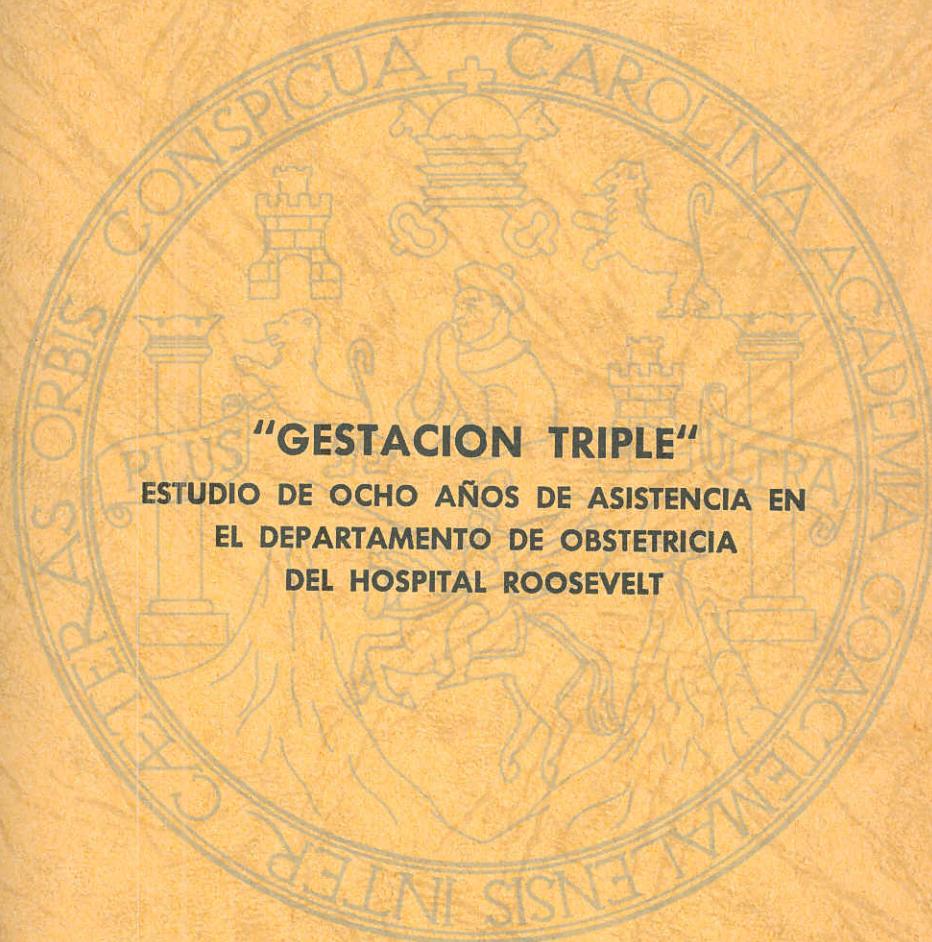


13
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"GESTACION TRIPLE"

ESTUDIO DE OCHO AÑOS DE ASISTENCIA EN
EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL ROOSEVELT

FRANCISCO EMILIO ESTRADA LIGORRIA

PLAN DE TESIS

- I. *INTRODUCCION*
 - a) *Datos históricos*
 - b) *Generalidades*
- II. *OBJETIVOS*
- III. *MATERIAL Y METODOS*
- IV. *ANALISIS Y ESTUDIO DE LOS CASOS*
- V. *PRESENTACION DE CASOS INTERESANTES*
- VI. *DISCUSION*
- VII. *CONCLUSIONES*
- VIII. *BIBLIOGRAFIA*

I. INTRODUCCION:

El Embarazo Múltiple es una entidad que se ha clasificado dentro de la patología obstétrica, ya que el elevado índice de morbilidad materna y muerte fetal, ha probado que es distinto a un embarazo simple normal.

Si consideramos globalmente el número de partos, observamos que su incidencia es bastante baja. Sin embargo en una población con elevado número de mujeres en período reproductivo y por lo tanto un índice alto de natalidad, aunque la incidencia permanezca estadísticamente inalterable, la casuística es cada vez mayor. De allí la inquietud por contribuir en forma modesta a la cada vez más creciente bibliografía médica guatemalteca.

a) *Datos Históricos:*

Desde tiempos antiguos este hecho se ha prestado a la manipulación fantástica que ha dado origen a muchas leyendas, tal como lo relata Mauriceau en un libro publicado en el año 1668, referente a la historia de Lady Margaret, condesa de Holanda, que en el siglo XIV de nuestra era dio a luz 365 "pequeñuelos" en un solo parto. Este acontecimiento los historiadores modernos lo atribuyen a un error de la comadrona al contar como embriones las vesículas de una mola hidatidiforme.

En una leyenda entremezclada de verdad y fantasía, está el nacimiento de siete fetos acontecido en la famosa ciudad de Hamelin, habiendo quedado como testimonio una lápida con la fecha y hora del parto, indicando el nacimiento de dos varones y cinco hembras, los cuales murieron once días después del parto.

Posteriormente existen ya informes oficiales sobre un parto séxtuple acontecido en Sud-Africa a principios de este siglo, existiendo fotografías de los seis fetos (1)

En época relativamente reciente, el parto múltiple más completamente estudiado fue el de las quintigéminas Dionne. (2). Dando dicho acontecimiento origen a una investigación sobre 45 casos de embarazo quíntuple reportados en la literatura mundial en un período de 240 años. (3)

b) *Generalidades:*

El embarazo en la mujer, puede considerarse como el período comprendido desde el momento en que se produce la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el instante en que se inicia el trabajo de parto. (8)

Se conoce como embarazo múltiple a un embarazo en el cual se desarrollan simultáneamente dos o más fetos.

Desde el punto de vista de biología comparada, se puede considerar que el embarazo múltiple es un estado patológico, ya que considerándose el ser humano dentro de la escala zoológica como un animal altamente evolucionado y estando el número de hijos en razón inversa al tamaño del adulto de la especie, resulta fácilmente comprensible el hecho de llamar patológico al desarrollo de un embarazo de este tipo.

De la observación de la evolución del embarazo en las distintas especies animales, se ha llegado a inferir que los animales cuya preñez dura más de 150 días,

rara vez tienen hijos múltiples y además las hembras que poseen dos mamas, generalmente paren sólo un hijo en cada embarazo.

El hecho que la mayoría de los animales que tienen un sólo útero tienen únicamente un hijo y la observación de los mamíferos de vida larga quienes producen el menor número de hijos en cada gestación, vienen a apoyar el concepto de considerar al embarazo múltiple en el humano como un evento bio-patológico.

Embriogénesis

Nociones Embriológicas

La gestación múltiple puede ser consecutiva a la fecundación de uno o dos óvulos por dos o más espermatozoides. Cuando son dos los óvulos fecundados, éstos pueden proceder del mismo ovario o uno de cada ovario.

Greulich, hizo notar que existe la posibilidad que un mismo folículo tenga dos óvulos, hecho demostrado por Stockard (9) quien ha hallado folículos poliovulares en ovarios humanos; asimismo que espermatozoides distintos fecunden el óvulo definitivo y el segundo corpúsculo polar o una célula homóloga. Para fines prácticos lo anterior es igual a la fecundación simultánea de dos óvulos, excepto que si así sucede, solamente se forma un cuerpo amarillo.

Superfecundación

Fenómeno que se produce cuando se fecundan dos óvulos a un intervalo de tiempo corto, no en el mismo coito e incluso de varones diferentes.

Es un hecho comprobado en los animales inferiores y se cree que ocurre también en la especie humana, aunque resulta difícil determinar su frecuencia.

En apoyo de este acerto está el nacimiento de gemelos con características raciales diferentes y con parecido físico correspondiendo a los distintos posibles padres.

Superfetación:

Es la fecundación de dos óvulos a un intervalo de varios meses entre cada una de ellas.

No se ha comprobado, aunque se admite su posibilidad teórica mientras la cavidad uterina no se oblitere por la fusión de la caduca verdadera y la refleja, lo que podría permitir la migración ascendente del espermatozoide y descenso del óvulo fecundado.

La gestación triple puede derivar de uno, dos o tres huevos, así los trigéminos pueden ser mono-ovulares, bi-ovulares o tri-ovulares. Los primeros son los menos frecuentes.

Este es un fenómeno que puede dar por resultado el aparecimiento de embarazos intra-uterinos, extra-uterinos o una combinación de los dos a la vez.

De acuerdo con el desarrollo embriológico pueden diferenciarse dos tipos de embarazo múltiple.

1. El que se produce con la fecundación de un solo óvulo y que se conoce con el nombre de uniovular, univitelino, monocigótico u homólogo.
2. El que se desarrolla secundariamente a la fecundación de dos o más óvulos y que se le denomina biovular, bivitelino, dicigótico o heterólogo.

Al considerar la anatomía de los huevos gemelares dobles, triples, etc., no pueden servir de base para la clasificación el número de las cavidades amnióticas, el número de las placetas, el sexo de los fetos, ni incluso el número de las membranas que separan las cavidades. Es fundamental el concepto de MONOCIGOTISMO y DICIGOTISMO.

Es necesario mencionar que el Embarazo Múltiple monocigótico es considerado por los clásicos como teratológico. En apoyo de este concepto se invoca la posibilidad de monstruosidades y la frecuencia mayor del polihidramnios.

EL MONOCIGOTISMO considera que las partes constitutivas del huevo varían de acuerdo a tres formas anatomopatogénicas, las cuales son:

a) *Uniovular monocorial biamniótica.*

Es la disposición más frecuente desde el punto de vista anatómico. Secundariamente a la fecundación, la división en un estadio precoz, se hace por desdoblamiento del botón embrionario que separa dos vesículas amnióticas, mientras que el capuchón trofoblástico es único. La placenta no posee surco de separación en la cara materna. En la cara fetal los cordones se insertan en su respectiva superficie placentaria. Las membranas del huevo están compuestas de un solo corion y de dos amnios.

b) *Uniovular monocorial monoamniótico*

Es una disposición rara y se encuentra en el uno o dos por ciento de las gemelariedades uniovulares.

Después de la fecundación, la división se realiza tardeamente por desdoblamiento de la placa

embrionaria después de estar ya diferenciada la vesícula amniótica. Encontraremos una sola placenta, un saco membranoso común para los dos o más fetos, un solo corión y un solo amnios. No hay ninguna separación entre los fetos. Los cordones tienen una inserción variable, en los extremos de la masa placentaria como en el mismo lugar.

c) *Uniovular biconal biamniótica.*

Clásicamente sólo se describen las dos formas precedentes. Actualmente se cree que los embarazos uniovulares pueden ser biconiales, es decir, que los gemelos monocigóticos pueden desarrollarse en dos bolsas separadas, teniendo cada uno su amnios y su corion.

Embriológicamente esto es lo que sucede cuando después de la fecundación, la división se realiza en etapa muy precoz, actuando el desdoblamiento sobre el blastómero propiamente dicho.

Finalmente consideraremos que la monocoria es un criterio seguro de MONOCIGOTISMO; la bicoria no lo es del BICIGOTISMO. El diagnóstico de Monocigotismo no puede siempre hacerse por el examen de las membranas, sino, más tarde, por los test de parecido capaces de definir un genotipo común.

El DICIGOTISMO considera a cada huevo con sus placenta propia y su saco membranoso completo, compuesto de amnios y corion. La gemelaridad Dicigótica es por lo tanto biamniótica y biconal. Las placentas son distintas pero pueden aparecer una masa única. Su disposición anatómica depende del

lugar en que se hayan realizado las nidaciones.

El establecimiento de un Embarazo Múltiple da como resultado el desarrollo de dos o más productos, cuya evolución va a depender del tipo de embriogénesis que se haya efectuado. En el caso de un embarazo monocigótico, los fetos poseen un territorio circulatorio común, su pronóstico depende de las anastomosis circulatorias. Cuando cada uno de ellos da y recibe la misma cantidad de sangre, sus circulaciones están equilibradas.

En algunos casos, uno proporciona más sangre de la que recibe, es decir trasfunde a su hermano. Así se establece un desequilibrio circulatorio que posteriormente se amplifica. Los fetos son del mismo sexo, pero según el estado circulatorio pueden ser parecidos o muy diferentes.

Siendo el embarazo monocigótico y desde el punto de vista embriológico uniovular-monocorial-monoamniótico, pueden encontrarse alteraciones de los productos compatibles con monstruosidades. Los fetos son del mismo sexo, están libres generalmente pero pueden encontrarse "soldados". Este último desarrollo es del dominio de la Teratología. Se trata de monstruos dobles, cuyo mejor ejemplo son los hermanos siameses (Onfalópagos, xifópagos, toracópagos, etc.)

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. Cada gemelo desarrolla su propio corion y amnios y cada placenta posee su propia circulación aún en el caso de estar

fusionadas.

En este tipo de embarazo uno de los fetos puede morir en un período incipiente de la gestación, puede ser expulsado del útero mientras el otro continúa desarrollándose normalmente hasta el término de la preñez. Lo usual es que el feto muerto se retenga hasta el término de la gestación, sea comprimido entre la pared uterina y las membranas del feto vivo, se aplane y momifique parcial o totalmente, constituyéndose en el llamado feto papiráceo o compreso.

Finalmente en el Embarazo Múltiple los fetos son de menor tamaño y pesan menos que los únicos, aunque su peso sumado suele ser mayor que el del embarazo simple. La prematuridad en la mayoría de los casos es atribuible a que la distensión excesiva del útero tiende a desencadenar parto prematuro, naciendo los gemelos varias semanas antes del término del embarazo.

Diagnóstico.

El diagnóstico aparentemente parece fácil, sin embargo no es infrecuente que resulte una sorpresa en el momento de la atención del parto.

A veces la primera indicación de Embarazo Múltiple que observa el médico, es el tamaño extraordinariamente grande del útero después de la expulsión del primer gemelo.

En pacientes que han seguido atención prenatal puede hacerse clínicamente el diagnóstico a partir de la 26 a 30 semanas de embarazo (edad calculada). En pacientes sin control prenatal y que son evaluadas por primera vez

habiéndose establecido el trabajo de parto, el diagnóstico se dificulta por existir cuadros patológicos que deben diferenciarse clínicamente. (Polihidramnios, fetos gigantes, monstruosidades y embarazo molar).

Nos limitaremos a delinear en síntesis las maniobras y recursos que están a nuestra disposición para el diagnóstico del Embarazo Múltiple.

Los métodos clínicos incluyen la palpación, la auscultación y la exploración vaginal. Como método complementario está el estudio radiológico y el Ultrasonográfico.

Palpación: Hallazgos positivos

- a) Múltiples pequeñas partes
- b) Dos polos cefálicos y un polo podálico
- c) Dos polos podálicos y uno o dos dorsos
- d) Dos polos cefálicos de localización contraria.

La palpación es el mejor procedimiento de investigación clínica, pero a menudo se hace difícil por la habitual tensión del útero, la coexistencia frecuente de hidramnios y en raras ocasiones la presencia de miomas subserosos o intramurales que semejan partes fetales.

Auscultación:

- a) Auscultación de dos latidos fetales.

Las características de estos latidos son las siguientes:

- a) Separación de 10 cms. o más.
- b) Frecuencia con diferencia de 10 latidos X'
- c) Ausencia de ruidos entre ambos latidos (zona de silencio).

De las tres características mencionadas la más importante es la última, ya que dependiendo de la situación, posición y variedad de posición fetales, la primera de ellas no se considera constante en un Embarazo Multiple.

Además respecto de la segunda, las frecuencias pueden coincidir igualmente.

El tacto vaginal en algunos casos proporciona datos importantes: ejemplo, cabeza macerada a través de membranas integras. Procidencia de cordón y auscultación positiva de feto vivo.

Por último y como examen complementario el estudio radiológico y el ultrasonográfico permiten llegar al diagnóstico exacto.

En la actualidad, ante la sospecha de Embarazo Múltiple, la radiografía simple del abdomen proporciona datos que, a menos que la gestación sea muy incipiente o el polihidramnios excesivo, el feto o los fetos adicionales siempre se advierten cuando hay gemelos dobles, triples, cuádruples, etc.

II. OBJETIVOS

Los objetivos del presente trabajo son los de informar sobre los casos de Embarazo Múltiple, específicamente casos de Embarazo Triple, atendidos en el departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala; queriendo de este modo hacer una contribución modesta al conocimiento y acúmulo de estudios sobre un tipo de embarazo patológico que si bien estadísticamente es poco frecuente, con el aumento de la población en etapa reproductiva se observa cada vez más en los centros hospitalarios, queriendo de esta manera llevar a la paciente embarazada y al producto de su embarazo un diagnóstico precoz y por ende un tratamiento adecuado.

III. MATERIAL Y METODOS

Para la realización de este trabajo utilizamos los servicios del departamento de Estadística y de Registros Médicos del Hospital Roosevelt desde el 1º de enero de 1965 al 30 de marzo de 1973, seleccionando y revisando las papeletas de los casos de Embarazo Triple. Además las bibliotecas del Hospital Roosevelt y Facultad de Ciencias Médicas, seleccionando bibliografía relacionada con el tema.

Para el análisis estadístico se tomaron como parámetros los siguientes datos:

- a) Edad
- b) Control Prenatal
- c) Paridad

- d) Impresión clínica de ingreso
- e) Edad de embarazo
- f) Diagnóstico de Embarazo Triple
- g) Tipo de parto
- h) Procedimientos obstétrico-quirúrgicos
- i) Presentación fetal
- j) Estado del recién nacido al nacer
- k) Mortalidad fetal
- l) Diagnóstico de muerte fetal
- m) Estado de los niños a su egreso
- n) Evolución materna post-parto

IV. ANALISIS Y ESTUDIO DE LOS CASOS

En el actual estudio fueron revisados 12 casos de nacientes en quienes se atendió un parto triple y de los cuales haremos un análisis estadístico.

Cuadro No. 1
Embarazo Triple: 12 Casos

E D A D		
Edad en años	No. Casos	o/o
15 - 20	0	0.0
20 - 25	1	8.3
25 - 30	3	25.0
30 - 35	5	41.7
35 - 40	1	8.3
40 - 45	2	16.7
TOTAL	12	100.0

Edad:

Se tomaron como límites de edad, de los 15 a los 45 años, a pesar que en nuestro medio la etapa reproductiva de la mujer se inicia en la edad comprendida entre los 12 y 13 años, estadísticamente el número de estos casos es bastante bajo, por lo que para fines prácticos se optó por iniciar el estudio de los 15 años en adelante. La edad mínima fue de 21 años, correspondiendo a (8.3 o/o) y la máxima de 41 años, también en un caso, (8.3 o/o). La mayor incidencia se encontró en la edad comprendida entre los 30 y 35 años (41.7 o/o).

Cuadro No. 2
Embarazo Triple: 12 Casos

CONTROL PRENATAL

	No. Casos	o/o
Control Prenatal Hospital Roosevelt	3	25.0
Control Prenatal otros Centros Hosp.	0	0.0
Sin control Prenatal	9	75.00
TOTAL	12	100.0

De las 12 pacientes en estudio, solamente 3 asistieron a control prenatal (25 o/o), el resto (75 o/o) no tuvieron dicho control, ni en el Hospital Roosevelt ni en otros centros hospitalarios.

Cuadro No. 3
Embarazo Triple: 12 Casos

P A R I D A D

	No. Casos	o/o
Primigestas	1	8.3
Pequeñas multíparas	3	25.0
Grandes Multíparas	8	66.7
TOTAL	12	100.0

De los casos estudiados encontramos únicamente una paciente primigesta (8.3 o/o). Pequeñas multíparas encontramos 3 (25.0 o/o) y Grandes multíparas 8 (66.7 o/o).

Cuadro No. 4
Embarazo Triple: 12 Casos

IMPRESION CLINICA DE INGRESO

	No. Casos	o/o
Embarazo triple	1	8.3
Embarazo gemelar	6	50.0
Embarazo simple	3	25.0
Emb. simple y polihidramnios	2	16.7
TOTAL	12	100.0

De las doce pacientes en estudio, solamente una de ellas ingresó con diagnóstico de Embarazo Triple, el cual previamente se había realizado en Control Prenatal, clínica y radiológicamente (8.3 o/o).

Dos pacientes fueron ingresadas con impresión clínica de Embarazo simple y Polihidramnios (16.7 o/o); tres pacientes (25.0 o/o) como Embarazo simple y seis pacientes (50.0 o/o) clínicamente como Embarazo gemelar.

Cuadro No. 5
Embarazo Triple: 12 Casos

EDAD DE EMBARAZO

Semanas UR	No. Casos	o/o
28 - 31	3	25.0
32 - 35	3	25.0
36 - 40	4	33.3
No reportado	2	16.7
TOTAL	12	100.00

Semanas AU	No. Casos	o/o
40 - 42	3	25.0
43 - 45	6	50.0
46 - 48	3	25.0
TOTAL	12	100.0

Para el cálculo de la edad del embarazo se consideraron los dos parámetros tradicionales, Altura Uterina (AU) y Última Regla (UR). Las edades de embarazo por última regla oscilaron entre un mínimo de 28 semanas a un máximo de 40, encontrándose dos casos en los cuales las pacientes no recordaron la fecha de su última menstruación.

En el cálculo de la edad de embarazo por altura uterina, las edades del mismo oscilaron entre 40 y 48 semanas.

Cuadro No. 6
Embarazo Triple: 12 Casos
DIAGNOSTICO

	No. Casos	o/o
Dx. clínico	0	0.0
Diag. Ante-partum		
Dx. radiológico	5	41.7
Diag. Intra-partum	7	58.3
TOTAL	12	100.0

En lo que respecta al diagnóstico del Embarazo Triple, éste se dividió en Diagnóstico ante-partum y Diagnóstico intra-partum. A su vez en el primero se hizo sub-división a Diagnóstico clínico y Diagnóstico radiológico, encontrando que en ningún caso fue posible hacer el diagnóstico clínicamente, en 5 casos fue radiológico y en 7 casos fue efectuado intrapartum.

Cuadro No. 7
Embarazo Triple: 12 Casos

TIPO DE PARTO

	No. Casos	o/o
Eutócico	3	25.0
Distócico	9	75.0
TOTAL	12	100.0

Cuadro No. 8
Embarazo Triple: 12 Casos

PROCEDIMIENTOS OBSTETRICO-QUIRURGICOS

	No. Casos
Cesáreas	2
VxMIyGEP	7
GEP	4

De los 12 casos estudiados, 3 fueron clasificados como eutócicos y 9 como distócicos triples. Los partos distócicos se resolvieron de la siguiente manera: operación cesárea, dos casos; versión por maniobras internas y gran

extracción pelviana, siete casos; gran extracción pelviana en cuatro casos.

Cuadro No. 9
Embarazo Triple: 12 Casos

PRESENTACIONES FETALES

	No. Casos	o/o
Cefálicas	17	51.5
Pelvianas	10	30.3
Hombro	6	18.2
TOTAL	33	100.0

Presentaciones fetales:

Haciendo un análisis global de las presentaciones que se encontraron en los fetos primero, segundo y tercero en cada caso, excepto en uno de ellos que no fue reportado, encontramos que la situación longitudinal fue más frecuente en 27 casos (81.8 o/o) mientras que la situación transversa se observa en 6 casos (18.2 o/o).

En las situaciones longitudinales se observó con mayor frecuencia la presentación cefálica en 17 casos (51.5 o/o) siguiéndole en orden de frecuencia la presentación pelviana con 10 casos (30.3 o/o).

La posición más frecuente fue la izquierda, 21 casos (63.6 o/o). La posición derecha fue encontrada en 12 casos (36.4 o/o).

La variedad de posición anterior, 31 casos, (93.9 o/o). La posterior fue encontrada únicamente en 2 casos.

En el primer feto la presentacióncefálica izquierda anterior se encontró en 8 casos (66.7 o/o) mientras que en el segundo y tercer fetos no hubo diferencia estadísticamente significativa.

Cuadro No. 10
Embarazo Triple: 12 Casos

ESTADO DEL RN AL NACER

	No. Casos	o/o
Nacidos vivos	32	88.9
Nacidos muertos	4	11.1
TOTAL	36	100.0

Del análisis de los 12 casos, encontramos que 32 niños nacieron vivos (88.9 o/o), 4 nacieron muertos (11.1 o/o). En estos últimos se tuvo como impresión clínica de muerte "Anoxia intrá-uterina".

Cuadro No. 11
Embarazo Triple: 12 Casos

MORTALIDAD FETAL

	No Casos	o/o
Fallecidos en primeras 24 hs.	9	28.1
Fallecidos después de 24 hs.	8	25.0
TOTAL	17	53.1

Revisando este parámetro encontramos que de los 32 niños nacidos vivos, nueve fallecieron en las primeras 24

horas (28.1 o/o) siendo el diagnóstico final anoxia perinatal y prematuridad. Despues de las 24 horas fallecieron ocho niños (25.0 o/o). De ellos tres niños del mismo sexo y productos de un mismo embarazo, fallecieron de hemorragia intracraniana (diagnóstico anatomo-patológico).

En los cinco restantes la causa de muerte fue por prematuridad y complicaciones broncopulmonares, tales como: bronconeumonía por aspiración de vómito, atelectasia y enfermedad de membranas hialinas.

Del total de nacimientos solamente en el 46.9 o/o de los mismos (15 niños) Se observó evolución satisfactoria a los cuidados pediátricos recibidos, logrando finalmente referirlos a la consulta externa para su control posterior.

Cuadro No. 12
Embarazo Triple: 12 Casos

	No. Casos	o/o
Total de RN vivos	32	88.9
Total de RN egresados vivos	15	46.9

Presentación de casos clínicos:

A continuación se presentan los casos que se consideraron más interesantes en la revisión efectuada.

CASO No. 1:

Paciente: T.G.

Registro Médico: 140376

Edad: 40 años

Originaria y Residente en esta Capital

Sin Control Prenatal
Admitida el 27 de Febrero de 1966

Examen Obstétrico:

AU: 37 cm. FCF: 140 y 146 X'. Contracciones Uterinas moderadas cada 5 minutos. Múltiples pequeñas partes.

Impresión Clínica de ingreso:

1. Embarazo gemelar de 44 semanas x AU.
2. Fetos vivos
3. Trabajo de parto.

Antecedentes Obstétricos: G = 4 - P = 3 - Ab = 0
Hijos vivos: 1

Las tres gestaciones anteriores evolucionaron de la siguiente forma:

1. 27 de Noviembre de 1961. Parto Eutócico simple. Feto sexo femenino. Peso: 7 lbs. 13 onz. Atendido en Materno Infantil (I.G.S.S.)
2. 2 de Noviembre de 1963. Parto Eutócico Triple. Atendido en Maternidad del Hospital Roosevelt.
 1. Feto, masculino. Peso: 3 lbs. 2 onz. Obito fetal.
 2. Feto, femenino. Peso: 3 lbs. 11 onz. Vivo
 3. Feto, masculino. Peso: 2 lbs. 12 onz. Obito fetal.

TRIVITELINO TRIAMNIOTICO.

3. 7 de Noviembre de 1964. Parto Eutóxico gemelar. Atendido en Maternidad del Hospital Roosevelt.
 1. Feto, femenino. Peso: 1 lbr. 2 onz. vivo
 2. Feto, masculino. Peso: 1 lbr. 9 onz. vivo

BIVITELINO BIAMNIOTICO

Evolución del Caso

A su ingreso al servicio de Labor y Partos se le envió a radiografía simple de abdomen para diagnóstico exacto de presentaciones fetales. Se comprobó así la presencia de tres fetos, el primero de ellos en presentación cefálica y el segundo y tercero en situación transversa. Se continuó la vigilancia del trabajo de parto durante 17 Hs. 25 minutos, tiempo en el cual alcanzó la dilatación completa del cuello uterino.

Parto Distósico Triple

- 1o. Feto, femenino. Peso: 4 lbs. 14 onz. vivo
- 2o. Feto, masculino. Peso: 3 lbs. 3 onz. vivo
- 3o. Feto, femenino. Peso: 4 lbs. vivo

TRIVITELINO TRIAMNIOTICO

La maniobra obstétrico quirúrgica que se efectuó en el segundo y tercer fetos fue versión por maniobras internas y gran extracción pelviana.

La madre y los tres niños en buenas condiciones al salir de Sala de Partos.

Evolución Post Parto

El puerperio hospitalario se presentó sin ninguna alteración. La paciente fue egresada a los cinco días en buenas condiciones y se citó a la consulta post-natal para su control posterior.

Evolución de los Niños:

El primer trillizo evolucionó satisfactoriamente y se le egresó a los 10 días, siendo referido a la consulta externa para su control posterior.

El segundo trillizo falleció a los 6 días después. Diagnóstico de Defunción: premadurez y bronconeumonía por aspiración de vómito.

El tercer trillizo evolucionó satisfactoriamente y se le dio egreso a los 14 días, referido a consulta externa para su control posterior.

CASO No. 2

Paciente: V. del R.L.P.

Registro Médico: 399321

Edad: 30 años.

Originaria y residente en esta capital.

Sin control prenatal.

Admitida el 15 de febrero de 1972.

Examen Obstétrico:

AU: 37 cm. FCF: 144 y 128 x minuto. Contracciones uterinas moderadas cada 6 minutos. Por maniobras de Leopold se encontraron dos polos cefálicos. El examen físico reveló TA: 140/80. Edema de miembros inferiores

grado I.

Impresión Clínica de Ingreso:

1. Embarazo gemelar de 44 semanas x AU
2. Fetos vivos.
3. Trabajo de Parto.

Antecedentes Obstétricos: G: 5 – P : 3 – AB : 1. Hijos vivos: 2.

Cuatro embarazos anteriores de los cuales 3 evolucionaron a parto eutóxico y el restante a aborto espontáneo a las 12 semanas de embarazo. Cada uno de ellos se observó a un intervalo de tiempo promedio de 12 meses.

Evolución del caso:

La paciente fue ingresada a labor y partos, en donde a las 3 horas de control, presentó clínicamente Inercia secundaria. Se condujo el parto y diez horas más tarde se logró la dilatación completa del cuello uterino.

Parto Distóxico Triple:

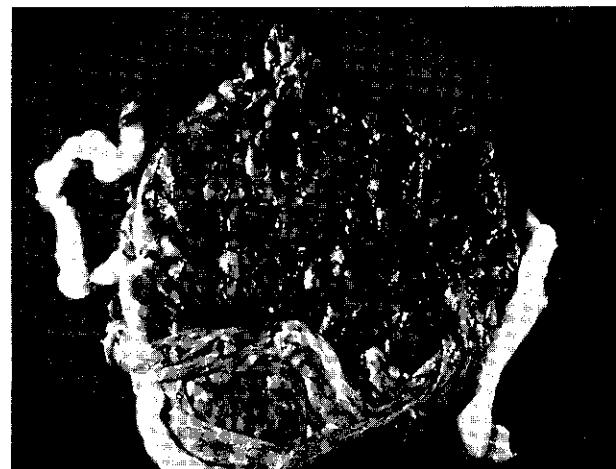
- 1o. Feto masculino. Peso 3 lbs. 15 onz. muerto. Presentación cefálica.
- 2o. Feto, masculino. Peso: 3 lbs. 11 onz. muerto. Conduplicato Corporae.
- 3o. Feto, masculino. Peso: 4 lbs. vivo. Presentación acromial.

Una sola placenta con tres cordones excéntricos (Fotografía No. 1 y 2).

FOTOGRAFIA No. 1 – CASO No. 2
Placenta Triple



FOTOGRAFIA No. 2 – CASO No. 2
Placenta Triple



La maniobra obstétrico quirúrgica efectuada en el tercer feto fue Versión por Maniobras Internas y Gran Extracción Pelviana.

La madre y este último niño salieron en buenas condiciones de la sala de partos.

Evolución Post-Parto

El primer día post-parto la paciente se encontró anémica por lo que se le administró transfusión de 500 cc. de sangre completa. Posteriormente la tensión arterial mínima se elevó a 100 y 110 mm. de Hg. y el edema de los miembros inferiores permaneció igual. Se le dio tratamiento con diuréticos y barbitúricos con los que se logró normalizar. Se le dio egreso al sexto día en buenas condiciones.

Diagnóstico de Egreso:

1. Parto Distóxico Triple
2. Trillizos univitelinos triamnióticos.
3. Pre-Eclampsia

El tercer trillizo respondió satisfactoriamente a los cuidados pediátricos y fue referido a la consulta externa a los 20 días de hospitalización.

CASO No. 3

Paciente: M. R. de S.
Registro Médico: 295451

Edad: 28 años.

Originaria y residente en esta capital
Sin control prenatal
Admitida el 16 de junio de 1971.

Examen obstétrico:

AU: 37 cms. FCF: 148 X'. Contracciones uterinas fuertes cada 5 minutos. Por palpación externa se determinó solamente la presencia de un feto.

Impresión clínica de ingreso:

1. Embarazo de 44 semanas x AU
2. Feto vivo
3. Trabajo de parto
4. Polihidramnios.

Antecedentes Obstétricos: G = 3 - P = 0 - Ab = 0.
Hijos vivos: 2

Dos embarazos anteriores los cuales se resolvieron por Cesárea segmentaria transperitoneal por estrechez pélvica diagnosticada radiológicamente. Ambas intervenciones fueron realizadas en la Maternidad del Hospital Roosevelt.

Diámetros pelvimétricos:

Transversos

12.0

8.2

9.0

Antero-posteriores

9.1

10.4

6.0

Evolución del caso:

La paciente se ingresó a Labor y partos en donde inmediatamente se decidió resolver el caso por vía abdominal, considerando la intensidad de las contracciones del músculo uterino y la distensión marcada del útero, observada desde su ingreso, además del antecedente de las intervenciones previas.

Acto quirúrgico:

Bajo anestesia general se efectuó Cesárea segmentaria transperitoneal sin ninguna complicación.

Al realizar la extracción del producto se encontró lo siguiente:

- 1o. Feto, femenino. Peso 2 lbs. 8 onz P.cefálica. vivo.
- 2o. Feto, femenino. Peso 1 lbr. 15 onz. P.cefálica. vivo.
- 3o. Feto, femenino, Peso 1 lbr. 15 onz. P.cefálica. vivo.

El alumbramiento se efectuó artificialmente, en cavidad abierta. No se hizo descripción de la placenta ni de las membranas amnióticas.

La madre salió en buenas condiciones de la sala de operaciones. Los tres niños con dificultad respiratoria marcada.

Evolución post-operatoria:

La paciente se vigiló durante cuatro días, tiempo en el cual no presentó ninguna alteración. Se le dio egreso en buenas condiciones y cita a la consulta externa para su control posterior.

Diagnóstico de egreso:

1. Parto distóxico triple.
2. Post-operatorio normal

Los tres niños fallecieron en las primeras 24 horas. El diagnóstico de defunción: Premadurez y anoxia perinatal.

VI. DISCUSION:

El embarazo múltiple es una entidad clasificada dentro de la patología del embarazo, su incidencia es variable según algunos autores y así tenemos que Hellin en 1895 propuso la siguiente ley: Embarazo gemelar ocurre en uno de cada ochenta y nueve nacimientos (1:89), trillizos en uno de cada ochenta y nueve elevado al cuadrado (1:89²), cuádruples en uno de cada ochenta y nueve elevado al cubo (1:89³). (4)

Greulich probó la Ley de Hellin en 121 millones de nacimientos en 21 naciones, encontrando los siguientes resultados: uno de cada ochenta y cinco fue gemelar (1:85); trillizos en uno de cada ochenta y siete punto tres elevado al cuadrado (1:87.3²) y cuádruples en uno de cada ochenta y siete punto cinco elevado al cubo (1:87.5³). (5)

Guttmacher analizó datos de cincuenta y siete millones de nacimientos ocurridos en los Estados Unidos, concluyendo que la Ley de Hellin es más una aproximación matemática que una ley. Además encontró que la incidencia entre los diferentes grupos raciales era distinta, así reportó mayor incidencia en la raza negra, menor frecuencia en la mongólica e intermediariamente en la caucásica. (6)

Cuadro No. 13
Embarazo Triple: 12 Casos

PORCENTAJE DE PARTOS TRIPLES
MATERNIDAD HOSPITAL ROOSEVELT 8 AÑOS

No. Casos	o/o
Total de Partos	100.000
Total Partos Triples	0.012

Para la realización del presente trabajo, se revisaron 98,287 registros médicos, encontrándose 12 casos de Partos Triples durante un período de ocho años, lo cual corresponde a un Parto Triple por cada 8,185 partos simples, dato que se aproxima a la Ley de Hellin con una diferencia de 270.

En la revisión de los casos no encontramos ningún grupo hetero predominante, sin embargo, podemos inferir que la edad es un factor importante en cuanto al pronóstico de la morbilidad materna, ya que entre mayor es la edad, mayor será la incidencia de enfermedades asociadas, (diabetes, nefropatías, hipertensión arterial, etc.).

En la bibliografía revisada encontramos que ya en 1865 el Tocólogo escocés J. Matthews Duncan decía: "Desde el principio de la edad sexual activa hasta llegar a la edad de los cuarenta años, esto es, hasta el período en que la fecundidad disminuye extraordinariamente, la fecundidad de las madres en cuanto a embarazos múltiples, aumenta gradualmente".

Este hecho fue comprobado por Waterhouse en 1948. (7)

En la presente revisión encontramos que únicamente una de cada cuatro pacientes tuvieron control prenatal en el mismo hospital en donde fue atendido su parto.

El 75 o/o de las pacientes estudiadas fueron vistas por primera vez cuando se presentaron al hospital con Trabajo de Parto ya establecido, hecho que es muy importante en vista de tratarse de un embarazo patológico sujeto a múltiples complicaciones; sin embargo; en el presente estudio encontramos que la morbilidad materna fue nula y en el examen general practicado a su ingreso, en la evolución del parto y en el puerperio hospitalario, no hubo sintomatología clínica de toxemia del embarazo excepto en un caso (8.3 o/o) en el que se observaron

signos clínicos que hicieron pensar en Pre-eclampsia leve.

Con base en los datos extractados de los estudios de Waterhouse (7) se dedujo que el incremento de la paridad tiene una acción positiva sobre la frecuencia del embarazo múltiple, hechos que concuerdan con el presente estudio ya que encontramos que las dos terceras partes de las pacientes revisadas fueron clasificadas como grandes multíparas, un poco menos de la tercera parte como pequeñas multíparas y un bajo porcentaje de primigestas. (Cuadro No. 3).

VII. CONCLUSIONES

1. En relación a la literatura revisada, se ha podido comprobar que el Embarazo Triple en Guatemala (Hospital Roosevelt) tiene una frecuencia más baja que en otros países. (0.012 o/o)
2. La edad de las pacientes en las que con mayor frecuencia se encontró Embarazo Triple, osciló entre los 30 y 35 años. (41.7 o/o)
3. En relación a la paridad de las pacientes, la mayor incidencia se encontró en aquellas consideradas como grandes multíparas. (66.7 o/o)
4. La mayoría de las pacientes no tuvieron control prenatal. (75 o/o)
5. En el 50 o/o de los casos, la impresión clínica de ingreso fue de embarazo gemelar, sospechándose para el resto de los mismos, embarazo simple y embarazo simple complicado con polihidramnios.
6. La edad de embarazo por última regla, en casi la totalidad de los casos fue menor que la edad de embarazo por altura uterina.
7. El diagnóstico clínico de Embarazo Triple no se hizo en ninguno de los casos.
8. El diagnóstico radiológico se hizo en cinco de los casos. (41.7 o/o)
9. En siete de los casos (58.3 o/o) el diagnóstico se hizo intra partum.

10. El tipo de parto fue eutócico en tres de los casos (25 o/o) y distócico en el resto. (75 o/o)
11. El índice de distocias fue más alto en relación al segundo y tercer fetos.
12. El procedimiento obstétrico quirúrgico que con mayor frecuencia se realizó fue la V X M I y G E P.
13. En el primer feto la que con mayor frecuencia se presentó, fue la presentación cefálica. (66.7 o/o).
14. La morbilidad fetal observada en las primeras 24 horas fue del 28 o/o y después de ese tiempo del 25 o/o.
15. Las causas de muerte fetal post parto fueron en orden de frecuencia premadurez y bronconeumonía.
16. En todos los casos atendidos, el producto fue considerado prematuro en base al peso y características físicas.
17. Las condiciones de egreso de cada uno de los gemelos sobrevivientes al egresar, están en relación directa a las condiciones observadas al momento del nacimiento.
18. La morbitmortalidad materna en el puerperio fue nula en el estudio efectuado.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Alemán Morales, Juan Arístides. Embarazo múltiple. Tesis Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, diciembre 1960, pp 19-44.
2. Beck, Taylor, Obstetricia, 8a. ed. México, Ed. Intermaericana S.A. 1968. pp. 264-274.
3. Corzantes Mendizábal, César Augusto, Mortalidad Materna en el Hospital Roosevelt, revisión de 100 casos. Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos de Ciencias Médicas, agosto 1963. 40 p.
4. Eastman, Nicholson J. ed. Obstetricia de Williams. Trad. por Homero Vela Treviño. 3a. ed. México, UTEHA, 1960. pp 630-642.
5. Greulich, W.W. The incidence of human multiple births. The American Nationalist. 64:142, march 1930.
6. Guttmacher, The incidence of multiple births in man and some of the other unípara. Obst. & Gynec.: 22 july 1953.
7. Greenhill, J.P. Obstetrics. 11 th ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1955. p 485.
8. Mc Arthur, J. Genetics of quintuplets: diagnosis of the Dione quintuplets as a monozygotic set. J. Hered. 29:323, 1938.
9. Moragues Bernat, Jaime. Clínica obstétrica, 8a. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1960. pp 492-517.
10. Merger Robert, Obstetricia. 2a. ed, Barcelona, Ed. Toray, 1968. pp 208-216.

Br. Francisco Emilio Estrada Ligorria

Dr. Carlos Manuel Martínez
Asesor

Dr. Herbert W. Macz
Revisor

Dr. José Quiñónez Amado
Director de la Fase III

Dr. Carlos A. Bernhard R.
Secretario

Vo. Bo.

Dr. César Augusto Vargas M.
Decano