si un foco está en una fosa ilíaca y el otro en el flanco opuesto o cerca o por encima del ombligo; si los dos focos están por encima del ombligo cercanos y con el

estetoscopio obstétrico se descubre la "zona muda" citada. LA AUSCULTACION RESULTA UN BUEN AUXILIAR, para agregar a la PALPACION QUE ES FUNDAMENTAL.

5.—La radiografía es un complemento importante para el diagnóstico, pero deberá tenerse en cuenta las lesiones que podrían ocasionar en los fetos la radiación sobre todo en aquellos que todavía no tengan una edad adecuada en su desarrollo embriológico. Las radiografías antero-posteriores y laterales constituyen un medio diagnóstico de inapreciable valor para determinar la madurez fetal y lo que es más importante, la situación y presentación de los fetos que muchas veces es determinante en la conducta a seguir en el parto.

IV. EVOLUCION CLINICA Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

La tremenda sobrecarga que el embarazo múltiple supone para la madre tanto desde el punto de vista metabólico como mecánico es causa de complicaciones frecuentes, por lo que necesita dedicarse especial cuidado prenatal durante el parto y post-partum de la madre. El polihidramnios es bastante común y la distensión uterina puede hacer que el parto se efectúe antes de llegar a término con posible pérdida de una o de varias criaturas debido a inmadurez o pre-madurez. También las deficiencias nutritivas, como las toxemias del embarazo, son más frecuentes que en las madres con feto único; estas complicaciones suelen ser graves y se presentan prematuramente.

V. CONDUCTA DURANTE EL PARTO.

En estos casos la atención médica debe ser más cuidadosa que durante los partos de feto único. Es muy frecuente que el primer período del parto sea muy prolongado debido a la excesiva distensión uterina ocasionada por el Hidramnios, y esto puede conducir, debido al pequeño tamaño de los fetos, a malas presentaciones, procúbitos o prolapsos del cordón y extremidades, con consecuencias letales para los fetos. En la mayoría de los casos los fetos están en presentación cefálica; siguen en frecuencia la presentación cefálica el primero, en podálica el segundo, y ce-

fálica el tercero; estas presentaciones reunidas dan un total del 80% de la totalidad de los partos múltiples; siguen en orden de frecuencia, la presentación podálica primero, de vértice el segundo, así como las presentaciones podálicas exclusivamente acompañadas a veces de la situación trasversa.

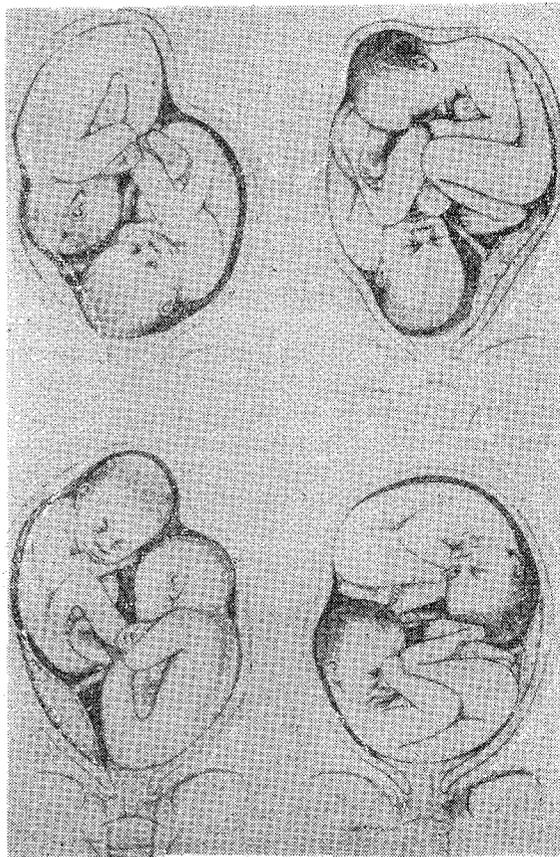


FIGURA No. 1

Esquema de las principales presentaciones en el embarazo múltiple (gemelar).

A. Técnica.

La técnica que debe seguirse consiste en terminar la

extracción de los fetos por medio de forceps si la presentación, es de vértice o por extracción de nalgas si se trata de esta posición, con anestesia en ambos casos, general o regional (en los últimos años se ha extendido más el uso de la segunda forma, sobre todo si se trata de parto prematuro). Después de extraer el primer feto se hace doble pinzamiento del cordón umbilical antes de cortarlo. En la mayor parte de los casos, si no se intenta nada para extraer el segundo feto, el parto suele detenerse por espacio de media hora a una o más horas. En ciertas ocasiones la detención se ha prolongado varias horas, incluso un día. No está justificado demorarse después de nacer la primera criatura, ya que existe el riesgo de que el segundo feto adopte una mala presentación, se produzca prolapso del cordón o haya desprendimiento prematuro de la placenta. No se debe esperar a que el parto continúe de manera espontánea ni dejar transcurrir tiempo determinado entre la salida del primer feto y la del segundo; tan pronto se ha acondicionado el primero, hay que examinar a la paciente para determinar la presentación del segundo feto y proceder a extraerlo. Si la presentación es de vértice y ya se hizo el encajamiento, se utiliza forceps; en los demás casos se practica la extracción de nalgas o una versión podálica interna. El menor tamaño del segundo feto y la previa dilatación de las vías genitales por el paso de la primera criatura, hace que los maniobras citadas pueden realizarse con facilidad. En los partos con feto único se prefiere emplear la anestesia profunda tanto para practicar la extracción de nalgas como la versión interna; en los gemelares suelen extraerse con facilidad el segundo feto por cualquiera de estas maniobras usando la misma forma de anestesia que se empleó para sacar al primero, general o regional. En un número muy reducido la extracción del segundo feto se hace después de diez minutos de haber salido el primero; en más de la mitad el tiempo trascurrido entre uno y otra extracción es menor de cinco minutos. En el caso de embarazo triple o cuádruple etc., el segundo período del parto es rápido, en estos casos se recomienda hacer episiotomía con el objeto de evitar lo más posible el traumatismo craneano de los fetos.

La expulsión se verifica de manera rápida, en los casos

que revise atendidos en Guatemala, no durando más de 20 minutos la más prolongada. Durante el tercer período del parto deberá vigilarse a la paciente con gran cuidado, ya que el peligro de hemorragia post partum es mayor que en caso de feto único, a causa de la distensión del útero. se reduce en gran parte la frecuencia de tal complicación con oxitócicos y expresión precoz de la placenta. Si el útero presenta tendencia a relajarse y se produce hemorragia hay que taponar al instante como medida de precaución y no como último recurso.

Después del parto se recomienda someter a la paciente a estrecha vigilancia durante varias horas, por el peligro que supondría una hemorragia tardía.

B.—Complicaciones del Parto.

Algunas veces durante la atención del parto se presentan problemas provocados por fetos trabados, por fortuna se trata de una situación rara producida generalmente cuando hay rotura precoz de uno de los sacos amnióticos de un feto en caso de presentarse los dos en presentación cefálica, a veces existen otros tipos de entrelazamientos que describiré a continuación:

Cuando la pelvis de la madre es ancha y las cabezas fetales son pequeñas como ocurre en los partos triples o en prematuros, pueden encajarse ambas cabezas en forma de cuña e impedir la progresión del parto. (ver figura No. 2-A).

Cuando uno de los fetos se presenta de nalgas (el primero) y el otro en presentación cefálica puede ocurrir que se encajen los mentones de ambos fetos impidiendo así que progrese el parto (ver figura No. 2-C.)

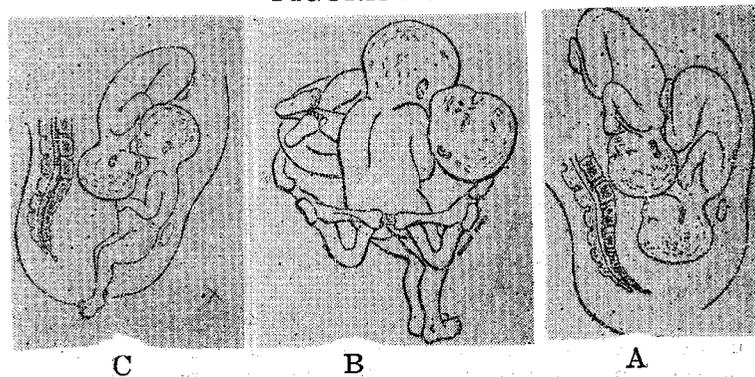
Cuando uno de los fetos está en posición trasversa la barbilla del primer feto que está en presentación podálica puede atravezarse sobre el cuello del feto en trasversa (ver figura No. 2-B).

Para impedir que lo antes dicho suceda se recomienda evitar la palpación brusca del abdomen, haciendo presión sobre el fondo uterino ya que si el primer feto se presenta de nalgas podría encajar fácilmente y trabarse con su compañero; para esto se recomienda tener en Trendelenburg a la paciente hasta que principie la expulsión del primer feto; con esto se obtiene que la cabeza del segundo feto esté lo suficientemente alta. En las presen-

taciones de vértice antes de que se produzca el encajamiento debe evitarse que se traben las cabezas desplazando hacia arriba el primer feto y extrayendo al segundo por versión podálica interna. Si el entrelazamiento de ambas cabezas no se descubre antes de que sea firme, deberá recurrirse a la anestesia general profunda para intentar separarlas mediante maniobras combinadas, internas y externas, con objeto de elevar la cabeza del segundo feto y mantenerla en alto hasta que se logre encajar la del primero, de manera adecuada y pueda hacerse una buena toma de forceps. Si a pesar de ello no puede corregirse la situación y la presentación es de vértice doble, habrá que sacrificar uno de los fetos para conservar la vida del otro. Cuando el primer feto está en presentación de nalgas y el segundo de vértice, la trabazón de las cabezas por el mentón supone casi siempre la pérdida del primero; si está muerto puede decapitarse y extraer el cuerpo dejando la cabeza para después de que se haya hecho una versión y gran extracción del segundo.

En estos casos el examen radiológico es importantísimo para el diagnóstico precoz y así evitar estas dificultades. Si ambos fetos están vivos y las condiciones no son favorables para el parto por vía vaginal debe pensarse en la conveniencia de una operación cesárea, situación rara y a veces peligrosa por las hemorragias provocadas por la inercia uterina.

FIGURA No. 2.



Esquemas de algunas complicaciones durante el parto múltiple.

VI.—REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS.

A CONTINUACION EXPONDERE UN ANALISIS DE LOS OCHO CASOS DE TRILLIZOS ATENDIDOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE GUATEMALA:

- 1.—HOSPITAL ROOSEVELT.
- 2.—CENTRO MATERNO INFANTIL (IGSS).

CASO No. 1.

Paciente: A. A. de R.,
Edad: 37 años;

Originaria y residente de esta capital.

Prenatal: Consulta prenatal Hospital Roosevelt;

Antecedentes de Importancia:

Gestas: 0, Para: 0, Abortos: 0.

Durante el control prenatal presentó: Edemas: grado I, Albuminuria: discreta (0.32 de gramo por litro), diagnosticándose pre-eclampsia benigna, y recomendándose hospitalización, la cual no aceptó por razones personales.

Ingresó a Labor y Partos el 13 de noviembre de 1957 donde se examinó, encontrándose que tenía una altura uterina de 42 cm. y se le hizo el diagnóstico de embarazo triple, fetos vivos. La duración del trabajo de parto fue de un total de (19) diez y nueve horas.

El primer trillizo, sexo masculino, peso 4 lb. 1 onza, presentación cefálica, aparentemente sano, respiró al nacer.

Segundo trillizo: sexo masculino, peso 3 lb. 3 onzas, presentación cefálica, aparentemente sano, respiró al nacer.

Tercer trillizo: sexo masculino, peso 3 lb. 6 onzas, presentación podálica, aparentemente sano, respiró al nacer.

Una placenta con tres bolsas normales.

Diagnóstico:

- 1.—Parto Eutócico de trillizos normales, univitelinos, triamnióticos.
- 2.—Alumbramiento normal.
- 3.—Madre y niños en buenas condiciones al salir de la sala de partos.

Evolución Post-parto.

Al primer día post-parto, la madre hizo crisis hipertensivas con edemas discretos de los miembros inferiores así como el examen de orina presentó cilindruria, albuminaria y hematuria discreta por lo cual se pensó en una glomerulonefritis y preclampsia; se trató con reposo, dieta hiposódica, hipotensores y diuréticos, logrando que saliera con una presión arterial de 140/90, siguiendo con tratamiento médico en la consulta post-natal.

Niños:

Primer trillizo:— egresó del hospital habiendo ganado 2 libras 2 onzas de peso en el período de hospitalización de dos meses dos días, (pesó al salir: 5 lb. 15 onzas). Diagnóstico de egreso: prematuro, en evolución favorable normal, bajo lactancia artificial.

Segundo trillizo: evolucionó favorablemente hasta el 10 de enero del año 58, falleciendo súbitamente de dilatación aguda del estómago, por probable D. H. E.; pesaba 4 libras 13 onzas al fallecer un mes veintinueve días (1 m., 29 d.) después de nacido.

Tercer trillizo: evolucionó favorablemente con lactancia artificial; egresó el 15 de enero del 58, después de haber ganado 2 lb. 13 onzas durante dos meses dos días (2 m., 2 d.) de hospitalización. Diagnóstico de egreso: niño prematuro, en evolución favorable normal.

CASO No. 2.

Paciente: A. E. de P.

Edad: 27 años;

Originaria y residente de esta capital;

Pre-natal: no tiene;

Admitida el 6 de marzo del 58, en el H. R.

Antecedentes de Importancia:

Gestas: 5, Para: 5, Abortos: 0.

Al examen físico se encontró que tenía una altura uterina de 40 cm. foco normal.

Diagnóstico:

- 1.—Polidramnios.
- 2.—Feto Gigante.
- 3.—Embarazo Múltiple.

Pasó a labor y partos: La duración del trabajo de parto fue de catorce horas y 32 minutos (14h. 32").

2 placentas; 3 amnios un cordón central y dos laterales.

Primer trillizo: sexo femenino; presentación: cefálica; peso 2 lb. 1 onza; aparentemente sano, respiró al nacer.

Tercer trillizo: sexo masculino; presentación: podálica; peso: 2 lb. 14 onzas; anoxia de 4 minutos al nacer, por lo demás aparentemente sano.

Diagnóstico:

- 1.—Parto eutócico triple, biovular, triamniótico.
- 2.—Alumbramiento normal, placenta y membranas completas.

Evolución Post-parto.

Diagnóstico: Anemia. Se le puso transfusión de 500 centímetros cúbicos llegando su Hb. a 12 gramos; se dio alta en buenas condiciones seis días después del parto.

Niños:

Primer trillizo: vivió veinticuatro horas (24 h.). Diagnóstico de defunción: paro respiratorio por prematúrez.

Segundo trillizo: vivió seis (6) días, habiendo evolucionado favorablemente durante los primeros tres días, Diagnóstico de defunción: 1.—Bronconeumonía; 2.—Prematurez.

Tercer trillizo: vivió diez horas cincuenticinco minutos (10h. 55'). Diagnóstico de defunción: Inmadurez fetal.

CASO No. 3.

Paciente: A. M. S.

Edad: 22 años;

Originaria y residente de esta capital;

Prenatal: no tiene;

Ingresó el 5 de marzo del 56, al servicio de admisión del H. R.

Antecedentes de Importancia:

Gestas: 2, Paras: 1 Abortos: 0.

Al examen físico se encontró una altura uterina de 51 cm., se escuchan tres focos y se palpan múltiples partes fetales; se hace el diagnóstico de:

1.—Embarazo triple.

2.—Pre-eclampsia.

Se pasa a labor y partos donde se refiere al servicio de rayos X, para confirmar el diagnóstico, habiendo reportado que se trataba de embarazo triple a término. La duración del trabajo de parto fue de veintiuna horas dos minutos (21h. 2').

Una placenta única, 3 sacos amnióticos, 2 cordones normales y 1 con inserción velamentosa.

Primer trillizo: sexo femenino; presentación: podálica; peso: 4 lb. 5 onzas; aparentemente sano, respiró al nacer.

Segundo trillizo: sexo femenino; presentación: cefálica; peso: 4 lb. 12 onzas; aparentemente sano, respiró al nacer.

Tercer trillizo: sexo masculino; presentación: cefálica; peso: 4 lb. 12 onzas; aparentemente sano, respiró al nacer.

Evolución Post-parto.

La paciente al salir de sala de partos presentó crisis hipertensivas, con presiones de 200/120, albuminuria: trazas indosificables; se tuvo bajo tratamiento médico (reposo, dieta hiposódica, hipotensores y diuréticos), mejorando notablemente al cabo de diez días. Fue dada de alta con diagnóstico de: 1.—Puerperio hospitalario normal. 2.—Pre-eclampsia severa controlada.

Niños:

Primer trillizo: fue dado de alta a los 17 días de nacido pesando 4 lbs. 8 onzas, habiendo ganado 3 onzas de peso. Diagnóstico de egreso: Pre-maturo, trillizo en evolución favorable.

Segundo trillizo: fue dado de alta a los 17 días de nacido pesando 4 libras 7 onzas, no había ganado peso, sino perdido 3 onzas; sin embargo su estado era excelente.

Diagnóstico de egreso: Pre-maturo bajo evolución favorable.

Tercer trillizo: fue dado de alta a los 17 días de nacido pesando 4 libras 8 onzas, había perdido 4 onzas de pe-

so. Diagnóstico de egreso: Pre-maturo, bajo evolución favorable.

CASO No. 4.

Paciente: M. U.

Edad: 30 años.

Originario de Zacapa, y residente en esta capital.

Pre-natal: en el H. R.

Antecedentes de Importancia:

Gestas: 3, Para: 2, Abortos: 0.

Al examen físico en pre-natal se palparon múltiples pequeñas partes, y se localizaron 3 focos, habiéndose hecho el diagnóstico de: 1.—Embarazo triple en el curso de 30 semanas a 2.—Fetos vivos.

Ingresa al servicio de admisión el 16 de Marzo del 58.

Al examen físico se encontró que tenía una altura uterina de 40 centímetros, se hizo el diagnóstico de embarazo triple pasó a labor y partos. La duración del trabajo de parto fué de ocho horas cincuenticinco minutos (8h., 55').

2 placentas de tamaño normal, 2 cordones de inserción central y lateral, 3 sacos amnióticos.

Primer trillizo:—sexo masculino; presentación: cefálica; peso 4 lb. 10 oz.; aparentemente sano, respiró al nacer.

Segundo trillizo:—sexo masculino; presentación: podálica; peso: 4 lb., 10 oz.; aparentemente sano, respiró al nacer.

Tercer Trillizo:—sexo femenino; presentación: cefálica; peso: 3 lb. 11 y media onza; aparentemente sano, respiró al nacer.

Diagnóstico:

1.—Parto eutócico triple.

2.—Alumbramiento normal. Placenta y membranas completas.

3.—Madre y Niños salen del parto en buenas condiciones.

Evolución Post-parto.

Al segundo día Post-partum presentó ileo vesical, el que cedió al tercer día bajo tratamiento con succión gástrica y prostigmina.

Niños

Primer trillizo: egresó el 13 de Mayo del 58 a los 2 meses de hospitalización, salió pesando 7 lb. 9 oz., ganó 2 libras 15 onzas. Diagnóstico de egreso: Niño en evolución favorable, con Hernia Umbilical Congénita.

Segundo trillizo:— egresó el 13 de Mayo del 58, a los 2 meses de hospitalización pesando 7 libras 8 onzas, y media, ganó peso de 2 libras 13 onzas. Diagnóstico de egreso: Niño en evolución favorable normal.

Tercer trillizo:— egresó el 13 de Mayo del 58, a los 2 meses de hospitalización salió pesando 5 libras 15 y media onzas, ganó peso de 2 libras 4 onzas. Diagnóstico de egreso: Niño en evolución favorable normal.

CASO NUMERO. 5

Paciente: G. B.

Edad: 37 años.

Originaria y residente de esta capital.

Pre-natal: no tiene.

Ingresó al servicio de Admisión del H. R., el 22 de Junio del 60.

Antecedentes de Importancia:

Gestas: 7, Paras: 6, Abortos: 0.

Al examen físico presenta altura uterina de 36 centímetros se escucharon varios focos y se palpan pequeñas partes múltiples.

Diagnóstico:

1.—Embarazo múltiple.

- 2.—Fetos vivos.
- 3.—Polihidramnios.
- 4.—Bocio, Hipertiroidismo.
- 5.—Hipertensión arterial.

La paciente pasó al segundo piso donde estuvo bajo observación de trabajo de parto y tratamiento médico a base de sedantes, hipotensores y reposo, mejorando notablemente al cabo de tres días, el 27 de Junio del 60, principió con fuertes dolores de parto, pasando a labor y partos. Fué referida al servicio de rayos X por el residente de turno, habiendo informado que se trataba de un embarazo triple con fetos pre-maturos. Duración del trabajo de parto: Tres horas nueve minutos (3h., 9').

Parto: dos placentas pequeñas, 2 cordones incursión central, 1 cordón incursión lateral, 3 sacos amnióticos.

Primer trillizo:— sexo masculino; presentación: cefálica; peso: 4 libras; aparentemente sano, respiró al nacer.

Segundo trillizo:— sexo femenino; presentación: cefálica; pesó : 3 libras 11 y media onzas; aparentemente sano, respiró al nacer.

Tercer trillizo:— sexo masculino; presentación: podálica; se practicó maniobra de Moriceau; peso: 3 libras. 9 onzas; respiró al minuto, aparentemente sano.

Diagnóstico final:

- 1.—Parto distócico, trillizos normales.
- 2.—Alumbramiento normal, placenta y membranas completas.
- 3.—Madre y Niños salen de partos en buenas condiciones.

Evolución Post-parto.

Primer día Post-partum evolucionó favorablemente teniéndose controlada con sedantes tipo Fenobarbital e hipotensores, su cuadro de Hipertiroidismo.

Después de haberse practicado consulta al departamento de medicina se principió tratamiento con Tapazole dándosele alta al cabo de dos semanas mejorada y con recomendación para que al terminar su puerperio, se dirija a consulta de cirugía para su tratamiento.

Niños:

Primer trillizo: egresó el 3 de Agosto del 60, después de 42 días de hospitalización, aparentemente sano, pesando 5 libras, ganó 1 libra de peso.

Segundo trillizo: egresó el 6 de Agosto del 60, a los 42 días de hospitalización, pesando 4 libras 13 y media onzas, ganó 1 libra 2 onzas de peso. Diagnóstico de Egreso: Niño prematuro en evolución favorable.

Tercer trillizo: falleció a los 39 días de hospitaliza-



FIGURA No. 3

Imagen radiológica del caso No. 6, placa lateral. donde se aprecian partes fetales de embarazo triple prematuros.

ción con diagnóstico de defunción: Paro respiratorio con Anoxia por Atelectasia pulmonar (Tapones Mucosos).

CASO NUMERO 6.

Paciente: A. C. de M.

Edad: 35 años.

Originaria y residente de esta capital.

Pre-natal: no tiene.

Ingresó al servicio de Admisión del H.R. el 4 de Octubre del 57.

Antecedentes de Importancia:

Gestas: 3, Para: 2, Abortos: 0.

Al examen físico presentó una altura uterina de 33 centímetros, se palpaban múltiples pequeñas partes, se auscultan 2 focos.

Diagnóstico de Ingreso:

1.—Embarazo múltiple.

2.—Fetos vivos (Gemelos).

La paciente fué referida al servicio de rayos X, donde se diagnosticó: Embarazo triple, pre-maturos muy pequeños.

Pasó a labor y partos: duración del trabajo de parto 9 horas 39 minutos, una placenta grande con 3 sacos amnióticos, 3 cordones normales.

Primer trillizo:— sexo femenino; presentación: cefálica; no se pesó; respiró con dificultad, aparentemente sana.

Para facilitar y evitar el traumatismo craneano de los fetos, se practicó episiotomía mediana (Suturada).

Diagnóstico final:

1.—Parto eutócico triple.

2.—Alumbramiento normal.

Evolución Post-parto.

Puerperio Hospitalario normal, egresó el día 15 de Octubre de 1960 a los 11 días Post-partum. Estando en su casa presentó hemorragia vaginal tardía el día 19 Post-partum por lo que reingresó de emergencia el 23 de Octubre del 60 a la emergencia del H. R., habiéndosele practicado legrado uterino, encontrándose como causa de la hemorragia retención de un Cotiledón Aberrante.

Se trató con trasfusión Sanguínea y antibióticos egresando el 29 de Octubre del 60 en buenas condiciones.

Niños:

Primer trillizo: falleció el 12 de Octubre del 60, después de estar 21 horas en incubadora con diagnóstico de defunción: Anoxia Blanca.

Segundo trillizo:— evolucionó favorablemente por 2 días, luego principió a presentar exceso de flemas que le hacían difícil la respiración, falleció el 15 de Octubre del 60 por paro Respiratorio y Asfixia, debido a tapones mucosos que le provocaron una Atelectasia pulmonar.

Tercer trillizo:— falleció el 15 de Octubre del 60, después de estar durante 4 días en incubadora con respiración difícil. Diagnóstico de defunción: Anoxia Blanca.

CASO NUMERO 7.

Paciente: H. S. H.

Edad: 33 años.

Originaria y residente de esta capital.

Pre-natal: no tiene.

Ingresó al servicio de admisión del Materno Infantil I.G.S.S. el 21 de Noviembre del 56.

Motivo de Ingreso: Hemorragia Vaginal.

Antecedentes de Importancia:

Gestas: 7, Para: 6, Abortos: 0.

Al examen físico se palpan 2 fetos. Focos: Normales.

Diagnóstico:

1.—Embarazo gemelar.

2.—Amenaza Parto Pre-maturo.

Se refiere a rayos X, donde informaron:

Se trata de Embarazo triple, Inmaduro.

Pasó a labor y partos, teniendo dilatación completa a las 16 horas 38 minutos; duración del trabajo de parto: 17 horas.

Una placenta con 3 cordones y 3 sacos amnióticos, hidramnios 6 litros.

Primer trillizo:— sexo masculino; presentación cefálica; peso: 1 libra 6 onzas, respira con dificultad.

Segundo trillizo:— sexo masculino; presentación: pedálica; peso: 1 libra, 13 onzas, respira con dificultad, Anoxia Blanca.

Tercer Trillizo: sexo masculino, presentación: cefálica; peso: 1 libra 12 onzas. Anoxia Blanca.

Diagnóstico final:

1.—Parto Eutócico Triple.

2.—Alumbramiento normal.

Evolución Post-parto.

Normal: egreso 5 días después.

Niños:

Primer trillizo: falleció 2 horas 23 minutos después de nacido.

Segundo trillizo:—falleció 5 horas 22 minutos después de nacido.

Tercer Trillizo:— falleció 9 horas después de nacido.

Los tres fallecieron con el diagnóstico de Inmadurez Fetal.

CASO NUMERO 8

Paciente: G. de M.

Edad: 29 años.

Originaria y residente de esta capital.

Pre-natal: si tiene. I.G.S.S. (Materno Infantil).

Antecedentes de Importancia.

Gestas: 6, Para: 5, Abortos: 0.

Todos los partos anteriores fueron normales.

Al examen físico presentó una altura uterina de 33 centímetros, circunferencia abdominal 106 centímetros.

Diagnóstico de Ingreso: Embarazo Gemelar.

Ingresó a labor y partos con dilatación completa al día 8 de Diciembre del 57.

Duración del trabajo de parto: 4 horas 50 minutos.

Dos placentas tamaño medio, tres sacos amnióticos.

Primer trillizo:— sexo masculino; presentación: cefálica; peso: 3 libras 11 onzas; respiró al nacer, aparentemente sano.

Segundo trillizo:— sexo femenino; presentación: cefálica peso: 4 libras 4 onzas; respiró al nacer, aparentemente sano.

Tercer trillizo:— sexo masculino; presentación: cefálica; peso: 4 libras 8 onzas; respiró al nacer, aparentemente sano.

Diagnóstico final:

1.—Parto eutócico triple.

2.—Alumbramiento normal.

Evolución Post-parto.

Puerperio hospitalario normal, 5 días.

Niños:

Primer trillizo:— egresó el 29 de Enero del 58, habiendo ganado 2 libras 5 onzas.

Completamente sano, durante su hospitalización sólo padeció una Infección Estreptocócica de la garganta.

Segundo trillizo:—Evolucionó favorablemente, padeció una Estomatitis Viral, luego egresó el 18 de Febrero del 58, habiendo ganado 4 libras 3 onzas de peso.

Tercer trillizo:— Egresó el 18 de Febrero del 58, sano, con una Hernia Umbilical Congénita, ganó peso de 2 libras 6 onzas.

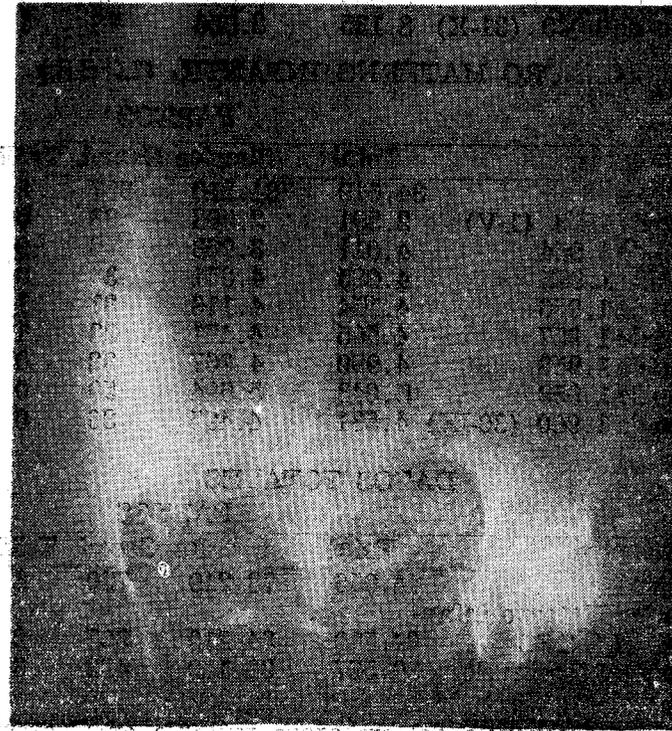


FIGURA No. 4.

Imagen Radiológica del Caso No. 3 placa anteroposterior se trata de embarazo triple, con fetos a términos.

VII.—ESTADÍSTICAS EN GUATEMALA

Las estadísticas que expongo a continuación se refieren a los partos efectuados en los Centros Materno Infantil (I.G.S.S.) y Hospital Roosevelt de Guatemala.

HOSPITAL ROOSEVELT

PARTOS

Conceptos	Total	Simple	Gemel.	Trillizos
Totales	39.537	39.109	422	6
Año de 1.955 (15-X11)	259	259	0	0
Año de 1.956	6.315	6.234	80	1
Año de 1.957	7.396	7.293	101	2
Año de 1.958	8.337	8.259	76	2
Año de 1.959	9.095	9.008	87	0
Año de 1.960 (31-X)	8.135	8.056	78	1

CENTRO MATERNO INFANTIL (I.G.S.S.)

PARTOS

Conceptos	Total	Simple	Gemel.	Trillizos
Totales	34.519	34.210	307	2
Año de 1953 (1-V)	2.591	2.563	28	0
Año de 1.954	4.011	3.963	48	0
Año de 1.955	4.085	4.051	34	0
Año de 1.956	4.154	4.116	37	1
Año de 1.957	4.505	4.471	33	1
Año de 1.958	4.999	4.967	32	0
Año de 1.959	5.643	5.584	59	0
Año de 1.960 (30-IX)	4.531	4.495	36	0

DATOS TOTALES

PARTOS

Conceptos	Total	Simple	Gemel.	Trillizos
TOTAL	74.056	73.219	729	8
Centro Materno Infantil (I.G.S.S.)	34.519	34.210	307	2
Hospital Roosevelt	39.537	39.109	422	6

La frecuencia del embarazo múltiple en Guatemala según las estadísticas revisadas es la siguiente:

Un parto Gemelar de cada 101.5 nacimientos.

Un parto Triple de cada 9.257 nacimientos.

VIII.—CONCLUSIONES.

- 1.—De acuerdo a la literatura revisada se ha podido comprobar que el Embarazo Múltiple en Guatemala tiene más baja frecuencia que en otros países.
- 2.—La herencia es factor determinante en la frecuencia del Embarazo Múltiple. Transmitiéndose la tendencia por ambos progenitores y de manera predominante por las mujeres.
- 3.—Se considera de suma importancia clínica el conocimiento de la circulación fetal y sus variedades para obtener buenos resultados en la asistencia de los partos múltiples.
- 4.—La importancia del buen examen obstétrico del abdomen que incluye rigurosamente: inspección, palpación, auscultación, es básico para el buen diagnóstico y así evitar posibles y lamentables sorpresas.
- 5.—El examen radiológico constituye un medio de Diagnóstico de inapreciable valor para determinar: madurez, situación y presentación de los fetos, dando así el lineamiento de la conducta a seguir durante el parto.
- 6.—Con el objeto de proporcionar las mayores ventajas a la madre y a los productos de la concepción es recomendable que los atienda exclusivamente médicos debidamente entrenados en problemas obstétricos.
- 7.—Se encontraron 729 embarazos gemelares de un total de 74.056 nacimientos ocurridos en los Centros Asistenciales siguientes: Hospital Roosevelt y Centro Materno Infantil (I.G.S.S.), dando la frecuencia siguiente:
Un embarazo gemelar en 101.5 nacimientos.
- 8.—Fueron revisados ocho casos de embarazo triple de entre 74.056 nacimientos ocurridos en los Centros siguientes: Hospital Roosevelt, y Centro Materno Infantil (I.G.S.S.), dando la frecuencia siguiente:
Un embarazo triple en 9.257 nacimientos.
- 9.—Los casos anteriormente revisados sugieren las siguientes conclusiones:

- A.—Sólo tres casos de embarazo triple es decir el 37.5% asistió a la consulta pre-natal.
- B.—Las presentaciones más frecuentes fueron las siguientes:
 Para el primer feto: cefálica 7 veces el 87.5%.
 Para el segundo feto: cefálica 5 veces el 62.5%.
 Para el tercer feto: cefálica 5 veces el 62.5%.
- C.—Las presentaciones totales fueron las siguientes:
 Presentación cefálica para los tres fetos 25%.
 Presentación cefálica (1o.) pódalica (2o.) cefálica (3o.) 25%.
 Presentación cefálica (1o.) cefálica (2o.) podálica (3o.) 25%.
 Presentación cefálica (1o.) podálica (2o.) podálica (3o.) 12.5%.
 Presentación podálica (1o.) cefálica (2o.) cefálica (3o.) 12.5%.
- D.—Todos los niños nacieron vivos en todos los partos triples atendidos, no existiendo ni un solo caso de mortinato.
- E.—La relación entre el peso fetal y la supervivencia, demostró que todos los niños que en el momento del nacimiento pesaron más de tres libras sobrevivieron y salieron del hospital habiendo ganado peso y en magníficas condiciones.
- F.—Se comprobó que en los embarazos múltiples el primer período del parto es el más prolongado (en los casos revisados de 3 a 19 horas) siendo el segundo y tercer período relativamente rápidos (Segundo período no más de veinte minutos).

Guatemala, Noviembre de 1960.

Br. Juan Alemán Morales.

Vo. Bo.

Dr. Francisco Cerezo.

Asesor.

Imprimase:

Dr. Raúl Rodríguez Padilla.

Decano Interino.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.—Davis, Carl Henry: Gynecology and Ostetrics, vol. 1, Philadelphia, Saunders, 1933.
- 2.—W. A. D. Anderson, M. A., M. D. F.A.C.P. Tex Book of Pathology. The C. V. Mosby Company, 1955.
- 3.—Hawker, W. D., y Allen M.: Study of 145 consecutive twin pregnancies, Am. J. Obst. & Gynec. 57.
- 4.—Robert E. Gross, M.D., D. Sc.: The Surgery of Infancy and Childhood. Philadelphia, Saunders, 1958.
- 5.—Kimball, A.P., y Rand, P.R.: Simultaneous delivery of chin to chin locked twins, Am. J. Obst & Gynec. 59: 1168, 1950.
- 6.—Dr. Arthur Worth Ham: Tratado de Histología, Editorial Interamericana S. A., México, 1954.
- 7.—Potter. E.L. y Fuller H.: Multiple pregnancies at the Chicago Lying-In Hospital 1941 to 1947, Am. J. Obst. & Gynec., 1949.
- 8.—Jaime Moragues Bernat: Clínica Obstétrica, El Ate-neo, Buenos Aires, 1957.
- 9.—De Lee, Joseph B.: The Principles and Pactice of Obstetrics, Philadelphia, Saunders, 1951.
- 10.—C. B. Lull., R. A. Kimbrough: Obstetricia Clínica, Interamericana, México, 1954.
- 11.—Greenhill, J. P.: Principles and Practice of Obstetrics, Philadelphia, Saunders, ed 10, 1951.
- 12.—Archivos y Oficina de Estadística, Centro Materno infantil (I.G.S.S.).
- 13.—Archivos y Oficina de Estadística, Hospital Roosevelt.
- 15.—Departamento de Rayos X, Hospital Roosevelt.