NIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ANENCEFALIA "

TESIS

esentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Univer-
lad de San Carlos de Guatemala.

POR

BAUDILIO B. SAJCHE RIOS

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, junio de 1968

PLAN DE TESIS

I PARTE

1. Introducción

2. Antecedentes

a) Definición
b) Características del Anencefalo
c) Incidencia
d) Etiología
e) Métodos de Diagnóstico
f) Diagnóstico Diferencial
g) Conductas seguidas por las diferentes escuelas.

II PARTE

a) Datos Generales
b) Incidencia
c) Edad
d) Raza
e) Antecedentes familiares
f) Paridad
g) Control Prenatal
h) Motivo de Ingreso
i) Edad de Embarazo
j) Diagnóstico

3. Discusión y Resultados

4. Sumario

5. Conclusiones

6. Bibliografía

ANTECEDENTES:

Es indudable, que al realizar nuestra práctica hospitalaria en el transcurso de los estudios médicos, tropezamos con innumerables problemas clínicos; así notamos que hay unos más frecuentes que otros. Entre los primeros en nuestro medio podemos citar por caso la desnutrición, parasitismo intestinal y tuberculosis pulmonar, que representando un azote nacional, se encuentran relacionados con la miseria y la ignorancia. Viene esto al caso pués al hacer la práctica correspondiente de Obstetricia del Hospital Roosevelt, no dejamos de relacionar parte de lo ántes dicho con los casos de anencefalia. Así cuando planificamos el presente trabajo conjuntamente con el Dr. Oscar Figueroa, tuvimos como objetivos principales, dada la falta de referencias al respecto; los siguientes hechos:

1. Hacer un estudio retrospectivo de los casos que se han presentado en la Maternidad del Hospital Roosevelt, durante un período de tiempo comprendido en 10 años, para así poder sacar conclusiones en cuanto a frecuencia por partos, y la incidencia según diversos aspectos maternos, como: Raza, Pa-

ridad, Falta de orientación prenatal. Igualmente quisimos conocer cuál fué la conducta Obstetrica más seguida por las diferentes escuelas que han estudiado esta complicación del embarazo.

2. Basándonos en las conclusiones obtenidas del estudio anterior, podremos determinar la conducta más favorable a seguir en el caso de pacientes con embarazo que se sospecha anencefalia.

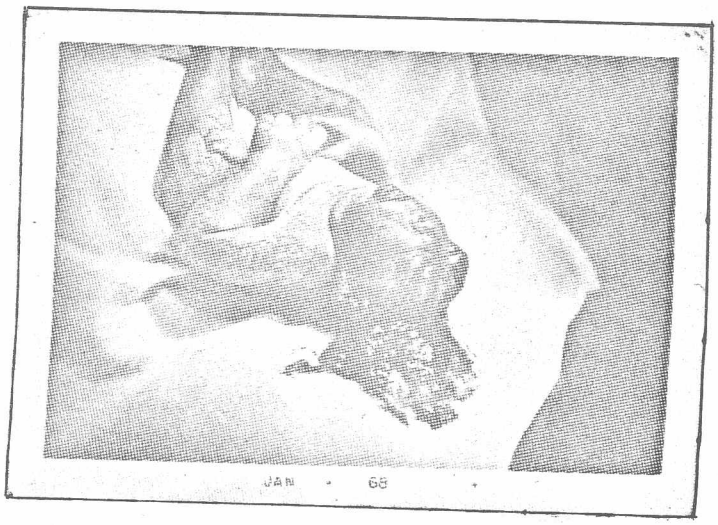
DEFINICION:

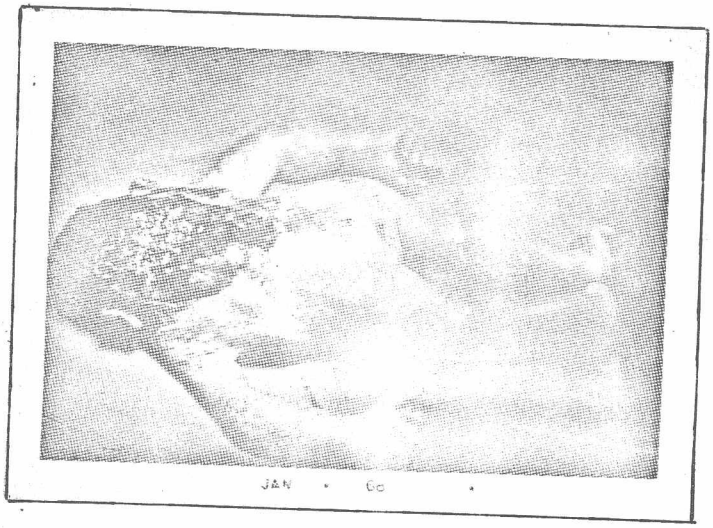
Anencefalia: Es una malformación craneal importante y de las más frecuentes después de la hidrocefalia; se caracteriza por la falta de cerebro, concomitando con anomalías de la médula espinal. Los huesos de la cara están formados, pero no se desarrollan bóveda craneal ni lámina vertebral.

Características del Encefalo:

Figura No. 1

(Se observa claramente en éstas fotografías la falta de bóveda y masa encefálica esbozada y la cortedad del cuello)


JAN • 68


JAN • 68

El mounstruo anencéfalo es un feto inmaduro o a término que tiene tronco pero la cabeza está defectuosamente desarrollada y le falta la mayor parte del craneo y del cerebro. Por lo general éstos mounstruos son de peso bajo y pequeños, pero en ocasiones se desarrollan de tal manera, como cualquier feto a término, que los hombros ocasionan distocia grave. A causa de la falta de bóveda cranéana la cara es más prominente y un tanto extensa; los ojos a menudo sobresalen de sus órbitas y la lengua cuelga de la boca El cerebro se halla en estado rudimentario y en la base del cráneo se puede introducir un dedo, de suerte que se identifica la silla turca. Por razón de la forma anormal de la cabeza son frecuentes las presentaciones de cara.

Incidencia: La incidencia de fetos anencéfalos, según diferentes estadísticas es menor que la hidrocefalia y casi todos coínciden más o menos en que es de 0.1 a 0.12% pudiendo, aunque muy rara vez, repetirse en otros embarazos; se observa con más frecuencia fetos anencéfalos del sexo femenino.

Etiología: Seria oportuno considerar que los factores anotados en seguida, tienen cierta relación con la etiología de la anence-

falía.

1. Herencia: Se supone que la malformación viene favorecida por factores parahereditarios que actúan sobre el espermatozoide o el óvulo. Hasta hace poco tiempo no se valoraba el papel paterno en la génesis de las malformaciones fetales, pero es evidente que los espermatozoides anormales procedentes de sujetos que han padecido infecciones o intoxicaciones dan lugar a fetos anórmales. Se sabe que algunas malformaciones ocurren en familias, otras presentan predilección notable para grupos de población, por ejemplo la anencefalia en algunas regiones de Gales del Sur. En algunos casos notables se tiene árboles genealógicos que sugieren un mecanismo dado de herencia.

2. Factores Físicos: Son incuestionalbes los efectos teratógenos al irradiar la pélvis durante las gestaciones; aunque éstos casos forman un pequeño procentaje de las malformaciones neonatales, adquieren importancia que excede en número, pués, a la luz de los acontecimientos actuales, la mayor parte pueden y deben prevenirse. Debe destacarse que hay muchos informes acerca de deformidades en hijos

de mujeres que recibieron radiación pélvica después de la concepción; no hay casos comprobados en este lamentable hecho, para atribuírse a la radiación diagnóstica, todos los casos ocurrieron en los primeros años, cuando la radioterapia se utilizaba para producir aborto terapéutico y para tratar el cáncer del cuello uterino durante la gestación.

3. Anomalías Ovulares: Polihidramnios: Es sabido por todos que el exceso de líquido amniótico por arriba de 1500 cc. es causa frecuente o coíncide con anomalías fetales congénitas, principalmente anencefalia.

Métodos de Diagnóstico: Antes del parto, vigilando embarazos, se puede sospechar la existencia de fetos con anomalías congénitas; investigando por ejemplo, los antecedentes de la paciente: Los padres que han procreado niños con anomalías congénitas, tienen aproximadamente veinte y cinco veces más probabilidades de tener otro niño defectuoso que los padres cuyos hijos han sido normalmente desarrollados.

El diagnóstico de feto anencefalo puede hacerse por medio de:

Palpación abdominal: La usencia de polo cefálico típico y la exageración de los movimientos fetales, (signo de Laulaigne) o la provocación de convulsiones al comprimir entre las manos el polo que se sospecha como céfalico (signo de Negri, signo de Viana), y el exceso de líquido (polihidramnios), (signo de M.L. Pérez)hacen sospechar anencefalia.

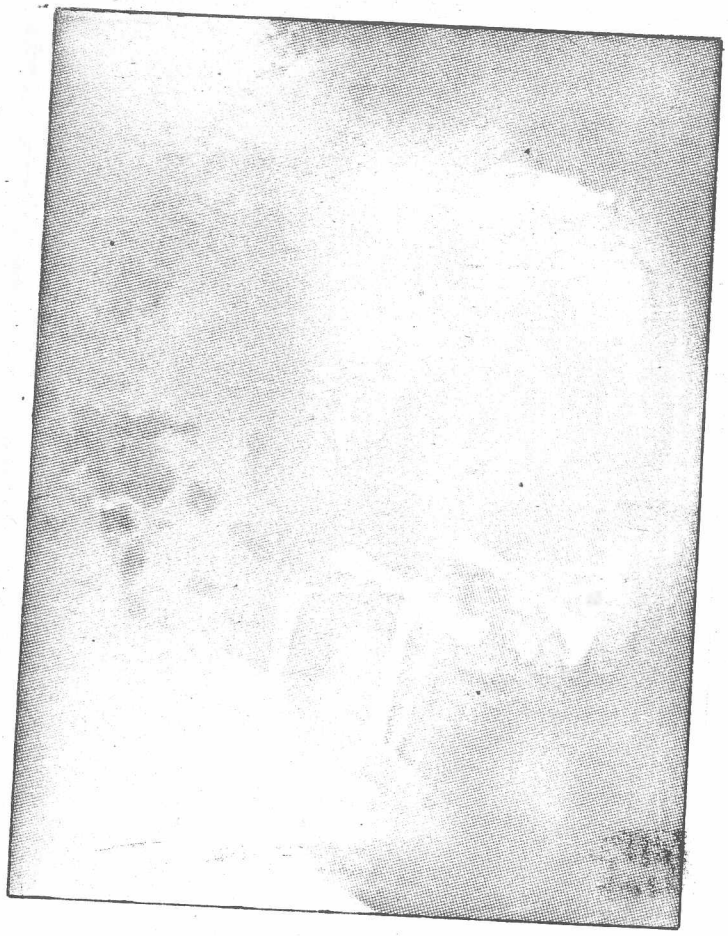
Tacto Vaginal: Generalmente la presentación de éstos fetos es de cara; a menudo se hace el diagnóstico por medio del tacto vaginal, reconociéndose los ojos saltones y los caracteres de la presentación de cara y la falta de bóveda craneal, así como la palpación de la silla turca. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de un feto normal en presentación pelviana, quees una causa de error diagnóstico frecuente del anencéfalo.

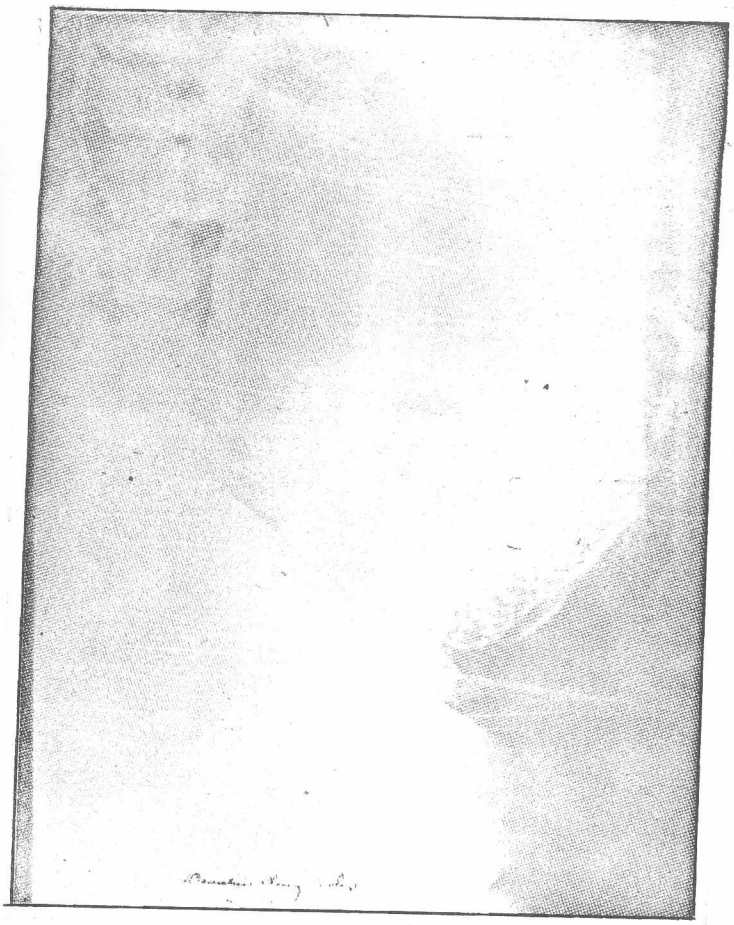
Examen Radiológico: La Radiografía simple de abdomen en pacientes embarazadas y en quienes se sospecha una anomalía fetal: "Anencefalia", es de mucha ayuda, y practicamente es lo que da el diagnóstico definitivo, ya que se reconocen perfectamente el esqueleto fetal, observándose

unidamente lo que se llama muñón cefálico.

A continuación presentamos unas radiografías que se tomaron a pacientes de la Maternidad del Hospital Roosevelt.

FIGURA No. 2

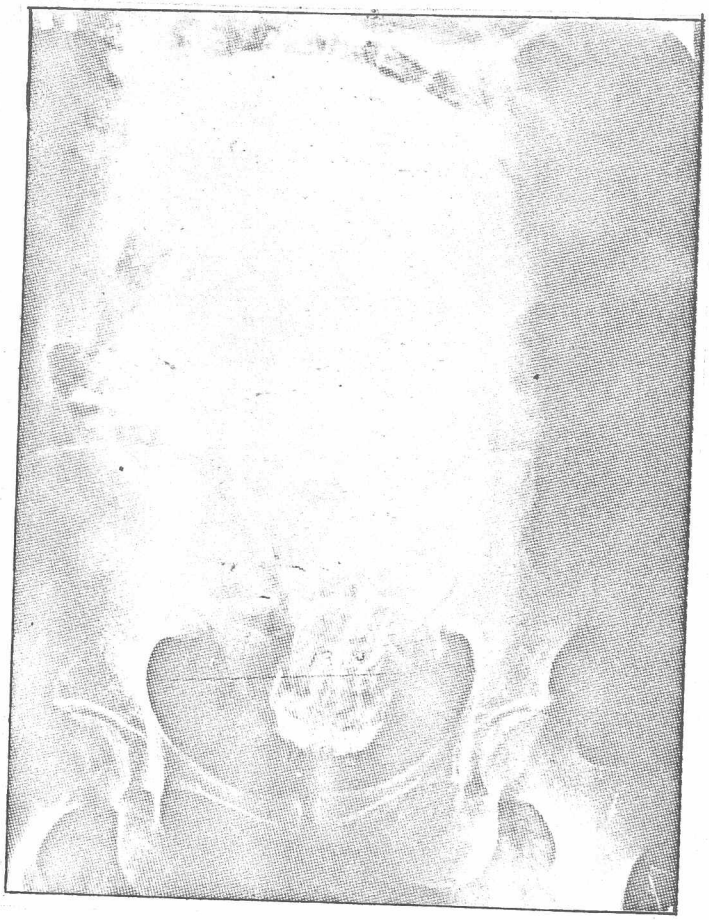




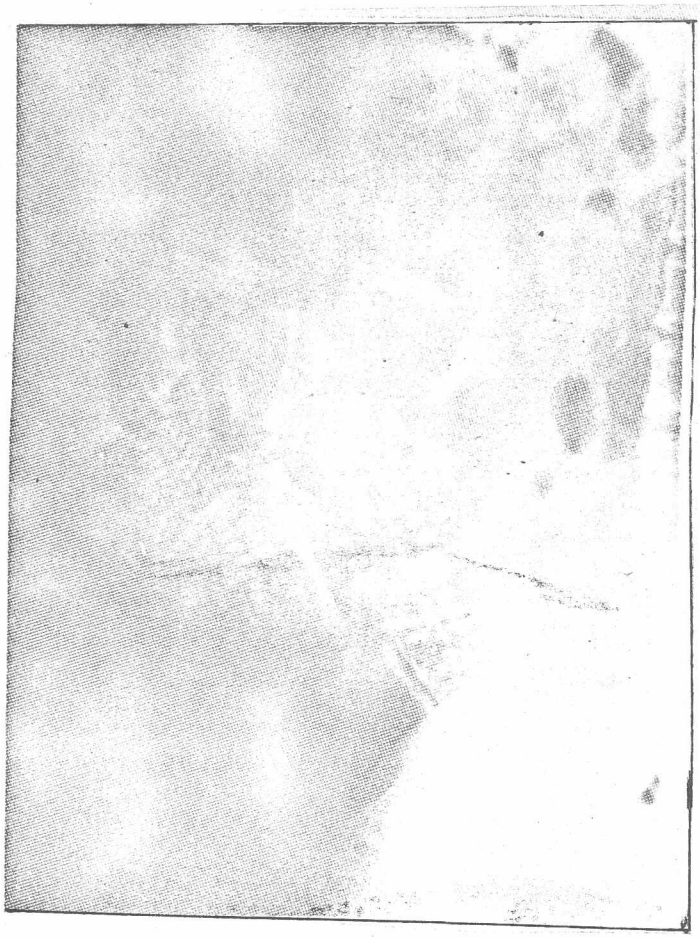
Las radiografías muestran el muñón cefálico y la falta de cráneo. También indican exceso de líquido amniótico.

Las figuras No. 3 muestran fetos anencéfalos.

Figura No. 3



Esta es una Radiografia muy interesante, ya que nos muestra un embarazo gemelar un feto es anencéfalo y el otro sano. El feto anencéfalo se encontraba muerto, pero no se hizo el diagnóstico radiológico.



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL FETO ANENCEFALO:

Debe hacerse el diagnóstico diferencial con:

Presentaciones pelvianas: En las cuales por palpación abdominal se nota el fondo uterino el peloteo de la cabeza dura y sobre el estrecho superior se palpa el polo relativamente blando e irregular de las nalgas completas y por tacto se puede percibir el cócxis y el sacro con sus espinas dorsales , también pueden notarse un pié con la prominencia de su talón.

Presentación de cara: Se diagnóstica rara vez, se puede hacer por palpación abdominal. La cabeza nunca encaja antes del comienzo del parto, razón que puede inducir a practicar una radiografía simple de abdomen que confirmaría el diagnóstico. Al tacto vaginal a través del orificio cervical, que está dilatando, se encuentran las formaciones óseas características de la cara; el dorso de la naríz se halla en el centro de la vagina, también puede sentir se la sutura interfrontal movible, los arcos superciliares

y el borde alveolar de dureza característica, así como la boca.

Placenta previa: A veces puede confundirse, pues al estar ocupado el segmento inferior por la placenta, suelen no cumplirse las condiciones que permiten la acomodación fetal, observándose a menudo presentaciones viciosas; tronco, nálgas etc. El diagnóstico diferencial puede hacerse por la historia de hemorragía úterina del último trimestre de la gestación y los datos encontrados al exámen vaginal: sentir la plancenta en el orificio cervical, el cuello es más blando y de consistencia, más saculento que de ordinario y el examen radiológico por técnica de partes blandas o placentografía indirecta, nos dice donde está localizada la placenta.

Conductas seguidas por las diferentes escuelas en caso de Embarazo con feto Anencefalo:

Para algunos autores la comprobación de feto anencéfalo es razón suficiente para inducir el parto (escuela Alemana). Otras escuelas creen que el Embarazo debe de continuar su evolución y resolverse espóntaneamente. Consideran indicada la evacuación fetal por inducción del parto por vía quirúrgica "Amniosentesis" o médica "Ocitócicos", únicamente cuan-

do el embarazo causa importantes trastornos en otros órganos o sistemas, por ejemplo, el caso típico del polihidramnios que es causa de disnea o insuficiencia respiratoria. Generalmente la gestación del feto anencéfalo término en parto espontáneo y por lo general se lleva a cabo con cierta facilidad, especialmente si se trata de presentación pélviana que es un buen medio de dilatación del cuello. A veces los hombros pueden crear distocia (retención) y por ende rasgaduras del cuello que ocasionalmente han sido tan severas llevando hasta el segmento inferior.

ANALISIS DE LOS CASOS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT

Se hizo un estudio de todas las pacientes atendidas en la Maternidad del Hospital Roosevelt, desde la fecha de su fundación en diciembre de 1955 hasta el año de 1965, es decir 10 años. De este estudio obtuvimos los siguientes datos: el número total de partos entre Eutócicos y Distócicos fué de 97.861, igual al cien por ciento. La distribución por años fué de la siguiente manera:

AÑO	NUMERO DE PARTOS
1955	254
1956	6315
1957	7396
1958	8337
1959	9095
1960	9720
1061	10471
1962	10976
1963	11609
1964	11758
1965	11930

Total: 10 años----------97.861 partos

Si observamos éstos datos, podremos darnos cuenta del aumento progresivo del número de partos a partir del año de la fundación de la Maternidad. No cabe duda que este aumento, es debido a la población de la ciudad, a los medios de divulgación y al conocimiento que la población tiene de la existencia de Maternidades y Hospitales.

DATOS GENERALES:

Incidencia: Después de revisar las estadísticas del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, encontramos que en 97.861 partos atendidos en 10 años, 152 fueron anencéfalos, lo que viene a darnos una incidencia de 0.2% o sea un parto con feto anencéfalo por cada 500 partos, lo que es ligeramente más elevada que la de otros países.

EDAD: Para este estudio dividimos a las pacientes en tres grupos a saber: Juveniles, Edad Promedio y Añosas; comprendiéndo entre juveniles, aquellas pacientes hasta los 15 años de edad, entre las de edad promedio las de 16 a los 35 años y como pacientes añosas a las de 36 años pa-

ra arriba. Según esta división, se obtuvo el siguiente promedio:

GRUPO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
JUVENILES :	2	1.3%
EDAD PROMEDIO:	140	92.2%
AÑOSAS :	10	6.5%
TOTAL :	152	100.0%

El caso de mayor edad fué el de una paciente de 46 años, y las más jóvenes, dos pacientes de 15 años, la edad más frecuente fué entre los 20, 21 y 24 años de edad (12 casos de 20 años 13 casos de 21 y 112 casos de 24 años de edad), la edad promedio fué de 20 años 30 años, el número mayor de casos estaba comprendido en la obstétrica ideal.

GRUPOS ETNICOS (RAZA)

Debido a que en nuestro medio no existe una diferencia franca para clasificar a las personas en ladinas, mestizas e indígenas, nos basamos únicamente en el dato que la Señorita de Información anotaba en las papeletas al ingresar las pacientes. Según esto las dividimos en ladinas é indígenas.

GRUPOS:	NUMERO DE PACIENTES	PORCENt.
Ladinas:	90	59.2%
Indígenas:	62	40.2%

ANTECEDENTES FAMILIARES:

De los 152 casos con feto anencéfalo, 6 pacientes presentaron antecedentes de dos partos anteriores con dicha anomalía, 1 con antecedentes de parto gemelar, de los cuales uno de los fetos fué anencéfalo, dos pacientes eran hijas de padres alcohólicos, el resto de pacientes tenía antecedentes sin importancia.

PARIDAD:

Para este dato se tomó en cuenta el número de embarazos, así como el número de partos y abortos que había tenido, este grupo, según éstos datos, lo dividimos en cuatro grupos:

Primíparas: Aquellas que era su primer embarazo

Secundíparas: Aquellas que tenían su segundo embarazo

Multíparas: Aquellas que habían tenido de 3 a 9 embarazos.

Grandes Multíparas: de 10 o más embarazos; los datos obtenidos fueron los siguientes:

PARIDAD:	No. de PARTOS	PORCENTAJE
Primíparas:	50	32.8%
Secundiparas:	18	11.8%
Multíparas:	80	53.2%
Grandes Multíparas:	4	2.6%
Total:	152	100%

CONTROL PRENATAL:

Total de Casos:	152	Porcentaje
Con Control Prenatal:	36	23%
Sin control prenatal:	116	76%

Este cuadro nos muestra que de los 152 casos estudiados, el 76% de las pacientes no tuvieron asistencia médica, lo que está de acuerdo, en líneas generales, con la frecuencia con que las pacientes acuden a la Consulta Prenatal de la Maternidad del Hospital Roosevelt a vigilarse sus embarazos.

MOTIVO DE INGRESO: La mayoría de pacientes, 130; igual al 85%, ingresaron en franco trabajo de parto; 18 ingresaron en trabajo de parto, pero con otros datos de importancia, así: 8 pacientes ingresaron con trabajo de parto y ruptura de membranas; 5 con trabajo de parto y hemorragia vaginal; 3 con trabajo de parto y ausencia de movimientos fetales; 1 con trabajo de parto y aumento

excesivo de abdómen y uno con trabajo de parto y procidencia de cordón y miembros inferiores. De los últimos cinco casos, dos ingresaron en expulsión, dos con trabajo de parto y edema de miembros inferiores y uno había efectuado el parto en su casa.

EDAD DE EMBARAZO:

Las pacientes fueron divididas en tres grupos:

Parto Inmaduro: de la 20 a la 27 semanas que presentaban signos de vida.

Parto Prematuro: de la 28 semanas a las 37 semanas inclusive.

Parto a término: de la 38 semana inclusive o más.

Atendiendo a esta clasificación los resultados fueron:

EDAD DE EMBARAZO	No. de PARTOS	PORCENTAJE
Parto Inmaduro	4	2.6%
Parto Prematuro	50	32.8%
Parto a Término	74	48.6%
Sin Edad de embarazo	24	15.7%
Total:	152	100.0%

DIAGNOSTICO:

De las 152 pacientes analizadas que tuvieron feto anencéfalo, el diagnóstico de la anomalía se hizo en diferentes oportunidades y secciones de la Maternidad. Como dijimos anteriormente, de éstas 152 pacientes, únicamente 36 asistieron a control prenatal y el resto nó, de éstas 36 pacientes que tuvieron prenatal, en 15 de ellas se tuvo sospecha e impresión clínica de que el niño era anencéfalo en la consulta prenatal, ya sea por la existencia de polihidramnios o por encontrar a la palpación, las características de polo cefálico. A estas pacientes se les ordenó examen radiológico "Placa vacia del abdomen" y fué sorprendente el resultado, ya que los 15 casos fueron confirmados como anencéfalos. En las 21 pacientes restantes que tuvieron control prenatal, se hizo el diagnóstico a la hora del parto, ya que en la consulta prenatal, no se tuvo ni siquiera la sospecha de la anomalía fetal. En las pacientes que no asistieron a prenatal, que fueron 116, se hizo diagnóstico o por lo menos se sospechó en 64; en 11 de ellas se hizo la sospecha diagnóstica al llegar a la admisión en trabajo de parto y en 53 cuando se encontraban hospitalizadas en

los diferentes servicios. En las pacientes restantes, el diagnóstico se hizo cuando el parto ya se había efectuado, es decir al examinar al recién nacido. Por consiguiente el diagnóstico de anencefalia se efectuó como sigue:

En Consulta Prenatal.....15

En Admisión..... 11

En Trabajo de Parto..... 74

Al examinar al Recién nacido..... 52

EXAMENES RADIOLOGICOS PREVIOS:

Es indispensable comentar la importancia que tiene la radiología en éstos casos, desafortunadamente se practica poco, en parte debido a que se olvidan los signos de anomalía congénita como en la anencefalia, ya que si las recordamos, siempre que vemos a una paciente en prenatal, con seguridad haríamos con más frecuencia su diagnóstico. De las 152 pacientes estudiadas solo en 47 se practicó examen radiológico, de éstos 15 se practicaron en consulta prenatal y 32 cuando ya se encontraban hospitalizadas.

En el resto de pacientes o sea las 106 restantes, no se efectuó estudio radiológico. Es importante recordar que un número crecido no asístió a la consulta prenatal, y por lo tanto esta cifra tan elevada de pacientes que no fué radiografíada, no manifiesta con exactitud el error de criterio clínico del ambiente hospitalario.

SUMARIO:

Se efectuó el presente trabajo tomando como material de estudio los casos observados en el transcurso de 10 años en la Maternidad del Hospital Roosevelt.

En la primera parte se hace un recordatorio sobre definición, características del anencéfalo, etiología, métodos de diagnóstico y conductas seguidas por las diferentes escuelas. En la segunda parte tomando en cuenta los datos obtenidos de los archivos médicos del Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, se analizan los 152 casos que ingresaron al Hospital y que tuvieron su parto con niño anencéfalo; y la relación de algunas condiciones de la madre, como son: edad, grupo étnico, pariedad, motivo de ingreso, control prenatal, edad de embarazo, diagnóstico y exámenes radiológicos previos. Finalmente se sacan conclusiones que fueron producto del análisis efectuado.

CONCLUSIONES:

1. Se estudiaron 152 casos de embarzos con fetos anencéfalos que se presentaron en la Maternidad del Hospital Roosevelt del año 1955 al año de 1965.

2. La frecuencia de esta anomalía congénita en este ambiente es de 0.2% o sea de 1 por cada 500 partos, pues en el mismo lapso se efectuaron 97.861 partos.

3. Los antecedentes de las pacientes, edad, gravidez y raza, no muestra coincidencia significativa en los casos indicados.

4. El diagnóstico se hizo en el 17% antes del parto, en el 48% durante el parto y en el 34% al examen del recien nacido.

5. La conducta seguida con los casos de la presente serie fue conservadora ya que se esperó el inicio espontáneo del trabajo de parto.

6. Es estudio radiológico de los casos fué utilizado con relativa poca frecuencia en las pacientes estudiadas, a pesar de ser de importancia definitva en el diagnóstico de anomalías fetales graves.

RECOMENDACIONES:

1. Divulgar por todos los medios posibles, la importancia de la asistencia a consulta prenatal de las pacientes embarazadas, y por consiguiente la utilidad que tiene para ellas el ser vigiladas medicamente.

2. Recomendar a los estudiantes de medicina y médicos, tanto en entrenamiento como generales, pensar insistemente en anomalías congénitas graves, especialmente en anencefalía, en toda paciente que el control prenatal se sospeche hidramnios, con el objeto de evitarles peligros injustificados por fetos que medicamente no son compatibles con la vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Apgar, Virginia. "Problemas de los fármacos en la gestación" Clínicas Obstetricas de Norte América. Sept. 1966 pp 623-630.

2. Bishop, Paul A. "Efectos Teratógenos de la Radiación" Clínicas Obstetríca y Ginecológicas de Norte América. 1966. pp. 631-640.

3. Eastman, Nicholson J. "ed. Obstetricia de Williams 3a. ed. México, UTEHA 1962. pp. 845-846.

4. Figueroa Z., Oscar. Parto prematura en Guatemala, sus causas y profilaxis. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Agosto de 1963 pp. 6-9.

5. Fuchs, Fritz "Liquido Amniótico", Clónicas Obstetricas y Ginecológicas de Norte América. Junio de 1966. pp. 425-573.

6. Greenhill, S.P. ed. Principios y práctica de Lee 2a. Ed. México UTEHA. 1955 pp. 680-686.

7. Guatemala, Hospital Roosevelt. Archivos Médicos del Hospital. 1955-1965

8. Holwos, J.M. Obstetricia Ilustrada. Barcelona. Ed. Académica. 1964. pp. 180-192 y 241.

9. Icaza Icaza, Alfonso. Comentario al Trabajo "Manejo de Ladiotocio de Hombros en la presentación de Vertice". Ginecología y Obstetricia de México, 22 (127): 52-64, 1967.

10. Jaschke, Rud. th. Tratado de Obstetricia. traducción de la 4a. ed. Alemana por Emilio Ardevol Barcelona, Ed. Labor, 1954. pp. 600-601.

11. Kashmer K., Samuel. Etal Acumulación del Cordón Umbilical y Coexistencia de Malformaciones Congénitas. Ginecología y Obstetricia de México, 21 (124): 831-837, 1966.

12. Klevit, Hpovey. Relaciones sobre feto, placenta y madre, en los cuales participan hormonas esteroides en clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norte América. Febrero de 1966. pp. 59-73.

13. Lull, Clifford B. y Robert A. Kimbrough. Obstetricia Clínica. Trad. por Joaquín Saenz Astolfí. México, Ed. Interamericana, 1954 p 64.

14. Nelsón, Waldo E. et al. Tratado de Pediatría. Barcelona, 4a. ed. Salvat. Eds, 1962. p 1256.

15 Rosenvasser, Eliseo B. Tratado de Obstetricia, 2a. Ed. Buenos Aires. Ed. Médico Panaméricana, 1964. pp. 471-472.

16. Siegler, Aloim M. "Radiología en Obstetricia" Clínicas Obstetricas y Ginecológicas de Norte América. Marzo 1966. pp 9-65.

Ruth R. de Amaya

Vo.Bo. Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria

Br: Baudilio Sajoné Ríos

Dr. Oscar Figueroa Z.
ASESOR

Dr. Ronald Forno A.
REVISOR

Dr. Aquilez Jimenéz Pinto
DIRECTOR DEL DEPTO. DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICA.

Dr. Francisco Villagrán
SECRETARIO

SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, C. A.

Vo.Bo.

Dr. Julio de León
DECANO

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Guatemala, C. A.