

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISTOCIA POR MONSTRUOSIDAD FETAL

por el doctor

DIEGO TAYLOR GOROSTIAGA
(Tesis de Profesorado)

He creído de interés escribir un capítulo sobre el que la Obstetricia no ha dictado todavía normas porque la variabilidad de los problemas que se presentan exige una conducta inmediata no siempre prevista, que cada médico resuelve según su criterio muy personal en base a las dificultades que en el momento encuentra.

Sin embargo, la ingente casuística que existe sobre la materia —ya que desde la remota antigüedad llamaron la atención los monstruos a propósito de los cuales se ha escrito muy especialmente en todas las épocas— permite hoy bosquejar una conducta para cada caso, agrupando para esto las malformaciones fetales de acuerdo a lo que la clínica enseña de sus posibles distocias.

Los monstruos, especialmente aquellos que son dobles, suelen ser causa de distocias, algunas tan graves, que el abandono de la parturienta a sus solas fuerzas la lleva irremediablemente a la muerte. Puede el monstruo crear una desproporción tal, que al redoblar el útero su esfuerzo para expulsarlo, sólo consigue distender y adelgazar el segmento inferior produciendo su estallido.

Pocas veces piensa el médico práctico frente a una gestante o parturienta, en la posibilidad de la existencia de una monstruosidad fetal; no obstante las estadísticas revelan su relativa frecuencia.

Así como se va a asistir un parto conociendo las normas de conducta para el caso que surja una distocia ósea, uterina, por presentaciones anormales: cara, frente, hombro, nalga incompleta; prociencia del cordón, etc.; es necesario que el médico sepa qué hacer ante una distocia por monstruosidad fetal.

El especializado que tiene su experiencia y conoce la casuística, alguna similitud va a encontrar con el problema que se le presenta y contará con recursos para buscar la solución; pero el médico práctico, dado que estas distocias aparecen por lo general en forma imprevista, es decir, como sorpresa del momento del trabajo de parto, cuando la espera larga hace pensar que algún obstáculo se opone a la expulsión del feto, él también debe estar capacitado y tiene que conocer un capítulo, hasta ahora incompletamente escrito, que mostrándole las distintas posibilidades de distocia por malformación fetal le indique las normas generales en las que pueda encontrar la solución de su problema.

Este capítulo ha sido comenzado mil veces pero se renueva cada día con el aporte de nuevos casos que se agregan para enriquecer la extensa casuística. La Obstetricia se ha modernizado y cuenta con nuevos procedimientos obstétricos y quirúrgicos a los que hay que dar su lugar actualizando la conducta en la distocia por monstruosidad fetal. Se ha pensado por muchos años que cuando el parto se detenía por esta causa había que proceder a la fetotomía; pero la especialidad de hoy se orienta hacia la cirugía porque el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica permite, en ciertas circunstancias, considerar menos peligroso una operación cesárea, aunque la vida del feto naturalmente no cuente, que el exponer a la madre a laboriosas maniobras intrauterinas, no siempre bien regladas, ciegas y peligrosas.

No pretendo agotar definitivamente este capítulo, que tal vez no pase de ser una tentativa más. Tropiezo con la misma dificultad para trazar normas generales por

la variabilidad excesiva de los casos que hace que cada uno tenga su fisonomía particular. Creo no obstante que con la base de lo mucho publicado algo general se puede inferir al respecto.

Además entiendo que no se ha estudiado suficientemente el mecanismo de parto que con más frecuencia realizan estos monstruos, mecanismo cuyo conocimiento nos permitiría el recurso de oportunas maniobras que en otras distocias tan admirablemente nos llevan al éxito. En general los autores se han preocupado más de la descripción somática, anátomopatológica de la malformación, que del estudio clínico del mecanismo y evolución del parto.

Se ha vivido esperando el momento de la sorpresa para poner en juego el criterio. La autorizada opinión de Baudelocque esterilizó todo esfuerzo tendiente a la sistematización clínica. El eco de sus palabras ha llegado a nuestros días y aún parécenos oírle decir "... si el parto ha podido verificarse alguna vez por el solo esfuerzo de la naturaleza, a pesar de una conformación tan singular y monstruosa, estos ejemplos, lejos de darnos reglas que pudiéramos aplicar a casos semejantes no hacen sino arrojar más incertidumbre acerca del partido que debemos tomar" y Joulin ⁽¹⁾ refiriéndose a esta párrafo de Baudelocque agrega: "Más de medio siglo ha pasado desde que el ilustre profesor escribió esta triste y desoladora apreciación, pudiendo decirse que es tan verdadera hoy como el día que la formuló. La posición de los fetos y la habilidad del comadrón tienen grande importancia en la manera de terminar el parto, pero más bien es en la espontaneidad de su talento que en las teorías fundadas en hipótesis donde encuentra el profesor los motivos de sus determinaciones."

Si Baudelocque era pesimista debe repararse en que el diagnóstico se descuidaba entonces más que hoy, pues se carecía del recurso de los rayos X, que aun cuando su valor es relativo en este asunto porque la placa no siem-

(1) *M. Joulin*, "Tratado completo de partos", año 1879, pág. 236, I^o Tomo.

pre registra la malformación, es de eficiencia grande cuando existe fusión esquelética en los monstruos dobles, o en los simples se comprueba ya el excesivo volumen del cráneo, ya la falta de la bóveda craneana.

Tenemos en nuestros días un recurso que nos induce a hacer un mejor diagnóstico y más optimistas buscamos sacar el mayor partido de la semiología obstétrica. Creo que el diagnóstico de la existencia de una monstruosidad verificado durante el embarazo, es de la mayor importancia porque permite prever la distocia que se presentará en el momento del parto, y por lo tanto oportunamente se orientará el trabajo y la conducta hacia el menor sufrimiento de la madre y sacrificio del monstruo. La idea de la fetotomía debe armar nuestra mano con esta doble finalidad. Y es éste, un argumento de indiscutible valor para juzgar la importancia del diagnóstico durante la gestación. Alguna vez por no haberse hecho el diagnóstico y haberse adoptado en consecuencia una conducta en salvaguardia de la vida que nace, hemos presenciado la tragedia de un monstruo sobreviviente unas horas o algunos días.

A pesar de la necesidad del diagnóstico oportuno, pocas veces se lleva a cabo; no se hace, desde luego, porque es difícil, pero muy a menudo porque no se piensa en él.

Debiéramos sospechar la existencia de malformaciones en el hidramnios, en el embarazo gemelar cuando hay algunas razones para presumir el univitelino. En tales circunstancias hay que prodigar el examen radiológico y conocer muchos signos y síntomas que aparecen desparrramados en sinnúmero de comunicaciones. Tal vez así, pensando que la frecuencia de la monstruosidad fetal es mayor que la que suponemos y con un mejor conocimiento de sus signos, podamos hacer una más prolija semiología obstétrica.

En razón de que la distocia por monstruosidad fetal crea problemas muy graves; por virtud de su relativa

frecuencia; porque no se ha actualizado la conducta sobre la cual cabe cierta generalización agrupando los casos por la similitud de las distocias que originan; y porque, en fin, no se ha insistido, a mi juicio, lo suficiente sobre la posibilidad del diagnóstico precoz, he creído de utilidad escribir este trabajo a manera de tesis de profesorado, aprovechando la experiencia recogida en largos años vividos en las salas de maternidad del Hospital Parmenio Piñero, junto a mi maestro, el profesor Victorio Monteverde, experiencia que me ha permitido ver y apreciar la importancia y vastedad de este asunto.

La casuística que figura en este trabajo pertenece al Instituto de Maternidad y Asistencia Social del Hospital P. Piñero y las piezas son las del museo de dicho instituto.

Nos vamos a referir exclusivamente a las monstruosidades capaces de originar distocias, sin considerar aquellas que no las ocasionan, ni tampoco las pequeñas anomalías.

Al referirnos a las monstruosidades aceptamos la ya clásica definición de Saint Hilaire: "Anomalías graves siempre aparentes al exterior y más o menos perjudiciales al individuo que las presenta, porque aun cuando no ejerzan ninguna influencia fatal sobre sus funciones, ni cambien en nada sus condiciones de vitalidad, imprimen a las formas exteriores modificaciones muy notables y le dan una configuración viciosa, bastante distinta a la que ordinariamente presenta la especie."

Según el decir de Pellerano y Lede (1), monstruosidad es "una deformidad congénita, insólita y grave." La deformación naturalmente debe ser grande para alejarse del tipo somático normal de una manera tan objetiva que se haga manifiesta apenas se la observe.

A los efectos del diagnóstico se debe mantener la división creada por Isidoro Geoffrey Saint Hilaire de monstruos simples y compuestos, entendiéndose por simples o unitarios los que están constituídos por elementos

(1) *Pellerano y Lede*, "Curso de Anatomía y Fisiología Patológicas", Tomo 1, pág. 380, "El Ateneo".

completos o incompletos de un solo individuo y por monstruos compuestos los que lo están por elementos completos o incompletos de más de un individuo.

Los monstruos simples habrá que diferenciarlos con el embarazo simple normal, es decir de un solo feto, y los compuestos con el embarazo gemelar.

Consideraremos el diagnóstico desde un punto de vista práctico en tres momentos: en el embarazo, en el comienzo del trabajo (comienzo de la dilatación del cuello), y en el comienzo del período expulsivo (dilatación completa). Alguna vez el diagnóstico se hace cuando parte del feto ya ha sido expulsada y la detención del parto nos advierte de la posibilidad de una malformación, y en fin otras, recién cuando el monstruo totalmente expulsado está en nuestras manos.

Hacemos la división del diagnóstico en tres momentos porque el examen semiológico es distinto y es también distinto el valor de los signos recogidos. Tanto más útil será el examen cuanto más adelantado el embarazo y especialmente el trabajo de parto.

Así durante el embarazo recurrimos al interrogatorio, inspección, palpación, auscultación, rayos X y damos al tacto una importancia accesoria o complementaria, ya que manteniéndose la presentación más o menos alta, resulta inaccesible a la exploración de dos de nuestros dedos por la vagina. El segmento inferior no está formado o lo está incompletamente, no podemos a su través percibir los detalles necesarios para un "fino diagnóstico".

Durante el parto el tacto adquiere jerarquía y es el más útil de los métodos de examen sin desconocer por esto el valor de los otros métodos. Pero el tacto será tanto más útil cuanto mayor sea la dilatación del cuello, así como también si la bolsa de las aguas se ha roto.

Se comprenderá, entonces, porque subdividimos a los efectos del diagnóstico el trabajo de parto en dos partes. El tacto realizado al principio del período de dilatación permite muy dificultosamente reconocer los detalles de la

presentación. Si el segmento inferior está formado, podrá reconocerla a su través por el adelgazamiento que va sufriendo esta porción del útero; la introducción de los dedos por el conducto cervical si bien es un reconocimiento más inmediato, no abarca sino una reducida extensión del polo; por otra parte, al comienzo del trabajo, lo habitual es que la bolsa aun íntegra se interponga entre nuestros dedos y la presentación.

En cambio el examen efectuado con un trabajo de parto más adelantado permite introducir los dedos y aun la mano por el cuello ampliamente dilatado y hacer un examen intrauterino profundo, que suele ser, en ocasiones, la única manera de llegar al diagnóstico de la existencia de un feto teratológico. La bolsa de las aguas ya no tiene porque ser respetada y puede suprimirse este obstáculo al reconocimiento.

La palpación, tan excelente método durante la gestación, cuando el útero y la pared abdominal permiten a nuestros dedos contornear el feto por su pasividad, deja de serlo cuando llega la hora del parto, porque su actividad no solamente interrumpe el examen, sino que la misma palpación despierta y excita la contracción.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISTOCIA POR MONSTRUOSIDAD FETAL

Nos ocuparemos en primer término de la distocia por monstruosidades simples y luego de las distocias por monstruosidades dobles.

DISTOCIAS POR MONSTRUOSIDADES SIMPLES

De las monstruosidades simples las que con mayor frecuencia originan distocias son: la hidrocefalia, anencefalia, meningocele, encéfalocele, hidroencéfalocele, aumento excesivo del tórax o abdomen, tumores del cuello y de la región coxisácræ, etc.

HIDROCEFALIA

Su diagnóstico durante la gestación:

Es ésta posiblemente la malformación que más frecuentemente se diagnostica durante el embarazo.

Interrogatorio:

Puede ser de interés que la madre manifieste haber tenido hijos con malformaciones, así como también si ha padecido de intoxicaciones o infecciones graves, y entre éstas últimas especialmente la sífilis y tuberculosis.

Inspección:

A la simple observación suele llamar la atención el excesivo volumen del abdomen, su red venosa muy manifiesta y el edema suprapúbico. Signos éstos de presunción de hidramnios.

Palpación:

Se pueden encontrar los signos del hidramnios: percepción de la onda líquida, peloteo exagerado y latidos fetales alejados.

El hidramnios con cierta frecuencia manifiesta la existencia de una malformación fetal: por eso ante un hidramnios tenemos la obligación de sospecharla y agotar la semiología obstétrica.

La palpación puede revelar el feto en presentación de nalgas, pues en la hidrocefalia el polo mayor resulta la cabeza y obedeciendo a la ley enunciada por Pajot acomoda este polo en el fondo del útero, sitio donde la capacidad del órgano es mayor.

Cuando el feto se presenta de nalgas hay que pensar que puede tratarse de la hidrocefalia, sobre todo cuando se han descartado las otras causas: estrechez pelviana, hipoplasia o malformación uterina, placenta previa, multiparidad, embarazo múltiple, tumor previo, etc.

La presunción será más cierta cuando a la presentación de nalgas se agrega el hidramnios.

Pero lo que llamará fuertemente nuestra atención a la palpación es que si bien pelotean excesivamente las partes fetales, inclusive la nalga como es la regla en el hidramnios, la cabeza, que es el polo que pelotea más en la presentación pelviana aun con cantidad de líquido normal, aquí a pesar del hidramnios se mantiene más o menos inmóvil por su desmesurado desarrollo.

La falta de peloteo cefálico en el hidramnios con presentación de nalgas es un signo valedero de hidrocefalia. Otras veces el feto se presenta al estrecho superior por el polo cefálico y entonces la anomalía se exterioriza como una desproporción pélvico fetal que rebasa llamativamente el parietal anterior la cara anterior del pubis. Descartada la estrechez pelviana, tumor previo, etc. y considerando el excesivo desarrollo del feto como la causa de la desproporción, la palpación prolija descubrirá que las nalgas con los miembros inferiores forman un polo comparativamente más pequeño que el polo cefálico, contra la regla, pues el polo pelviano solamente es más pequeño que el cefálico cuando se trata de la nalga incompleta, modalidad de nalgas. Si con la nalga hemos tocado los miembros inferiores y la totalidad de este polo resulta de menor tamaño que el polo cefálico, estamos también ante otro signo de hidrocefalia.

La palpación de la cabeza en todo su contorno permitirá juzgar su mayor volumen y hasta puede medirse aproximadamente con el cefalómetro. A veces se advierte notoriamente que falta la sensación de dureza que le es característica y se aprecia cierta renitencia y crepitación (crepitación de Negri), como la que es dable encontrar en cabezas de fetos macerados.

Esta sensación de cabeza de feto macerado con auscultación positiva y dimensiones grandes es también un signo, que debe tenerse en cuenta.

Otro signo es la falta de encaje en una primeriza en

el último mes de la gestación y en la que ha sido posible descartar otras causas que lo pudieran obstaculizar: estrechez pelviana, placenta y tumor previo, deflexiones, etc.

Auscultación:

Al concomitar hidramnios, naturalmente la auscultación de los latidos fetales resulta dificultosa; pero descubierto el foco, aún teniendo en cuenta que la presentación no se ha encajado, se observará que aquél está demasiado alto, próximo al ombligo.

Tacto:

Por lo general, debido a que la presentación se mantiene elevada, es difícil reconocerla al tacto.

A veces se recoge una sensación de blandura y esto agregado al tamaño se suele interpretar como presentación pelviana.

Cuando el feto se presenta de nalgas el tacto sólo nos dirá que de una nalga se trata, pero nada agregará al diagnóstico de la hidrocefalia.

Debemos concluir que el tacto como único medio de examen durante el embarazo nos conduciría fácilmente al error, pero si ya se han recogido otros signos con la observación, palpación, auscultación, el tacto hasta puede llevarnos a confirmar el diagnóstico.

Examen radiológico:

Su eficacia es absoluta cuando la hidrocefalia es muy acentuada y el feto se presenta por el vértice. Algunas dificultades pueden crearse si la hidrocefalia es de grado menor y el feto en presentación de nalgas esconde la cabeza debajo de las últimas costillas, con lo que la opacidad relativa del hígado disminuye la claridad del contorno craneano.

Su diagnóstico durante el parto:

Desde luego tendríamos que repetir cuanto hemos dicho del diagnóstico durante la gestación, con la salvedad,

ya mencionada, de que la palpación resulta mucho más engorrosa por la presencia de las contracciones dolorosas del trabajo de parto; el tonismo del útero es entonces grande y la excitabilidad mucho mayor.

En cambio, el tacto resulta principalísimo siempre que concierna a la presentación cefálica, pues ya hemos dicho que el tacto nada ilustra cuando el feto hidrocefalo se presenta por la nalga.

Diagnóstico al comienzo del período de dilatación:

La presentación aunque no se ha encajado de todas maneras está más apoyada y es más accesible a los dedos que la reconocen a través de un segmento inferior más formado, adelgazado y aplicado sobre la presentación. El orificio del cuello más o menos borrado y con dilatación suficiente como para permitir el paso de uno o dos dedos, si la bolsa de las aguas es plana y no crea dificultades al interponerse, permite recoger con cierta nitidez la sensación de blandura y renitencia cuando se toca las suturas y fontanelas ampliamente abiertas, que contrastan con la sensación de resistencia que el dedo percibe al reconocer las partes óseas.

La presencia de la bolsa de las aguas cuando ésta es algo procidente impide en absoluto el diagnóstico al tacto.

A veces la sensación de blandura y renitencia propia de la cabeza hidrocefala llevan al error de interpretarla como una bolsa de las aguas procidente (piriforme, cilíndrica) y cuando no se tiene mucha experiencia, se pretende romperla artificialmente en circunstancias en que ya no hay bolsa. Claro que este error no tiene consecuencias desagradables ya que significando una craneotomía reduce la cabeza y facilita su expulsión.

Diagnóstico con dilatación completa:

Con dilatación completa, si la bolsa no se ha roto, es de rigor romperla, momento en el cual el tacto reconoce directamente toda la parte del polo que se pone en relación

con el área del estrecho superior. Entonces no sólo se aprecian claramente los espacios membranosos dilatados y renitentes circunscriptos por partes óseas muy movibles, sino que se observa también durante las contracciones una mayor tensión del contenido craneano, produciéndose un cambio intermitente de la consistencia.

Los huesos de la bóveda no están por lo general perfectamente osificados y tiene además de la mayor movilidad ya enunciada, cierta flexibilidad que se comprueba al deprimir con el dedo el hueso.

Practicando el tacto combinado con una mano a través de la pared abdominal, es posible comprimir la cabeza y obtener la crepitación, es decir una sensación análoga a la del “saco de nueces”, propia de la cabeza del feto macerado.

Por otra parte, según se apunta más arriba, la dilatación completa permite, si el caso lo requiere, introducir totalmente la mano dentro de la cavidad uterina y así reconocer el polo en toda su extensión. En tal caso, la noción del excesivo volumen, agregada a los elementos ya obtenidos, nos conduce a un fácil diagnóstico.

Otras veces el diagnóstico recién se realiza al intentar aplicar el forceps y encontrar dificultades para articularlo por la separación de las ramas; o bien al pretender extraer la cabeza pues, el instrumento suele deslizarse por la falta de consistencia del polo. Si el feto se presenta de nalgas y expulsadas éstas y el tronco, la cabeza queda retenida, con llevar los dedos hasta ella se reconocerá la sutura lambdoidea que se muestra ancha y renitente, así como el tamaño de las fontanelas laterales. Budin (1) destaca el hecho de que parto que se está realizando por las nalgas y deja de progresar exhibiendo sobre el dorso expulsado una espina bífida, debe hacernos suponer que la causa que obstaculiza puede ser una monstruosidad fetal.

De la enumeración de tantos signos, será lógico colegir que el diagnóstico de la hidrocefalia es posible, y lo es frecuentemente cuando se tiene presente esta anomalía de

(1) Cit. por *Maygrier y Schwaab*, “Obtetricia”, pág. 690.

desarrollo. La semiología obstétrica prolija puede evitar-nos la desagradable sorpresa y conducirnos oportunamente hacia la conducta más beneficiosa para la madre.

Tratamiento de la distocia por hidrocefalia

Facilita la orientación frente a un caso de distocia por monstruosidad fetal, la advertencia de que esos fetos por lo general no son viables, y que algunos, muy pocos, sobreviven desgraciadamente como curiosas piezas de museo animadas. Si alguna vez el médico puede considerarse eximido de responder por la vida integral del binomio madre-hijo, este caso de la mujer que lleva un monstruo en sus entrañas se ajusta plenamente a aquella posibilidad. Considero que la mayoría de los colegas, así como aquellas personas que forman parte del hogar donde se desarrolla esta tragedia, piensan como nosotros.

No pretendo polemizar con quienes respetan la vida humana, así sea la de un monstruo. La eugenesia es una verdad que los médicos debemos defender, naturalmente que dentro de un mesurado equilibrio, y maduro razonar. La religión es necesaria al hombre y esencial al médico porque sensibiliza la conciencia y sutiliza sus actos, pero no creo que deba interceder dogmáticamente deshumanizando a quienes somos testigos cada día del dolor de este mundo.

Por todo esto sostengo, y sé que cuento con la aprobación de la gran mayoría, que el médico debe buscar la solución de la distocia por monstruosidad prefiriendo la conducta que menor riesgo signifique para la madre, y algo más: hay que prodigar la fetotomía.

La fetotomía resuelve el problema inmediato de la madre: el parto, y resuelve un problema moral: el dolor de ver sobrevivir a un hijo monstruoso.

Alguna vez, por carencia de diagnóstico oportuno, no se ha recurrido a la fetotomía. Es pues de todas maneras necesario evitar que el nacimiento de un monstruo sea una sorpresa. De ahí está esta empeñosa y deliberada insisten-

cia en el diagnóstico, idea que es también uno de los motivos que me han inspirado esta tesis.

Con todo, no conviene aconsejar sistemáticamente esa conducta pues la técnica de la embriotomía puede ser compleja y peligrosa. No es tarea fácil proceder a ciegas a reducir un feto dentro del útero, y en ocasiones la retracción del órgano y distensión del segmento inferior nos obliga a pensar en otros recursos del arte obstétrico y también en la cirugía; bien que parezca criticable exponer a la madre a una laparatomía por un monstruo, el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica permite, a veces, elegir este camino como el más conveniente.

Sintetizando: todos los recursos obstétricos y quirúrgicos participan en el tratamiento de la distocia por monstruosidad fetal, aunque debe recurrirse a aquellos que menor peligro signifiquen para la madre y de ser posible, preferir la fetotomía.

Con respecto al tratamiento de la distocia por hidrocefalia, teniendo en cuenta que el obstáculo está representado por la cabeza aumentada de tamaño, nuestra misión será reducirla para que se deslice por el canal sin traumatizarlo.

Deberemos actuar en primer término cuando la presentación es cefálica y habrá que esperar, por supuesto, a que se hayan expulsado la nalga, abdomen y tórax para actuar sobre la cabeza última si el feto se presenta por el polo pelviano.

Sin embargo a veces, el parto se hace espontáneo porque el útero para vencer el obstáculo se contrae energicamente y consigue modelar violentamente la cabeza, a lo cual contribuye la blandura y movilidad de los huesos de la bóveda del cráneo. Otras veces, cuando la dimensión de la cabeza haría imposible su pasaje por el canal, se soluciona espontáneamente rompiéndose la parte membranosa, sometida al aumento brusco de la tensión intracraneana como consecuencia de la compresión de la cabeza por la contracción del músculo uterino y la resistencia ósea del canal.

De todas maneras, no se debe contar con un epílogo

tan feliz y es preciso ahorrar a la madre el esfuerzo de un parto prolongado y sobre todo estar muy advertido porque la hipersistolia puede producir la ruptura del segmento inferior. Si el útero fatigado claudica y cae en inercia, el parto seguramente no se va a resolver por sí sólo; se prolongará peligrosamente porque la ascensión de la flora microbiana vaginal infectará el huevo; además el útero se irá retrayendo sobre el feto y el segmento se ajustará a la cabeza como un guante, y si en estas circunstancias la ruptura espontánea no es posible porque no existe dinámica uterina capaz por su actividad de producirla, en cambio no nos permitirá ninguna maniobra intrauteriana pues entonces será nuestra mano la que al pretender interponerse entre la presentación y el segmento retraído provocará el estallido del mismo.

Cuando la desproporción no es grande, puede intentarse la aplicación de forceps, ya que se presenta de vértice o bien sobre la cabeza última si se presenta de nalgas. Si la desproporción es grande el forceps no conseguirá reducirla lo suficiente, y además, ya lo hemos dicho, la articulación del instrumento puede ser imposible dada la separación de las ramas a que obliga el excesivo volumen de la cabeza.

En ocasiones, aunque la toma sea correcta la blandura del ovoide cefálico impide que la presa sea sólida y el instrumento se desliza. El forceps tiene a mi juicio un inconveniente mayor, puede extraer el monstruo vivo. Cuando el feto hidrocefalo se presenta por el polo cefálico y hay seguridad absoluta del diagnóstico corresponde hacer la craneotomía, a veces basta la simple punción. Intervenciones de técnica muy fácil para estos casos en los que no hay más dificultad que la que presenta la ruptura artificial de la bolsa de las aguas. Digo esto, porque puede elegirse para penetrar en la cavidad del cráneo cualquier espacio membranoso.

Perforada la bóveda el líquido sale en abundancia y

la cabeza se desinfla y son suficientes algunas contracciones uterinas para que el feto se expulse.

Si las contracciones son insuficientes y no se ha conseguido activarlas, se puede intentar la aplicación del forceps sobre la cabeza ya reducida, y si el instrumento se desliza se puede utilizar el craneótomo de Braun que por llevar una rama al interior del cráneo y la otra a la cara, hace una presa sólida.

Muy rara vez hay que recurrir a embriotomías más reductoras como la basiotripsia, a no ser que se trate de una distocia compleja, como sería el caso si se agregase a las distocia fetal la estrechez pelviana, placenta previa marginal o lateral, etc.

Hay una regla en Ostetricia que dice: en la distocia compleja, operación cesárea abdominal; pero esta regla es cierta para cuando debemos cuidar la vida del niño por nacer. La monstruosidad fetal hace excepción a esta regla mientras podamos introducirnos en el útero sin riesgo de romper el segmento inferior (retracción, sobredistensión), es conveniente hacerlo, siempre que la distocia, que podría ser una hemorragia por placenta previa, no nos obligase a actuar de urgencia cuando todavía no hay dilatación suficiente.

Cuando en la hidrocefalia el feto se presenta por la nalga y la cabeza queda retenida en la pelvis, es conveniente, antes de adoptar una conducta, introducir la mano para valorar el volumen de la cabeza y el grado de desproporción, calcular la elasticidad de las partes blandas y la altura de la presentación.

Si la cabeza gracias a un gran madelaje ha descendido en parte a la excavación, se intentarán la maniobra de Mariceau, Praga, forceps; si no hubiese descendido, se intentará la maniobra de Champetier de Ribes. Estas maniobras no deben ser muy violentas ni se puede insistir mucho en ellas.

Si hemos previsto la desproporción, o nos percatamos

de ella por el fracaso de nuestros esfuerzos, se tiene que punzar la cabeza a la altura del occipital, o si la boca es más accesible elegir ese camino.

Van Huevel aconseja abrir un arco vertebral e introducir en el conducto raquídeo una sonda de goma, munida de un mandril, y deslizarla hasta que su extremo alcance el cráneo. Muy a menudo es suficiente punzar el raquis. Disminuído el tamaño de la cabeza se tracciona del tronco y se extrae el feto.

Hay quienes predicán la sección del cuello del feto, pues abriendo el conducto raquídeo el líquido sale al exterior. Sin embargo este proceder tiene el inconveniente de privar al operador de un medio excelente para traccionar.

De todos los medios mencionados para resolver la distocia por retención de la cabeza última de un hidrocéfalo, el más fácil es la punción o sección longitudinal del raquis; pero si el líquido no saliese de la manera necesaria, habrá que recurrir a la craneotomía. Para este caso, como ya lo hemos dicho, se hará la abertura en una parte membranosa, porque el líquido a presión sale a chorros. Se nos advertirá que se aconseja en la craneotomía la punción en pleno hueso, para evitar que de hacerlo en las suturas, el acabalgamiento de los huesos obstruya el orificio, pero aquí es tan grande la separación de los huesos y las fontanelas tan amplias y el líquido a tal presión que, antes de que los huesos actúen de sopapa, la cabeza se ha reducido lo suficiente para que la tracción de los miembros inferiores o del tronco permita la extracción total del feto.

Williams ⁽¹⁾ advierte que como la capa de substancia cerebral que hay que atravesar para llegar al contenido líquido, suele ser muy poca, su destrucción es mínima, y aconseja para evitar el desagradable espectáculo de que nazca el monstruo con signos de vida, que se busque llegar con el instrumento hasta el bulbo.

(1) *Williams*, "Obstetricia", II tomo, pág. 561.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISTOCIA POR ANENCEFALIA

Diagnóstico durante la gestación

Según Laulaigne (1) es de las monstruosidades fetales más fáciles de diagnosticar, pero creo que en este sentido el primer sitio corresponde a la hidrocefalia.

Interrogatorio:

Tiene la misma relativa importancia que en la hidrocefalia.

A veces la gestante manifiesta haberle llamado la atención que el feto, en cierto momento, realiza movimientos activísimos y muy desordenados que han sido descritos por Dubois y Cazeaux, que se explican por la excitación mecánica del roce sobre la superficie desnuda de los centros nerviosos cerebrales, pues, aunque de un anencéfalo se trate, siempre existe un resto de cerebro a manera de muñon en la base del cráneo.

Inspección:

El anencéfalo generalmente es gigante y muy a menudo esta anomalía se acompaña de hidramnios.

Dos motivos para que el útero adquiriera un volumen grande.

Encontraremos por la inspección los signos propios de la sobredistensión del vientre; edema suprapúbico y red venosa manifiesta.

Palpación:

El polo cefálico se palpa en el hipogastrio, pero no tiene los caracteres de regularidad, lisura y dureza propios de la cabeza bien conformada. Mueve un tanto la atención por su tamaño más reducido, especialmente por la desproporción con el resto del cuerpo generalmente grande.

(1) *Laulaigne*, "Contribution a l'étude de l'anencephalie pendant le grossesse", These, 1883.

Se encuentra la onda líquida propia del hidramnios, lo que no impide palpar el feto dado su tamaño.

Tacto:

Poco útil en el embarazo a no ser que la presentación haya descendido a la excavación, cosa posible por lo reducido de su volumen ya que falta toda la bóveda del cráneo.

Suele presentarse de cara y el tacto prolijo a través del segmento inferior reconoce sus caracteres, aunque alguna vez se lo confunde con la presentación pelviana. Dado que se llegue al diagnóstico cierto de presentación cara, diagnóstico allanado porque los globos oculares muy salientes en estos monstruos, permite reconocer este signo propio de las presentaciones deflexionadas; sorprenderá que a la palpación no hallemos el característico “golpe de hacha”.

Diagnosticada la presentación de cara al tacto, la falta del golpe de hacha debe sugerirnos la anencefalia.

Otras veces la cabeza se presenta bien flexionada y entonces nos sorprende no encontrar la resistencia redonda y lisa de la bóveda. Se alcanzará algo irregular, desigualmente consistente y este examen puede provocar los movimientos bruscos y desordenados a las que nos hemos referido a propósito del interrogatorio: es el signo de Cazeaux. Este autor (1) dice textualmente: “A l’aide de ce signe j’ai pu diagnostiquer une anencephalie, avant la rupture des membranes, au grand étonnement des élèves de l’hôpital des Cliniques où l’aacouchement avait lieu”.

Examen radiológico:

Puede descubrirse la falta del contorno correspondiente a la bóveda del cráneo.

Diagnóstico durante el parto:

Poco se puede agregar a lo ya dicho respecto del diagnóstico durante la gestación apenas iniciado el trabajo. Hay que advertir que la palpación es más difícil y el tacto

(1) P. Cazeaux, “Accouchements”, pág. 880, año 1870, París.

más útil. Si la presentación ha descendido, el cuello se ha borrado y algo dilatado, y la bolsa ha desaparecido o es plana y no estorba, el tacto tiene mayores posibilidades de lograr el diagnóstico de la malformación, pero me referiré a los signos al tratar el tacto con dilatación completa.

Diagnóstico con dilatación completa:

El feto se presenta comúnmente por el polo cefálico que puede estar flexionado o deflexionado (cara y frente), más raramente por la nalga y excepcionalmente por el tronco.

La presentación de cara es la más frecuente y en este caso notaremos la saliencia pronunciada de los glóbulos oculares, la boca entreabierta por la que puede salir la lengua, el frontal que se termina bruscamente, inmediatamente encima de las órbitas, parte del cual falta, incluso, lógicamente la fontanela anterior. Ese reborde del frontal; como si el hueso hubiese sido seccionado, es bastante característico.

Si se presenta de frente, la falta del frontal es más ostensible y el diagnóstico más fácil.

En la presentación bien flexionada (vértice?), se toca el muñon cerebral como algo de consistencia blanduzca, de poco espesor, a cuyo través se nota una superficie dura e irregular que corresponde a los huesos de la base del cráneo. Este examen puede producir los movimientos bruscos y desordenados ya mencionados. Cuando la substancia cerebral no existe y sólo hay un tejido esponjoso y vascular delgado, se reconoce bastante bien la silla turca, los apófisis clinoides, y los peñascos.

De todos estos signos, los que más atraen la atención son la falta de los caracteres de la bóveda y los movimientos violentos del feto al tocarlo.

Cuando se presenta por el polo pelviano o el tronco, el tacto no nos ilustra. Sin embargo en la presentación de tronco, si a la anencefalia se agrega raquisquisis, es posible reconocer esta última al tactar el dorso, percibiéndose

la gotera raquídea limitada por tubérculos que corresponden a las apófisis transversas de las vértebras.

Marcha del parto y tratamiento.

Al presentarse por el polo cefálico suele deflexionarse y presentarse de cara o frente. La falta de bóveda reduce el tamaño de la cabeza y el encaje se realiza con facilidad. La dilatación se produce con lentitud porque la bolsa generalmente se rompe prematura o precozmente (hidramnios, bolsa cilíndrica) y porque la presentación al no tener la forma y tamaño de la cabeza normal dilata mal el cuello.

Como se trata habitualmente de fetos de gran tamaño, más de 4 kilos, los hombros pueden quedar retenidos en el estrecho superior y originar la distocia de hombros propia del gigantismo fetal.

La dinámica uterina se compromete por la hiperdistensión de la fibra y el excesivo trabajo que se le exige originándose la hipersistolia o la asistolia secundaria, con los peligros derivados de las mismas.

Si se presenta por el polo pelviano, el parto se realiza lentamente por el gran volumen del feto y los hombros pueden detener el descenso, no así la cabeza que no ofrece dificultades; al presentarse de tronco, la versión interna se ve obstaculizada por el tamaño exagerado del monstruo, en tanto que al final resulta facilitada la extracción de la cabeza.

Con respecto al tratamiento de la distocia por anencefalia hay que tener en cuenta que más depende del gigantismo que de la conformación anormal de la cabeza, por cuanto ésta solamente puede ser causa de deflexión y crearse las dificultades propias de las presentaciones de cara y frente, con la ventaja de que la falta de la bóveda disminuye los diámetros del ovoide cefálico resultando más fácil el encaje y la expulsión que con una cabeza normalmente conformada.

La conducta por seguir, es, como lo hemos dicho, la

de la distocia por gigantismo, con el agregado a favor de que no interesa la vida del feto.

Si la presentación no está encajada y lo hace por el polo cefálico, el tipo de intervención depende del tamaño del feto y las condiciones del útero. De ser posible se recurre a la versión interna, de no serlo puede intentarse una aplicación de forceps, alta, por encima del estrecho superior, a la craneoclasia, esta última con preferencia en la presentación de cara.

Si en las tentativas de versión interna hemos rechazado la cabeza a la fosa ilíaca y el feto se ha situado oblicuamente, la decolación resulta una oportuna intervención, permitiendo extraer en un primer tiempo el tronco y miembros traccionando de los brazos, y en un segundo tiempo la cabeza.

Toda vez que los hombros sean causa de detención del parto, se debe hacer la cleidotomía uni o bilateral.

En el caso que la cabeza se haya encajado, generalmente basta el forceps o la craneoclasia, procediendo luego a la cleidotomía si se hace necesario.

Si se presenta por el polo pelviano y el parto se detiene habrá que proceder a la extracción o gran extracción pelviana, resolviendo las dificultades con la cleidotomía y la evisceración.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISTOCIA POR HERNIA CEREBRAL

La hernia del cerebro con sus cubiertas, o de las meninges, y en cualquiera de los dos casos, con o sin líquido, a través de un orificio del cráneo más o menos amplio, constituye un tumor extracraneano de variable tamaño que en algunas ocasiones, especialmente cuando hay un contenido líquido grande, es causa de distocia por un mecanismo análogo al de la hidrocefalia.

Cuando el líquido se acumula en el espacio subaracnoideo se forma una bolsa en la que no existe substancia

cerebral, que se denomina meningocele o con más propiedad hidromeningocele. Tumor de consistencia blanda, muy renitente, de gran elasticidad, lo que va a facilitar, de no ser muy grande, su expulsión. Si lo que se exterioriza, es el cerebro cubierto por la pía madre se forma un tumor más sólido denominado encéfalocele. Si la hernia del cerebro comprende el ventrículo y éste se llena de líquido, constituye la variedad llamada hidroencéfalocele.

El diagnóstico durante la gestación es difícil, pero posible.

Tratándose de una excencefalia (encéfalocele), puede por la falta de protección del cerebro producirse los movimientos bruscos y desordenados descritos por Cazeaux para los fetos anencéfalos.

Si el tejido adiposo del vientre es escaso y la pared abdominal flácida, cuando todas las condiciones son favorables a buena palpación, podremos advertir junto al polo cefálico una tumoración de distinta consistencia; otras veces si la distinta consistencia no es muy manifiesta, tratándose de una presentación cefálica y palpándose la tumoración ligeramente lateralizada, crearemos reconocer el signo del “golpe de hacha” y haremos el diagnóstico de presentación cara, y persistirá el error si el tacto no nos saca de dudas.

La cabeza así agrandada y deformada, con una consistencia que no es la del ovoide regularmente duro, nos hará pensar, a la palpación de que se trata de una nalga; y si hubiésemos encontrado otra en el fondo del útero, naturalmente haríamos por error el diagnóstico de embarazo gemelar.

A veces el tumor da la sensación de otra cabeza y también caeremos en el diagnóstico del embarazo gemelar. La auscultación, sin embargo, nos podrá ayudar y los rayos X de manera concluyente informarán que se trata de un embarazo simple, y a veces hasta puede dar

la ligera opacidad del tumor y la discontinuidad del contorno craneano.

El excesivo volumen de la cabeza, consistencia blanda y algo fluctuante sugerirá el diagnóstico de la hidrocefalia y el diagnóstico diferencial puede resultar imposible.

El tacto, durante la gestación, como complemento del examen tiene valor. Si hemos diagnosticado presentación de cara en base al golpe de hacha palpado y el tacto revela que la presentación está flexionada, tenemos que suponer que lo que se palpa es un tumor yuxtacraneano. Pero el hecho es que cuando estos tumores se localizan en el occipital suelen originar presentaciones de cara, y haremos el diagnóstico de presentación de cara corroborado por el tacto y la palpación, pasando inadvertida la malformación. Si el tacto nos ha conducido al diagnóstico cierto de presentación de cara, nos llamará la atención que, siéndolo indudablemente, a pesar de las condiciones favorables para la palpación, no notamos el tan característico golpe de hacha.

Si el examen se realiza en el curso del trabajo, y especialmente con dilatación completa y bolsa de las aguas rota, podemos creer en la fidelidad de los signos que recogemos con el tacto, y la palpación completar el diagnóstico teniendo en cuenta la disparidad o dudas que pueda dejarnos con relación al tacto.

Si el feto se presenta por la nalga solamente podremos contar con la palpación y los rayos X, y el diagnóstico en consecuencia será mucho más difícil.

La actitud de la cabeza depende de la localización del tumor y del tamaño del mismo. Localizado en el occipital, la deflexiona y origina la presentación de cara o frente (notencéfalo), localizado sobre el frontal la hiperflexiona (proencéfalo) y localizado en los parietales (pedencéfalo) la presentación no se encaja o desciende en primer término el tumor.

Cuando el tumor no es muy grande muy a menudo el

parto se realiza espontáneamente, pero con las dificultades inherentes a la actitud anómala de la cabeza.

Si la bolsa herniada es grande, puede el feto presentarse de nalgas obedeciendo como en la hidrocefalia a la ley de Pajot. Entonces la dificultad aparece al quedar retenida la cabeza una vez expulsados los miembros y el tronco. En ocasiones recién en ese momento se hace el diagnóstico de la monstruosidad.

Larger ⁽¹⁾ insiste sobre la frecuencia con que le acompañan otras malformaciones, quistes serosos del cuello, angiomas, lipomas, etc. De manera que encontradas estas anomalías a medida que el cuerpo se va expulsando, deben sugerirnos la posibilidad de una deformación grave de la cabeza.

Las distintas variedades descritas permiten comprender que solamente algunas de ellas pueden preocupar al obstetra llamado a resolver la distocia, porque algunas variedades no las originan y otras son de fácil solución.

Fracasadas las maniobras habituales para descender la presentación o conseguir su extracción, es preciso resolverse a abrir la bolsa, lo que se consigue con una simple perforación, pues cuando son grandes se debe a su contenido líquido. Aunque el cerebro haga hernia (en-céfalocele), si constituye una tumoración de cierto volumen como para ser la causa de una distocia, es porque sus ventrículos están distendidos por líquido y a pesar de que no se encuentre tan superficial como en el meningocele, de todas maneras la substancia cerebral que se interpone está constituída por una tan delgada capa que la punción no ofrece dificultad. La abertura a tijera es la mejor indicación.

No menciono entre las indicaciones, la sinfisiotomía ni tampoco la cesárea, porque a pesar de que la vida del feto, con esta anomalía, es posible, su porvenir incierto

(1) *Larger*, Arch. de Med. Año 1877, pág. 438.

conduce a la conducta reductora del feto que, insisto, en las malformaciones graves se debe prodigar.

Cuando el feto se presenta por la cabeza en actitud de deflexión: cara y frente, el diagnóstico es particularmente difícil y si no se ha hecho se recurre a aplicaciones laboriosas de forceps, versión interna, sinfisiotomía, etc., que exponen inútilmente a la madre, cuando la craneoclasia resolvería de inmediato la distocia.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISTOCIA POR EXCESIVO TAMAÑO DEL ABDOMEN

Diagnóstico durante el embarazo:

Es punto menos que imposible. Acaso solamente se llega a suponer la existencia de esta anomalía de conformación cuando se asocia al hidramnios. Hemos visto que los rayos X pueden sernos útiles en el diagnóstico de la hidrocefalia, anencefalia y hernia cerebral, es decir, toda vez que pueda visualizarse una solución de continuidad o de forma de naturaleza ósea. El excesivo volumen del abdomen no suele ser registrado por la placa, a no ser que se deba a tumores más o menos sólidos capaces de dar sombras.

Diagnóstico durante el trabajo de parto:

Ningún elemento para el diagnóstico nos brindará el examen al comienzo del trabajo y ni aun con la dilatación ya completa. Recién cuando se está expulsando y hay parte del feto fuera de la vulva, la detención del parto a pesar de nuestras tracciones nos hará llevar la mano profundamente y entonces reconoceremos que es la parte ventral excesivamente desarrollada que obstaculiza e impide el total desprendimiento.

Tal cual vez se toca el abdomen muy globuloso, renitente, blando y elástico como una vejiga llena de agua en medio de la cual se inserta el cordón umbilical.

Si lo que produce la distensión del abdomen es un tumor sólido de hígado, riñón o bazo la consistencia, naturalmente, será distinta.

Marcha del parto y tratamiento.

Siempre que se presente por la nalga, ésta no alcanza a expulsarse retenida por el tumor abdominal calzado en el borde superior del cuerpo del pubis. Ahí el diagnóstico se torna particularmente difícil y se insiste inútilmente con las tracciones. Es preferible en estos casos, en que la nalga no desciende con facilidad rechazarla por encima del estrecho superior, y recién entonces introducir la mano en el interior del útero para apreciar la conformación del feto.

Tratamiento:

Supongamos que el parto se ha detenido una vez expulsada la cabeza. En tal conyuntura, ella se emplea para traccionar en el sentido del eje del canal, procurando no excederse en fuerza; no vaya a ocurrir que estalle el segmento inferior o bien producirse necrosis o soluciones de continuidad que sean causa de fístulas vesico vaginales, recto vaginales, etc.

Estando el feto muerto y macerado, la tracción muy enérgica puede seccionar el cuello y esta decapitación privarnos de un punto de apoyo, hecho que no implica un accidente serio. De tan poca monta es el contratiempo que hay quienes aconsejan practicarlo, entre ellos Döderlein (1), ya sea para llegar más fácilmente hasta el abdomen y abrirlo, ya para introducir una tijera a través del cuello seccionado y abrir el abdomen perforando el diafragma, o bien, reducido el feto con la decapitación, intentar su extracción por la versión interna.

Siempre que el feto se presente por la nalga y está

(1) A. Doderlein, "Tratado de Obstetricia", Tomo II, pág. 702, 2ª edición.

macerado puede que, si las tracciones son violentas, nos quedemos con los miembros inferiores en la mano, lo que constituye un accidente más serio que el caso anterior porque es un tractor excelente, que no obstaculiza mayormente la introducción de la mano en el interior del útero para explorar o reducir el abdomen fetal.

Cuando del examen se desprende que el vientre globuloso es causado por un tumor sólido, se hace difícil extraerlo sin grave contingencia para la madre, caso en el cual procederá de prisa, a la evisceración.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISTOCIA POR TUMORACIONES DEL CUELLO FETAL Y SACROCOXIGEAS

Los tumores del cuello rara vez son de suficiente tamaño como para causar distocias serias. Su consecuencia es la dificultad de la flexión de la cabeza de los tumores de la parte anterior del cuello, lo que origina presentaciones de cara y frente primitivas, irreductibles a las maniobras flexoras.

No tendría ésto mayor importancia si pudiéramos preconizar con cierta prodigalidad la craneoclasia y la basiotripsis; pero es que esos tumores muy a menudo son compatibles con la vida del feto (bocio, higroma).

Si el tumor no es muy grande se debe aventurar la versión interna porque la tracción es más eficaz y es posible orientar la cabeza última buscando descenderla en los diámetros más convenientes.

Mas, siendo el tumor grande habrá que reducirlo, para cuyo efecto se intentará la punción si es líquido o la sección con evisceración si es sólido.

El diagnóstico de estas anomalías se presumirá en las presentaciones de cara y frente primitivas.

Los tumores de la región sacrocoxígea aumentan el tamaño del polo pelviano y detienen su descenso en el trabajo de parto, si su volumen es grande.

De estos tumores algunos se deben a inclusiones fetales, otros se comunican con el canal raquídeo como la raquisquisis quística con sus variedades; mielomeningocele, meningocele y mielocistocele; los hay independientes como los quistes, sarcomas, cistesarcomas, fibromas, lipomas, etc.

El contenido de estos tumores, así como su forma y tamaño, dependen de su naturaleza: se dan sólidos, líquidos y mixtos; implantados en el extremo del coxis o en las caras anterior y posterior del sacro o en la columna lumbar; su tamaño, desde una nuez al de un feto de término.

De ésto se deduce que han de ser frecuentes los partos espontáneos. Así lo comprueba la estadística de Molk (1) en la que manifiesta que de 107 observaciones solamente hubo 18 casos de distocia.

Cuando el tumor es grande el parto se detiene y hay que reducirlo ya por la punción, si es líquido, ya por la fragmentación, si es sólido.

La intervención resulta facilitada si el feto se presenta por la cabeza, pues expulsada ésta el tronco y tal vez la nalga, hay de dónde tomar el feto para reducir el tumor y extraerlo. Presentado por la nalga, si el tumor no le precede y desciende a la excavación, hay que actuar en la parte alta de la misma con las dificultades que trae una presentación movable y poco accesible.

Hay algo más a favor y es que estos embarazos suelen interrumpirse prematuramente.

DISTOCIA POR MONSTRUOSIDADES DOBLES

Diagnóstico durante el embarazo:

El excesivo volumen del útero con relación a la edad de la gestación, la sensación de cansancio, peso y fatiga, el edema suprapúbico, las várices acentuadas, la mayor

(1) *Melck*, cit. de *Charpentier*, "Traité des accouchements", Tomo 11, pág. 563, año 1890.

toxicidad del embarazo y luego la palpación de cuatro polos, o tres o dos del mismo tipo, o de dos distintos pero demasiado aproximados, el doble foco con las características de pertenecer a más un feto, etc., nos conducen al diagnóstico de embarazo gemelar.

La posibilidad de la existencia de una monstruosidad doble solamente se admite cuando hay adherencias óseas claramente visibles a los rayos X. Además de la radiografía podría sugerirnos la anomalía si hay dificultad para distaciar ambos fetos por medio de maniobras manuales.

Teniendo en cuenta que la fusión de los fetos únicamente es realizable en los embarazos univitelinos, la sospecha sólo podría recaer sobre éstos. Pero el diagnóstico de embarazo gemelar univitelino es excepcional durante el embarazo, aunque alguna vez es posible cuando la palpación y el examen radiográfico han demostrado la presencia de dos fetos de muy distinto tamaño (transfusión) o bien uno de ellos incompletamente desarrollado. Cualquiera de estas dos circunstancias: fetos de muy distinto tamaño, o uno de ellos con los caracteres de monstruo (acéfalo, acardio), permiten sospechar muy ciertamente la existencia del embarazo univitelino; y siempre que a esta conclusión se llegue, hay que admitir que los fetos pueden estar unidos.

También habrá que sospecharlo en los embarazos gemelares de mujeres con antecedentes de lúes, alcoholismo, tuberculosis, etc., que se aceptan como posibles causas de estas malformaciones.

En general, se admite que los fetos unidos tienen los polos homólogos en el mismo sentido. En base a ésto, habrá que desechar la idea de una monstruosidad doble si la cabeza de uno coincide con la nalga del otro. Puede ser que si la adherencia que los une, es fláccida, pueda uno de ellos oblicuarse y situarse más o menos transversal, pero cuesta aceptar que resulten paralelos e invertidos.

Considérese además, que los fetos se disponen para-

lamente fusionándose por los planos homólogos, es decir por las dos espaldas, por la cara anterior de ambos tórax, de ambos vientres, etc.; si la radiografía demostrase lo contrario, se debe dejar de lado la idea de la monstruosidad doble.

De todas maneras hay que reconocer que es excepcional el diagnóstico de estos casos durante la gestación; por lo general sólo se llega al de embarazo gemelar.

Diagnóstico durante el parto:

Tiene importancia, de acuerdo con lo expuesto, el saber si se trata de un embarazo univitelino; para esto la presencia de una única bolsa es del mayor valor. No puede haber doble envoltura en los monstruos dobles. Si ha habido necesidad de romper la bolsa dos veces teniendo la seguridad que la primera vez se ha hecho ampliamente; o si bien si se nos dice que el agua ha salido en dos veces distanciadas, tenemos que admitir que hay dos bolsas y por lo tanto que se trata de un embarazo gemelar bivitelino.

Si se diagnostica un embarazo univitelino y al romper la bolsa aparece un pie bot u otra malformación, podemos esperar una anomalía mayor.

Cazeaux ⁽¹⁾ sostiene que si se presenta la cabeza y con ella descenden uno o dos miembros inferiores y al traccionarlos, éstos bajan y se desprenden con facilidad sin que la cabeza intente ascender, se trata indudablemente de dos fetos separados, porque cuando forman una monstruosidad doble, los pies de uno tienen que coincidir con los pies del otro. Si aparecen manos y pies conjuntamente con la cabeza o la nalga, hay que pensar más bien que los fetos están separados.

Por lo común el diagnóstico recién se hace cuando el parto se ha detenido y nos obliga a introducir la mano para saber qué pasa.

(1) *P. Cazeaux*, "Accouchements", pág. 884, año 1870, París.

Otras veces cuando las dificultades no han sido muy grandes el diagnóstico recién se hace una vez extraído el monstruo.

Evolución del parto:

El parto espontáneo es posible a causa de que la gestación suele interrumpirse espontáneamente y el peso y tamaño de los fetos resultan disminuídos. Además la flácidez de ciertos tipos de uniones, permite que aunque fusionados, se expulse primero un feto y luego el otro; o por lo menos que las partes más voluminosas se encajen y desprendan sucesivamente y no simultáneamente. Si los fetos están muertos y macerados la expulsión espontánea se ve facilitada.

Playfair ⁽¹⁾ ha agrupado los monstruos dobles de acuerdo con las distocias que pueden originar en cuatro grupos: a) dos cuerpos casi distintos unidos por delante (tórax y abdomen) en variable extensión; b) dos cuerpos casi distintos unidos por detrás (sacro y parte de la columna lumbar; c) los monstruos bicéfalos con un solo cuerpo y dos cabezas; d) los cuerpos separados hacia abajo pero las cabezas unidas en todo o en parte.

De acuerdo con sus estadísticas de 30 partos de monstruos dobles, 20 fueron partos espontáneos.

En los monstruos del primer grupo, si las uniones no son esqueléticas ni de mucha extensión conceden cierta movilidad a los fetos merced a lo cual pueden expulsarse sin el recurso del arte obstétrico. Si se presenta de nalga bastará traccionar de los pies para extraer en primer término la cabeza posterior. La extracción pelviana suele ser eficaz, lo demuestra el éxito que se obtiene recurriendo a la versión interna.

Cuando el puente que los une es rígido, como acostumbra a suceder con los xifópagos, esternópagos y ectópagos se presentan dificultades irreductibles que obligan

(1) *Playfair*, "Arte de los partos", año 1880, pág. 43, Tomo II.

a la sección quirúrgica dentro del útero. Recasens (1) dice que los xipópagos pueden estar unidos por una tira tan estrecha que en ocasiones se presentan invertidos.

Los monstruos del grupo b), isquiópagos y pigópagos, generalmente obligan a extracciones muy laboriosas, pues como en el caso anterior, si hay anastómosis óseas es preciso seccionarlas, cosa nada fácil. Sin embargo si la fusión es pélvica y se presenta el monstruo por sus polos cefálicos, tal vez descienda y expulse una cabeza, el tronco y luego aparezcan sus pies; mientras el otro feto en un principio retenido por el pubis, va elevando la cabeza que se dirige al fondo del útero y empieza a descender por los pies para continuar la nalgas, abdomen, tórax y finalmente la cabeza. Entre tanto el feto que se había expulsado se mantiene aplicado contra la vulva. Los monstruos del grupo a), a los que ya nos hemos referido, si se presentan por los polos cefálicos pueden expulsarse por un mecanismo análogo y con más frecuencia lo hacen espontáneamente.

Hemos visto que para los grupos a) y b), si se presentan de nalgas y el parto se detiene, la indicación es la sección del puente que los une; y de no ser posible, habrá que recurrir a la evisceración para reducir el volumen de los fetos.

Cuando el parto se detiene porque el monstruo se presenta por los polos cefálicos, los que tienden a descender simultáneamente, hay que rechazar la cabeza anterior por encima del pubis, buscando la expulsión primera del feto posterior; y si ésto no es posible, se hará la craneotomía en la cabeza más accesible. A veces no se consigue que se expulse ni aún traccionando con el forceps, y para esos casos Williams (1) aconseja seccionar el cuello, es decir decapitar el feto, y terminar con la versión interna.

(1) *Sebastián Recasens Girol*, "Obstetricia", pág. 692, Barcelona, 1920.

(1) *Williams*, "Tratado completo de Obstetricia", tomo II, año D, 1938,

Playfair describe el parto de Judit y Elena que vivieron hasta los 23 años. Elena se presentó de cabeza, luego se fué expulsando el tronco y finalmente la nalga y los pies, apareciendo a continuación Judit por los pies y terminó por la cabeza.

Cuando la monstruosidad pertenece al grupo c) (bicéfalos), según Cazeaux, se encaja primero el feto anterior pues coincide con el eje del estrecho superior, mientras tanto la segunda cabeza queda retenida por el obstáculo que le presenta el promontorio. Expulsada la anterior se encaja y desciende la posterior. A veces, sin embargo, el volumen del cuello del feto anterior no permite el encanje de la segunda cabeza, por más que se lamine y adelgace.

Si se ha conseguido el desprendimiento de las dos cabezas, queda por resolverse el descenso y expulsión de los hombros que pueden ser la causa de la detención del parto, porque adquiere dimensiones incompatibles con las medidas de los diámetros de la pelvis (distocia por gigantismo). Cuando se ha salvado la distocia de los hombros, el resto de la expulsión termina sin dificultades.

Presentándose por el polo pelviano, desciende primero la cabeza posterior por la curva del canal del parto que lleva el eje de desprendimiento hacia arriba y adelante, lo que incurva el tronco y hace bascular los hombros, de los cuales desciende el posterior, mientras el anterior continúa apoyado sobre el borde superior de la sínfisis del pubis. Naturalmente la cabeza que corresponde al hombro que ha descendido en primer término es traccionada por el cuello y se encaja la primera.

Los monstruos del grupo d) tienen las cabezas fusionadas (diprosopo), y suelen crear mayores dificultades que los bicéfalos, porque cuanto más cerca de la cabeza y en especial del occipital está la fusión menor movilidad hay entre las partes unidas; y no pudiendo esperarse el encaje sucesivo se debe admitir el encaje simultáneo.

El diprosopo que tiene prácticamente una cabeza

“desdoblada” posee un polo excesivamente voluminoso, y no refiriéndose a un prematuro, exige para su encaje la reducción previa por craneotomía y aun mayores por craneoclasia y basiotripsia.

Las maniobras destinadas al intento de su extracción sin reducción previa, son más fáciles cuando se presenta por su extremidad podálica, pues no sólo la tracción por los miembros inferiores inmoviliza el polo cefálico causa de la distocia y permite realizar la reducción de la cabeza con más facilidad, sino que, abierto el cráneo, la misma tracción ayuda la disminución de la cabeza. Por otra parte, sobre la cabeza última es posible intentar maniobras flexoras, de inclinación y orientación que den por resultado la extracción de aquella.

Los craneópagos por lo general se expulsan espontáneamente, pues estando adheridos por las bóvedas craneanas, descienden longitudinalmente, el uno detrás del otro, “a remolque”, sin que el aumento de una parte determinada sea causa de distocia.

OBSERVACIONES PERSONALES

Descripción del monstruo:

Las fotografías que ilustran este trabajo pertenecen a piezas teratológicas del museo del Instituto de Maternidad y Asistencia Social del Hospital Parmenio Piñero y corresponden a pacientes que he asistido personalmente o en cuyo estudio me ha tocado participar de alguna manera.

Este material de experiencia que alcanza a todos los médicos que acompañamos al profesor Victorio Monteverde desde hace muchos años, me ha permitido esbozar en sus líneas generales el diagnóstico y tratamiento de las distocias por monstruosidad fetal.

No voy a hacer el estudio anatomopatológico de las piezas que presento, pues la finalidad que persigo es exclusivamente clínica. Me limitaré, en este sentido, a

expresar lo esencial, adjuntando algunas clasificaciones que permitan al lector orientarse sobre cada una de las observaciones que transcribo.



Fig: 1. Maternidad del Hospital P. Piñero
Jefe: Prof. Monteverde,

Las publicaciones de carácter anatomopatológico de estos asuntos abundan y he creído más útil referirme a la orientación clínica expresada, puesto que el estudio de las piezas es una disciplina científica que no resuelve el problema del médico práctico. En efecto a éste úrgele conocer las artimañas del diagnóstico clínico y la conducta que debe adoptar, recurriendo a medios que bien pueden llamarse del “arte obstétrico”.

La fotografía número 1 se refiere a un hidrocefalo, nacido espontáneamente en presentación de nalgas.

La madre sana con dos hijos normales, ha tenido posteriormente un aborto espontáneo de cuatro meses y luego este hijo. Todos del mismo padre. Las pruebas serológicas han resultado negativas y el estudio de la placenta no ha revelado nada digno de mención.

Descripción del monstruo:

Feto prematuro de 8 meses, de sexo femenino, con gran desarrollo de la bóveda craneana que tiene 45 centímetros de circunferencia, cara pequeña, lo mismo que los miembros superiores e inferiores.

Examinado el cráneo, da sensación de renitencia por su contenido líquido que separa los huesos, abriendo las suturas y fontanelas. Los huesos desarticulados y flexibles se mueven casi libremente, dando la impresión de “un saco de nueces”.

Los ventrículos cerebrales, muy distendidos por el líquido, han reducido el cerebro a una capa de muy poco espesor.

Comentarios a propósito del caso:

Se han buscado prolijamente antecedentes familiares de anomalías fetales sin obtenerse comprobación alguna. Esto porque se había pensado en la posibilidad de la existencia de una tara hereditaria caracterizada por malformaciones, a propósito de lo cual tanto se ha in-

sistido, y últimamente hasta Haselhorst (1), quien también recalca el porcentaje mayor de malformaciones en ciertas familias. Refiriéndose a una estadística en la que ha estudiado los antecedentes familiares de 28 mujeres que han tenido monstruosidades, dice que de 163 nacimientos, 19 tenían anomalías, es decir el 13 %. Herrgott (2) señala la frecuencia de la idiosía entre los antecedentes.

En nuestra paciente no se han encontrado antecedentes de sífilis, tan incriminada por numerosos autores (Osiander, Haase, Rager, Gros, Lancereaux (3), Piñero (4), etc. Hoy es opinión generalizada su frecuente participación en la etiología de estas monstruosidades.

Ni el padre ni la madre padecen de tuberculosis, ni ésta tampoco ha tenido, durante la gestación, viruela u otras enfermedades infecciosas agudas. El padre es un alcoholista y el vicio se ha acentuado en los últimos tiempos.

Con respecto a la patogenia de la hidrocefalia, hay quienes sostienen que es debida a una exagerada producción de líquido céfaloraquídeo, y los hay que piensan que la reabsorción está obstruída. Entre los primeros se encuentra Martins, que habla de meningitis serosas y Piñero que da importancia a las flegmasias crónicas de la aracnoides y de los senos. Entre los del segundo grupo, Dandy y Black (5), que invocan la obliteración del agujero de Magendie; otros dificultades de la circulación en los plexos venosos.

En nuestro caso el diagnóstico se sospechó durante la gestación, por tratarse de una presentación pelviana de feto único con un polo cefálico demasiado grande y

(1) *Haselhorst*, "Zentralbl. f. Gynek.", 65; 662-669. Apr. 12, año 1941.

(2) *Herrgott Alph*, "These", 1850, cit. por *Charpentier*, p. 541.

(3) *Osiander, Haase, Rager, Gros, Lancereaux*, cit. por *Charpentier*, pág. 542.

(4) *Piñero, Carlos*, "Hidrocefalia fetal", Tesis, 1941, Bs. As.

(5) *Dandy y Black*, "An experimental and clinical study of internal hydrocephalus", J. A. M. A., Chicago, 1913, 61, pág. 2216 y 2217,

consistencia disminuída. Porque había algo de hidramnios, y la radiografía mostraba el contorno de una bóveda mayor de lo normal.

Durante el trabajo de parto, debido a que se presentaba por la pelvis, ningún signo de anomalía se pudo recoger hasta el momento de la expulsión en que la cabeza quedó retenida. Valoradas sus dimensiones por el tacto profundo, lo que aseguró el diagnóstico de hidroce-



Fig. 2. Maternidad del Hospital P. Piñero
Jefe: Prof. Monteverde

falia, se consideró que la elasticidad grande que ofrecía el ovoide cefálico permitiría su modelaje como para descender la cabeza si las tracciones se realizaban con cierta energía, sin que esto significara perjuicio para la madre. Efectivamente, se extrajo el feto sin gran trabajo.

Naturalmente en nuestro Servicio del Hospital Parmenio Piñero se ha observado gran número de hidrocefalias, ya que se asisten 3000 partos al año y las estadísticas admiten una frecuencia de 1 por cada 3000 par-

tos (Pinard cada 4500, Seche cada 5900, Lachapelle cada 2900) ; y en algunas ocasiones han originado muy serias distocias que nos obligaron a reducir la cabeza siguiendo las normas que oportunamente mencionáramos.

No me refiero sino al caso de la presente fotografía que, por no haber sido necesario reducir el cráneo, conserva los caracteres típicos de esta monstruosidad.

La fotografía número 2 se refiere a un monstruo anencéfalo, gigante de 5200 grs., que se presentó de cara y fué extraído con forceps.

La madre clínicamente sana, múltipara, tiene 5 hijos normalmente constituídos, luego tres abortos espontáneos de 3, 4 y 5 meses; reacciones serológicas negativas y al examen de la placenta nada de particular.

Descripción del monstruo:

Feto de término, de sexo femenino, gigante de 5200 grs., diámetro biacromial 16 cms., cabeza pequeña por la falta casi total de la bóveda craneana. El cuello sumamente corto hace que la cabeza parezca calzada entre los hombros. La cara tiene los globos oculares salientes, la boca entreabierta por la que aparece la lengua, las orejas son grandes e implantadas cerca del cuello; los miembros superiores e inferiores demasiado largos; abdomen prominente. Cifosis dorsal.

El examen de la cabeza muestra que faltan los huesos de la bóveda a partir del arco orbitario, participando las primeras vértebras cervicales y la primera dorsal, cuyas láminas ampliamente abiertas dejan al descubierto el canal raquídeo.

Falta el encéfalo y la parte superior de la médula, ocupando su lugar un tejido de tipo vascular y conjuntivo. Bordeando la amplia abertura se encuentran restos de una bolsa que se roto en el trabajo de parto. El feto no presenta otras anomalías .

Comentarios a propósito del caso:

El estudio del monstruo nos permite considerarlo como derencéfalo, en base a la clasificación de Isidoro Geoffrey Saint Hilaire.

Este investigador considera dos géneros: uno el derencéfalo (nuestro caso), en el que falta el encéfalo y la médula solamente en la región cervical, estando abiertos el cráneo y la parte superior del raquis (craneorraquisquisis).

El otro género es el anencéfalo propiamente dicho en el que no hay encéfalo ni médula. La fisura se extiende a todo lo largo de la columna y a veces alcanza la punta del sacro.

Ribemont Dessaignes ⁽¹⁾ llama la atención respecto del hecho que faltando el encéfalo y la médula, los nervios están perfectamente constituídos, y los raquídeos, por ejemplo, llegan hasta el agujero de conjunción. Expresa que Durante, en base a este hecho, ha combatido las ideas clásicas referentes a la constitución de los nervios y sus relaciones con los centros, impugnando la teoría de la neurona.

La patogenia de esta malformación no es aún clara. Daresté ⁽²⁾, entre otros, se refiere a la posibilidad de que la causa sean bridas amnióticas. Rabaud ha emitido la hipótesis de la meningitis intrauterina. Ziegler ⁽³⁾ piensa que puede ser la consecuencia de una agenesia o hipoplasia de las partes óseas y membranas de la bóveda craneana, debidas, bien a trastornos primitivos del desarrollo, o a causas externas que han actuado sobre el rudimento del cerebro.

Con respecto a la etiología se han mencionado las mismas causas que para la hidrocefalia. En nuestro caso, a pesar de las reacciones serológicas negativas, el an-

⁽¹⁾ *Ribemont Dessaignes*, "Iconographie Obstétricale", año 1909, pág. 110.

⁽²⁾ *Daresté* cit. por *Ribemont Dessaignes*, pág. 111.

⁽³⁾ *Ziegler, R.*, "Anatomie pathologique", 1er. tomo, pág. 739, año 1910.

tecedente de abortos espontáneos de 3, 4 y 5 meses, nos inclinaron a la posible etiología luética.

Con respecto al diagnóstico durante el embarazo, se llegó a la conclusión que se trataba de gigantismo fetal e hidramnios.

Recién en el trabajo de parto se verificó la presentación de cara, y llamó la atención la falta del signo del "golpe de hacha" a pesar de tratarse de un feto de gran tamaño.

El parto fué de evolución muy lenta y hubo que terminarlo por fatiga obstétrica de la madre, extrayéndolo con el forceps previa episiotomía bilateral. Los hombros descendieron dificultosamente, pero no se hizo necesario recurrir a la cleidotomía.

La figura número 3 se refiere a un caso análogo al anterior.

Se trata de un feto derencéfalo, de 4000 grs., de sexo femenino, expulsado espontáneamente.

Los rasgos fisonómicos muy semejantes a los del caso número 2, ponen de manifiesto el parecido que existe entre los anencéfalos.

Entre los antecedentes personales de la madre es de interés el que haya tenido, en un embarazo anterior, un hijo con labio leporino. Las reacciones serológicas fueron reiteradamente negativas.

El diagnóstico se hizo al comienzo del trabajo de parto, que fué el momento en el que concurrió al Servicio de Maternidad. El feto se presentaba con la cabeza bien flexionada y se reconocía al tacto claramente la falta de la bóveda craneana. El tacto profundo despertaba movimientos bruscos y exagerados del feto. Este se expulsa espontáneamente y muere minutos después.

La foto número 4 se refiere a un feto de siete meses. La madre, primípara, no tiene antecedentes personales o familiares de importancia. Las reacciones serológicas negativas.

Descripción del monstruo:

Constituído normalmente hasta la cadera, presenta como anomalía la fusión de los dos miembros inferiores, cubiertos hasta la articulación tibiotarsiana por la piel

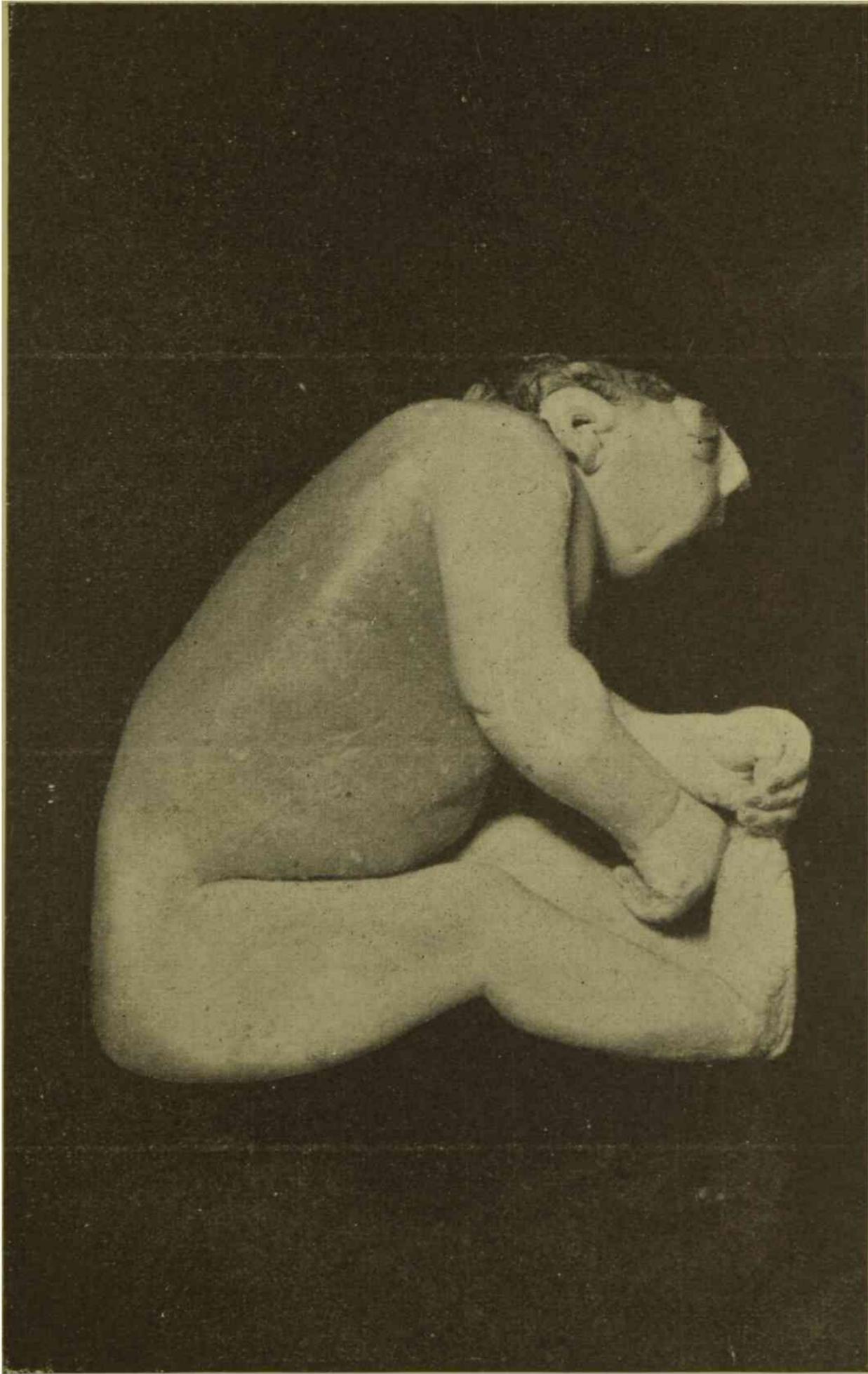


Fig. 3. — Maternidad del Hospital Piñero.
Jefe: Prof. Monteverde.

sin solución de continuidad, y en el extremo aparecen dos pies bien conformados reunidos por los talones. No se reconocen órganos genitales y orificio anal.

Se trata pues de un sympode dipode, es decir de un

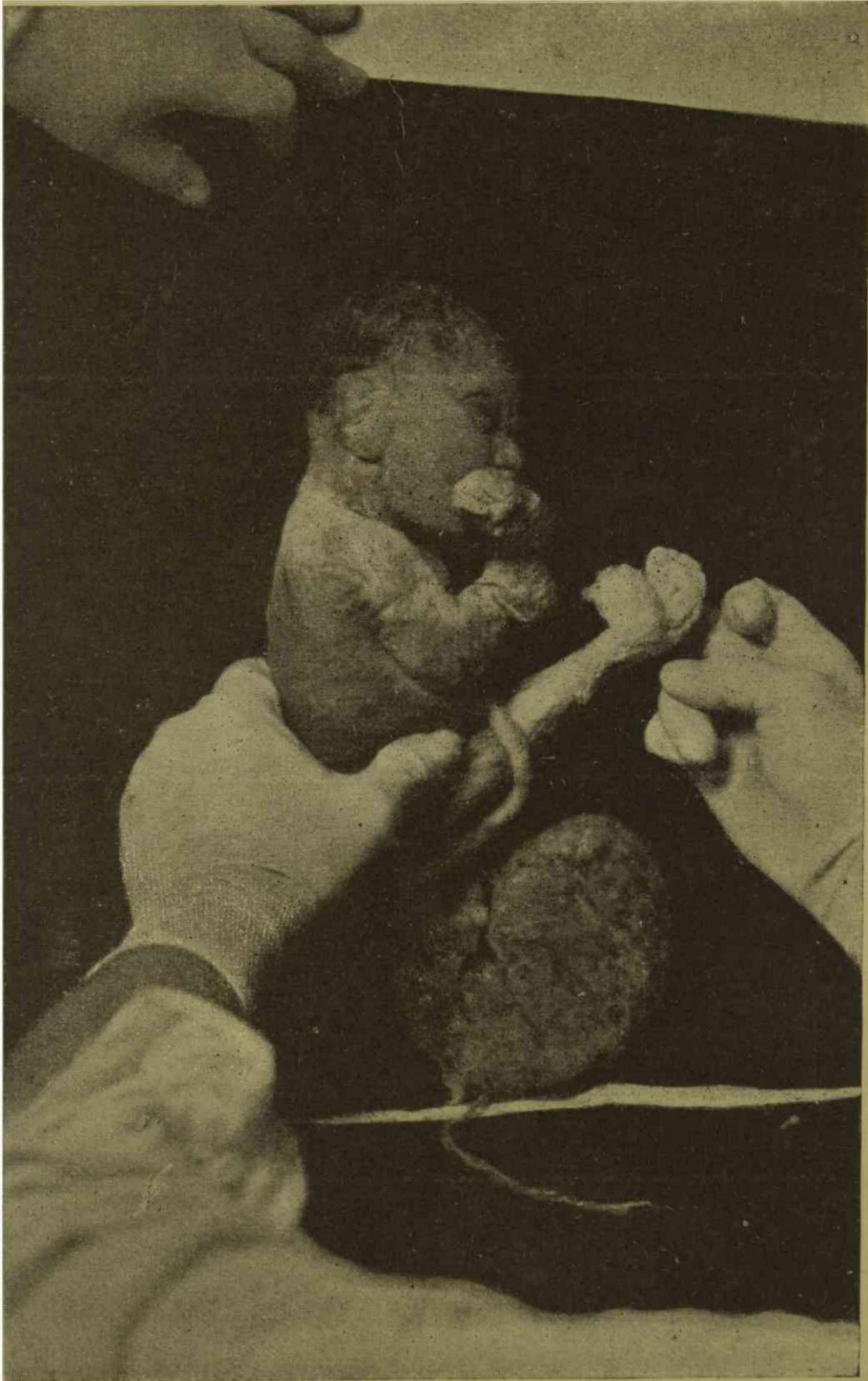


Fig. 4. — Maternidad del Hospital P. Piñero.
Jefe: Prof. Monteverde.

simelio, porque tiene por características la fusión de los miembros inferiores terminados en dos pies.

Otra variedad la constituyen los uromelos. Un ejemplo, el de la figura número 5. Los miembros unidos terminan en un solo pie.

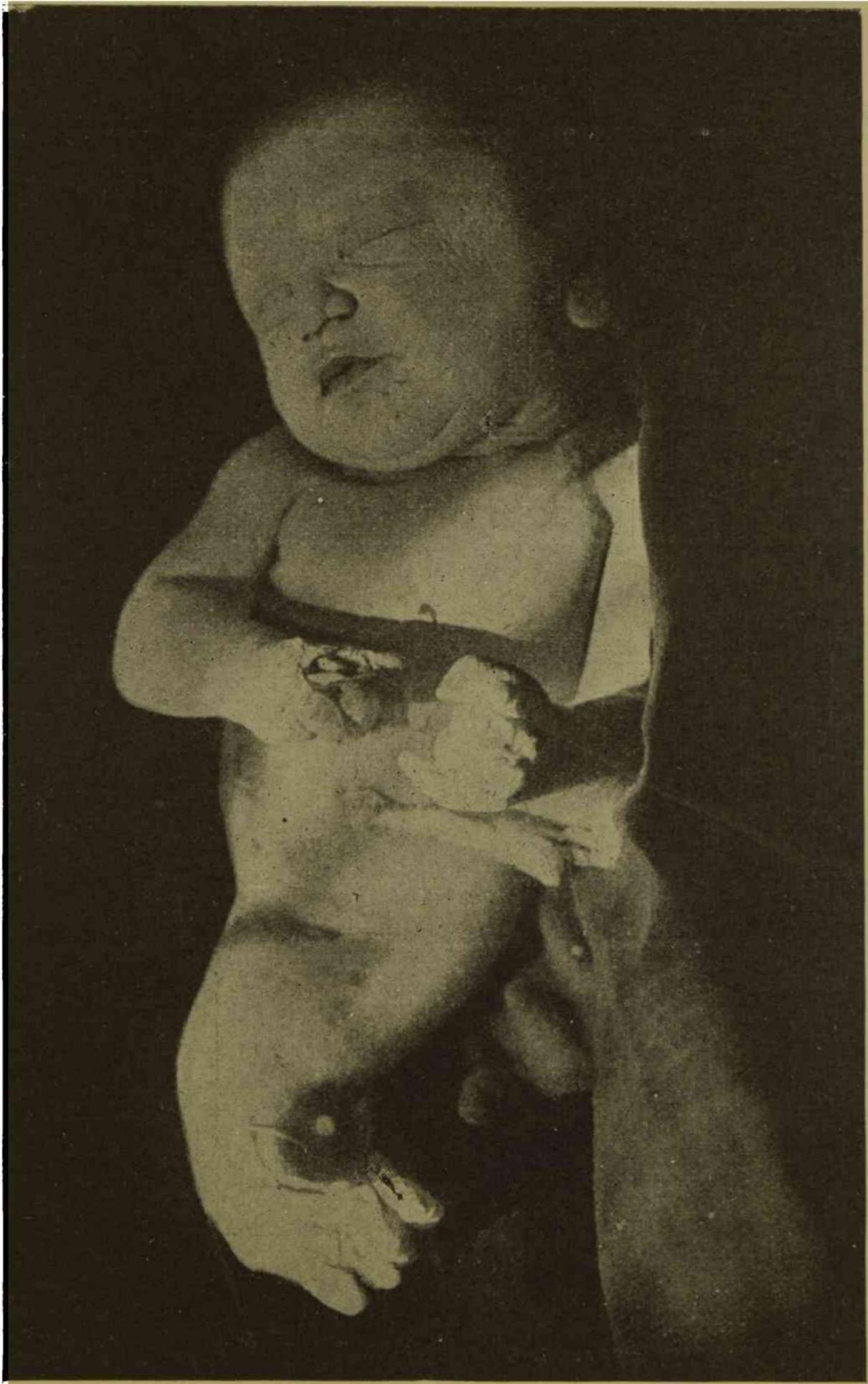


Fig. 5. — Maternidad del Hospital P. Piñero.
Jefe: Prof. Monteverde.

La tercera variedad la forman los sirenomelos, en los cuales las extremidades inferiores fusionadas terminan en una punta sin pie.

Con respecto a la patogenia de esta malformación Ziegler (1) dice: "Debe ser atribuído a un defecto primitivo de los rudimentos embrionarios de estas extremidades, a un trastorno en la segmentación ulterior y a un crecimiento incompleto de los huesos, debida a una constricción ejercida sobre ella por tractus pertenecientes a las membranas del huevo y por vueltas del cordón umbilical. Las malformaciones del sistema nervioso central pueden también acompañarse de un desarrollo incompleto de las extremidades". Cruveilhier pensaba que la fusión se debía a las contracciones uterinas. Dareste (2) es quien más hincapié hizo a propósito de la compresión del amnios. El capuchón caudal atrofiado comprimiría el extremo del embrión, dificultando su desarrollo y terminando por reunirlos en una misma envoltura de la piel.

La acción constrictora de las membranas ovulares parece probada, porque suelen presentarse en los mismos fetos tras malformaciones atribuibles a la misma causa, como ser anencefalia, excencefalia, celosomía, ectromelia etc.

Comentarios a propósito del caso:

El diagnóstico de la malformación no se hizo durante la gestación, lo que quizá hubiese sido posible de haberse realizado el examen radiográfico.

Se inició el trabajo de parto al 7º mes, presentándose por el polo pelviano como nalga incompleta modalidad de nalgas. El poco tamaño del feto facilita el encaje y expulsión, que se hace espontáneamente.

La fotografía número 5 pertenece también al museo

(1) *E. Ziegler*, "Anatomie Pathologique", Tomo I, pág. 771.

(2) *Dareste* cit. *Tarnier y Budin*, "Traité des accouchements", Tomo 2, pág. 421, año 1888, París.

de la Maternidad del Hospital P. Piñero y fué publicado por los Dres. Arcioni y Pintos Rosas (1). El sufrimiento fetal los induce a intervenir extrayendo con el forceps un feto de 3.400 grs., que hace algunas inspiraciones sin llorar y muere.



Fig. 6. — Maternidad del Hospital P. Piñero.
Jefe: Prof. Monteverde.

(1) *Oreste Arcioni y Leontina Pintos Rosas*, Archivos de la Asociación Médica Argentina del Hosp. P. Piñero, Bs. As., año 11, nº 3, pág. 243.

La autopsia revela la falta de recto y de aparato urogenital.

Se trata de un simelio, uromelo.

Las figuras números 6, 7 y 8 pertenecen a un monstruo doble, prematuro de siete meses, de sexo femenino.

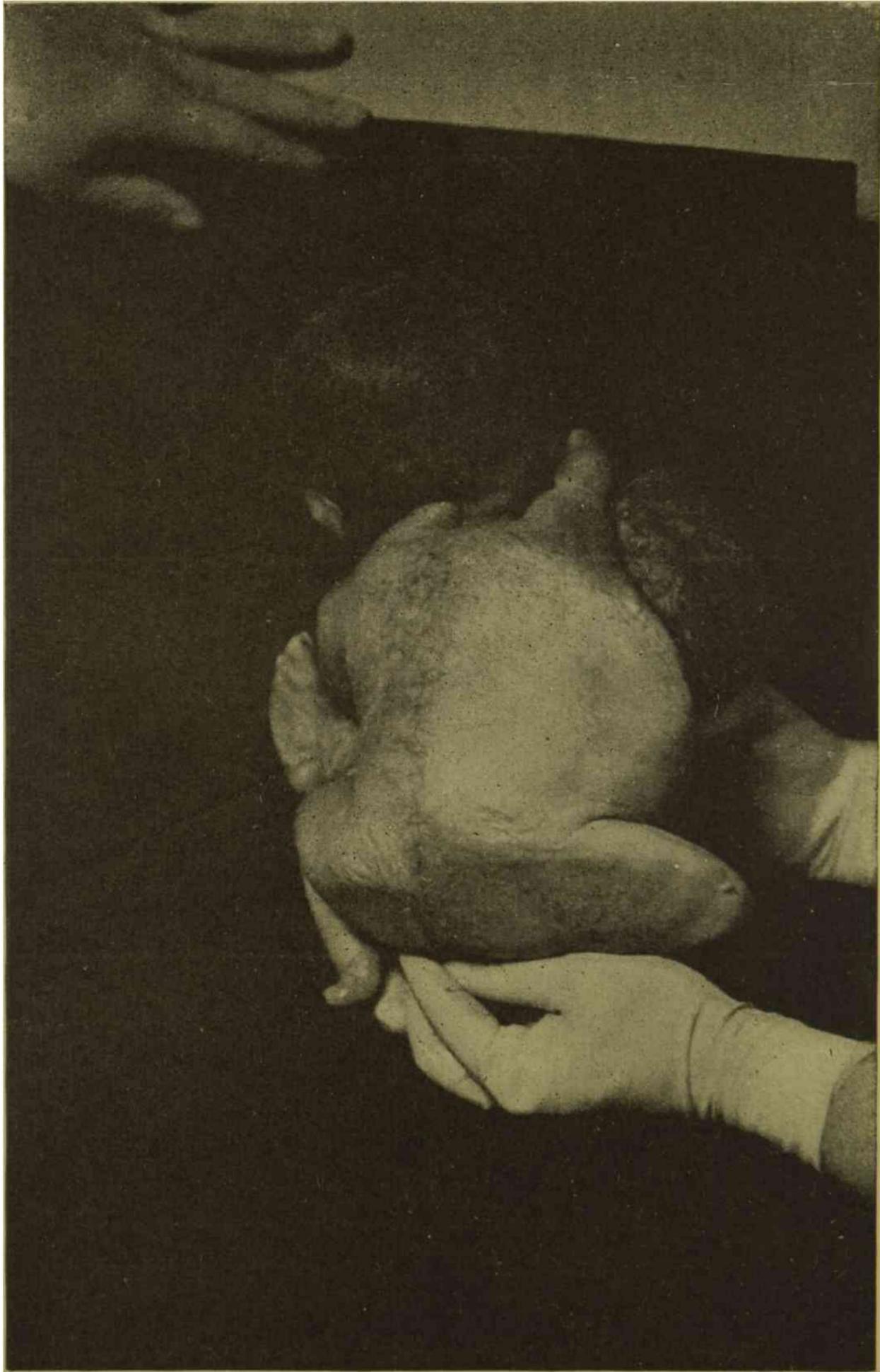


Fig. 7. — Maternidad del Hospital P. Piñero.
Jefe: Prof. Monteverde.

La madre primeriza, sin antecedentes dignos de mención. El padre dice que estando en Cuba contrajo un chancro cuya naturaleza no puede precisar.

Las reacciones serológicas del cónyuge dieron resultado negativo.

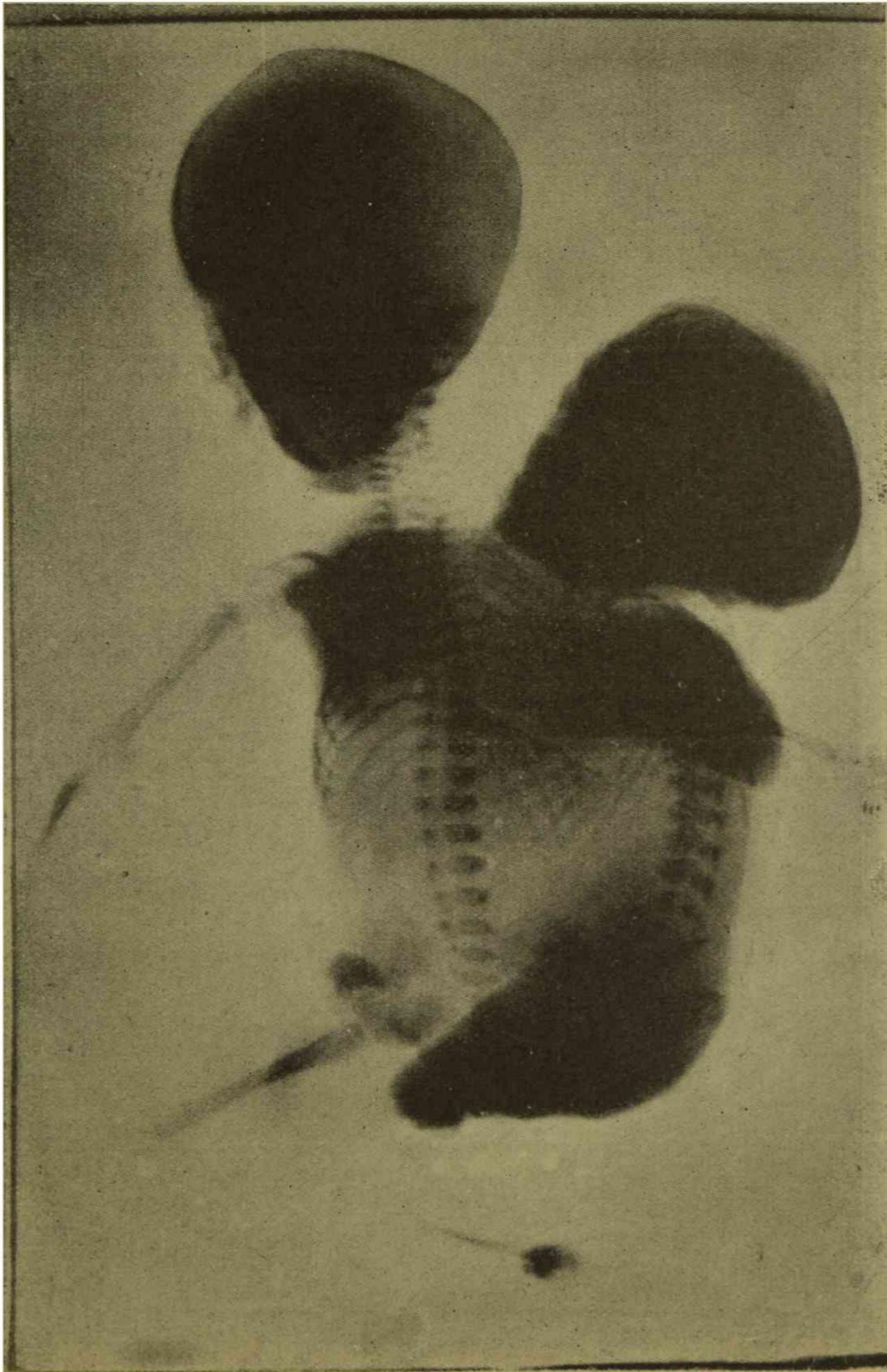


Fig. 8. — Maternidad del Hospital P. Piñero.
Jefe: Prof. Monteverde.

Con respecto al parto, el médico que lo asistió, Dr. Rodolfo Schmidt, manifiesta que el monstruo se expulsó rápidamente sin que fuese necesario su intervención.

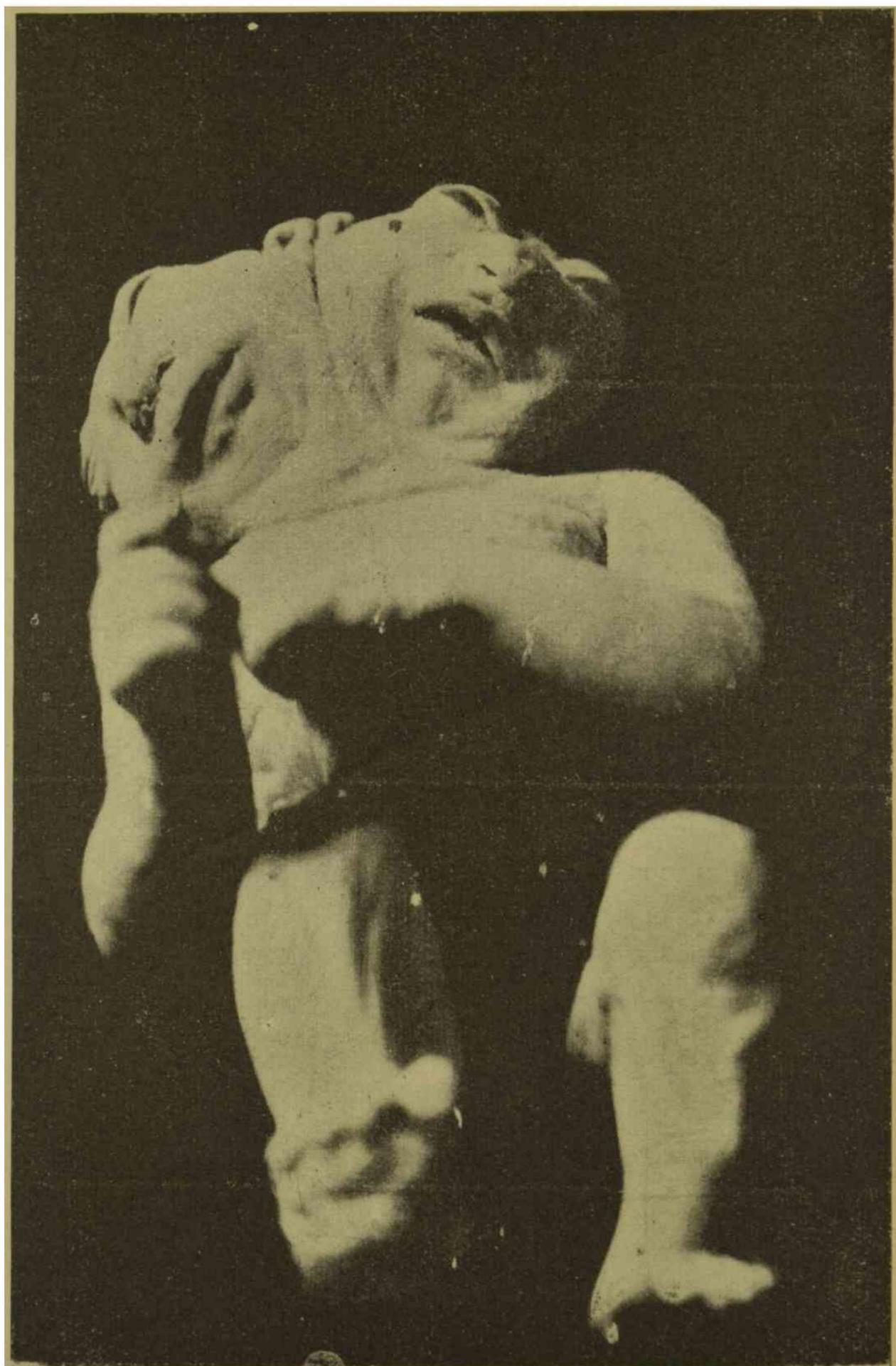


Fig. 9. — Maternidad del Hospital P. Piñero.
Jefe: Prof. Monteverde.

Descripción del monstruo:

Son dos gemelos fusionados paralelamente a todo lo largo del tronco. Las cabezas y cuellos independientes están desigualmente desarrollados. Entre ambas cabezas

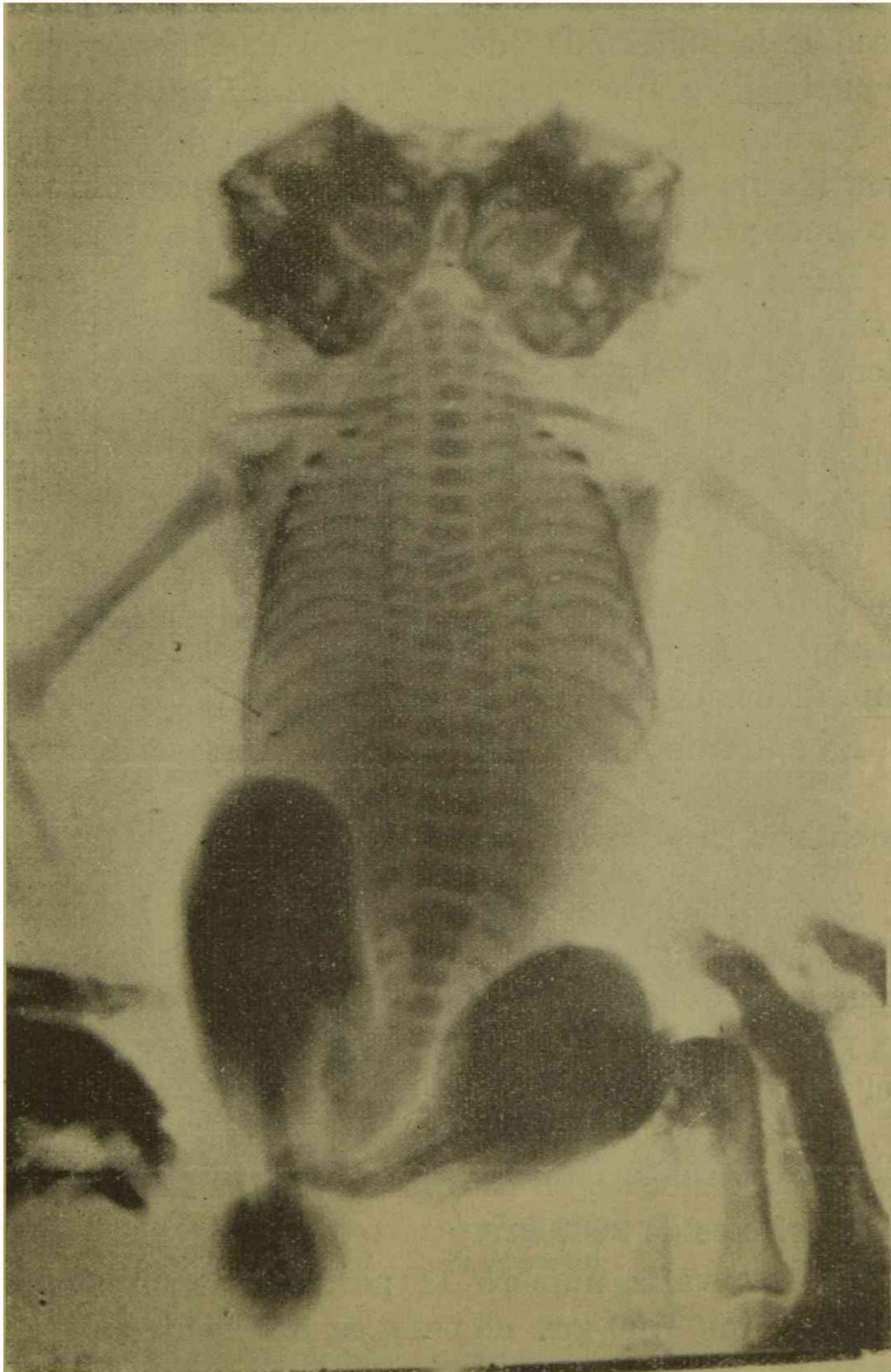


Fig. 10. — Maternidad del Hospital P. Piñero.
Jefe: Prof. Monteverde.

y por la parte posterior, se observa un rudimento de miembro superior. En los hombros libres hay dos miembros de conformación normal (tribrachius). Los polos pelvianos están íntimamente fusionados y de ellos se desprenden tres miembros inferiores bien desarrollados.

Las figuras números 9 y 10 pertenecen a una pieza del museo de la Maternidad del Hospital P. Piñero y el caso fué publicado por los Doctores Arcioni y Pintos Rosas (1).

La madre tuvo un aborto espontáneo de dos meses y el marido manifiesta haber tenido un chancro duro. Las reacciones serológicas fueron siempre negativas.

Durante el embarazo lo único que atrajo la atención ha sido la exagerada nerviosidad de la gestante y la persistencia de la presentación de nalgas.

Al octavo mes se inicia el parto, que se realiza rápidamente, expulsándose un feto de dos kilos, que no respira, y desaparecen los latidos cinco minutos después.

El monstruo pertenece a la familia de los catadídimos, pues tiene un cuerpo simple y se separa hacia arriba en dos partes. La cabeza y el cuello son dobles pero íntimamente fusionados por detrás (diprosopus).

La autopsia no revela nada digno de mencionarse.

Comentarios a propósito del caso:

Se explica la presentación de nalgas por haberse iniciado el parto antes del término normal de la gestación, y porque la cabeza “desdoblada” constituye el polo mayor del feto, y en consecuencia por razones de acomodación se aloja en el fondo del útero.

Aunque muy frecuentemente estos monstruos originan muy serias distocias, en este caso no la ha habido porque su peso sólo es de 2000 grs.

La fotografía número 11 pertenece a un monstruo excencéfalo de 2700 grs. de peso, sexo femenino.

(1) *Oreste Arcioni y Leontina Pintos Rosas*, “Archivos de la Asociación Médica del Hospital Parmenio Piñero”, pág. 242, noviembre 1936.

La madre primigesta de 26 años, no tiene antecedentes familiares ni personales de importancia.

El padre sano, tampoco tiene antecedentes de interés.

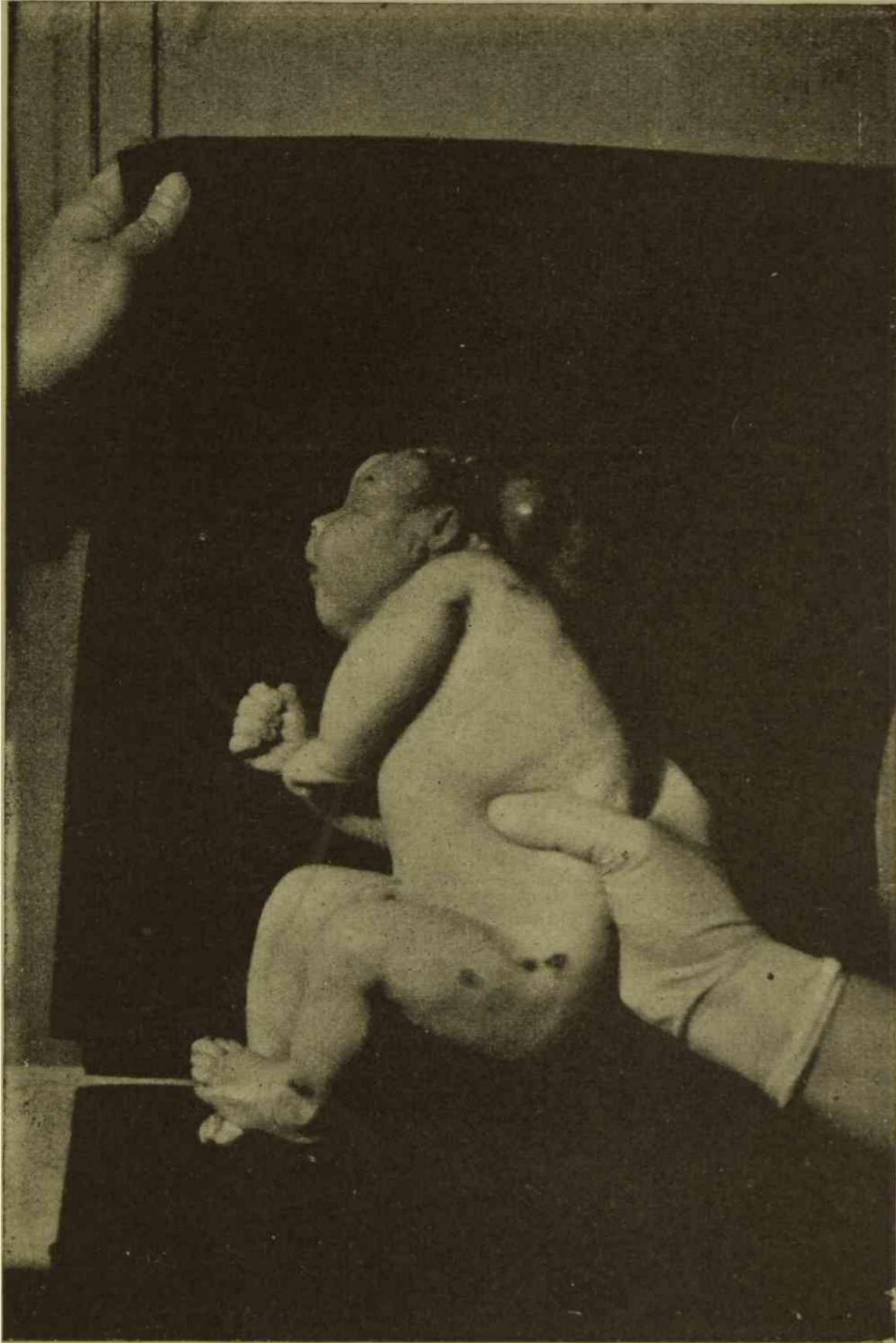


Fig. 11. — Maternidad del Hospital P. Piñero.
Jefe: Prof. Monteverde.

El embarazo se inició con mareos, náuseas y vómitos intensos, luego dolores de cintura y cefaleas. Los análisis de sangre y orina siempre fueron normales.

La enferma refiere que durante la gestación sufrió disgustos muy serios y que al promediar el octavo mes tuvo una caída violenta sobre las nalgas, que la obligó a permanecer en cama durante varios días.

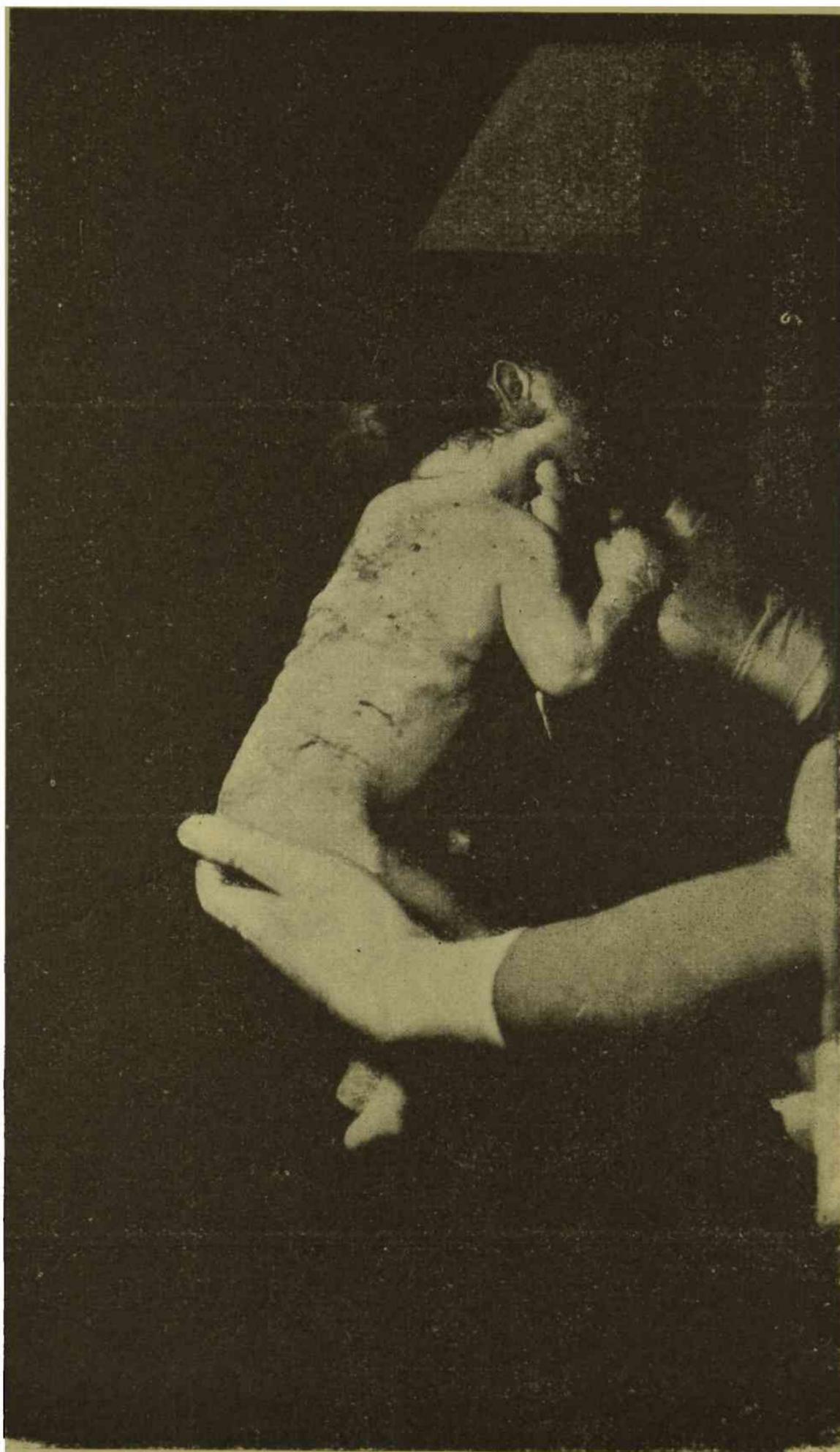


Fig. 12. — Maternidad del Hospital P. Piñero.
Jefe: Prof. Monteverde.

Durante el embarazo no concurrió a nuestro servicio, al cual recién ingresó en el trabajo de parto. Este fué rápido y espontáneo. El feto vivió 32 horas.

Descripción del monstruo:

En la parte posterior de la cabeza, sobre el occipital, tiene una tumoración fluctuante, voluminosa, de color rojo vinoso. El tumor se sesil y se comunica con la cavidad craneana por un amplio orificio. Abierto deja salir un líquido sanguinolento y substancia nerviosa. Se trata de un meningoencéfalocele.

Además presenta un colgajo cutáneo que pende del lado derecho, de una longitud de 8 centímetros.

Comentarios a propósito del caso:

Estos monstruos tienen el cerebro más o menos imperfecto y parte del cual está fuera del cráneo. Los huesos de la bóveda están mal desarrollados.

Pertenecen a los excencéfalos a los que Larger ⁽¹⁾ describe como: “tumor congénito del cráneo y de la cara, con lesiones concomitantes más o menos profundas del cerebro y del cráneo, con un asiento determinado constituido por un divertículo de grosor variable, de meninges y de cerebro, raramente de meninges solas, con o sin líquido seroso o seroide”. Spring lo atribuye a la hidrocefalia. Para Larger estaría involucrado dentro de los trastornos del desarrollo del cerebro y del cráneo. Se trataría de una diátesis malformatriz.

La figura 13 pertenece a un feto de 3000 grs. de sexo femenino, expulsado muerto.

Los padres al parecer sanos. La madre tiene seis hijos perfectamente normales. El séptimo embarazo o sea el presente, se inició con la misma sistomatología que los anteriores. No observó nada de particular durante toda la gestación. Hace 20 días comenzó a sentir dolores en la

(1) *Larger*, Arch. de Med., 1877, pág. 438.

región renal izquierda que se irradiaban hacia adelante siguiendo el trayecto ureteral. La orina turbia y rojiza, pero no efectuó su análisis. Mientras ocurrió este episodio



Fig. 13. — Maternidad del Hospital P. Piñero.
Jefe: Prof. Monteverde.

presentó hipertemia que osciló entre 38 y 40 grados. La enferma manifiesta que sintió movimientos fetales hasta cinco días antes del parto y que esos dolores le producían vivos dolores en todo el vientre. A las 18 horas del día 30 de marzo de 1943 se inicia el trabajo de parto y el feto se expulsa a las 21 horas. Como una vez desprendidas la cabeza y el tronco, el abdomen quedara retenido, fué preciso para extraerlo realizar tracciones muy enérgicas.

Descripción del monstruo:

Feto de 3000 grs., de 39 cms. de talla y sexo femenino. Cabeza de tamaño normal, sin nada de particular, cianótica. Tórax pequeño. Abdomen grande verdadero vientre de batracio.

Miembros superiores: cortos en relación al feto. Polidactilia de seis dedos en cada mano.

Miembros inferiores: Las mismas características que en los miembros superiores. Polidactilia de ocho dedos en cada pie. Ascitis de 1200 grs. líquido parduzco, sin olor.

Hígado de tamaño normal, de consistencia aumentada, abollonado.

Estómago tubular de tres cms. de largo.

Intestino delgado, recogido por su meso debajo del estómago, longitud 25 cms. Ciego situado debajo del estómago, sobre el páncreas. Intestino grueso extendiéndose en forma de tubo casi recto hasta el ano.

Bazo aumentado de tamaño, de consistencia firme, multilobulado. Páncreas agrandado, observándose un quiste en la extremidad de la cola, del tamaño de un huevo de paloma con contenido seroso.

Riñones poliquísticos de 5 cms. de largo y 4 cms. de ancho. Pelvis renal muy pequeña. Uréteres normales tanto en su forma como en su trayecto, que terminan en un tejido celular delante del útero. No hay vejiga.

Genitales nada de particular.

Pulmones nada de particular.

Corazón con una sola aurícula, dos ventrículos, el derecho mayor que el izquierdo, pero los dos pequeños.

Comentarios a propósito del caso:

Las graves malformaciones internas hacen comprender la muerte del monstruo en el claustro materno y la interrupción prematura de la gestación.

La cabeza reblandecida y de tamaño reducido efectuó el encaje y se expulsó fácilmente, no así el abdomen que detuvo la marcha espontánea del parto. La tracción enérgica del polo cefálico consiguió, gracias a la blandura y elasticidad del abdomen distendido, que éste llegue al suelo perineal y se expulse.

Si la dificultad hubiera sido mayor se hubiese resuelto con una intervención muy simple, tal es la abertura o punción del abdomen, pues en el interior de su cavidad había un líquido libre en cantidad de 1200 grs.

Entre las causas que pueden producir el aumento grande del vientre del feto, se ha mencionado la condrodistrofia. Esta enfermedad consiste en un trastorno trófico de los cartílagos, que acarrearán dificultades al desarrollo esquelético; a lo que se agrega aumento del tejido conjuntivo y adiposo subcutáneo, defectos en los pies, anasarca e hidropesía generalizada.

El monstruo que nos ocupa, no presenta aumento de los tejidos conjuntivo y adiposo subcutáneo ni trastorno del cartilaginoso. Tampoco se trata de anasarca fetal porque ésta no origina hidropesía de las cavidades.

Su aspecto tiene sin embargo alguna semejanza con el edema paradójico de Teuffel porque las extremidades no participan del edema, pero en esta observación hay además ascitis.

Myroff (1) describe el edema agudo. Aquí no participa la cara. La invasión por el bacilo aerógenes puede darle un aspecto parecido, pero la autopsia del feto y el puerperio normal demuestra que no existe tal infección.

Se ha invocado el riñón poliquístico (los hay de dos kilos) ; aneurisma de la aorta ; tumores de hígado, bazo, páncreas, testículo, etc., distensión de la vejiga por atresia de la uretra ; de los uréteres, etc.

El monstruo que describimos tiene ascitis, a la que algunos dan por causa malformaciones del corazón, del sistema de la vena porta y ausencia del conducto venoso de Arancio.

En nuestra observación, la distocia se ha producido por el exagerado volumen adquirido por el abdomen debido a la ascitis ; y en su patogenia entendemos que se debe de admitir los riñones poliquísticos encontrados en la autopsia y acaso la malformación cardíaca.

(CLASIFICACION DE SCHWALDE)

Independientes (gemelos)	A) <i>Desarrollo igual</i> (simétrico) de los dos individuos: gemini aequales	a) Con formas del cuerpo reconocibles: hemiacardius b) Con formas del cuerpo no identificables: holoacardius amorfus c) Puede faltar la porción craneal: holoacardius acephalus d) Puede faltar la porción caudal: holoacardius acormus	Total { Cephalothoracoileopagus	
	B) <i>Desarrollo desigual</i> (gemini inaequales) (acarddi)			
Unidas (duplicates)	A) Individuos de desarrollo igual (duplicitos symmetros)	A) Unión ventral 1) Plano de simetría vertical (dobles y simples)	a) Supra-umbilical b) Infraumbilical c) Supra e Infraumbilical	{ Prosotheracopagus Thoracopagus Sternopagus Xiphopagus
	B) Individuos de desarrollo desigual			

RESUME

L'auteur expose, cliniquement, le diagnostic et traitement de la dystocia par monstruosité foetal.

Il considère la nécessité et possibilité du diagnostic opportun; ce-ci améliorerait le pronostic de ces dystocias.

Il se rapporte à l'hydrocephalie, l'anencephalie, à l'hernie cérébral, à l'excessive grandeur de l'abdomen, aux tumeurs de la région sacrocoxigienne et du cou foetus les monstres doubles.

Il conseille la conduite résolutive pour chaque cas, il détaille la technique, en prodigant la foetotomie dans les monstruosités graves.

ABSTRACT

The author, exposes, clinically, the diagnostic and treatment of the dystocia by foetal monstruosity.

He considers the necessity and possibility of the convenient diagnostic that would improve the prognosis of these dystocias.

He refers to hydrocephalia, to anencephalia, to cerebral hernia, to exorbitant size of the abdomen, to tumors of sacrococcygeal region and those of the foetus neck and to double monsters.

He advises resolute conduct in every case and details the technic, squandering the foetostomy in dangerous monstrosities.