

HIDRAMNIOS AGUDO - PREÑEZ TRIGEMELAR

POR EL DOCTOR

ANGEL A. TERAN,

Director-Profesor de la Escuela de Enfermeras, Médico Asistente de la Maternidad de Quito



He creído muy interesante el relato del caso expresado a continuación, ya porque en realidad es bastante raro entre nosotros, por haberse presentado en conjunto dos anomalías y ya, en fin, por la experiencia que nos ha proporcionado para otros que pudieran presentarse.

El 13 de diciembre de 1927, fuí llamado al domicilio de la enferma, quien por el fastidioso estado en que se encontraba, y creyendo que sus complicaciones fueran pasajeras, resolvió acudir al médico para que se le dieran las indicaciones convenientes.

La enferma, de 32 años de edad, nacida en Quito y profesión quehaceres domésticos, ha tenido cuatro partos anteriores, todos niños vivos y que se conservan en buen estado de salud. Puerperios accidentados: en el primero se vió atacada de fiebre tifoidea, en el segundo de neumonía; y de hemorragia violenta que produjo síncope en el alumbramiento del tercer parto. Solamente el cuarto fue normal.

Reglas normales, desde los trece años de edad, cada cuatro semanas y de cuatro días de duración. Ausencia de cólicos uterinos.

Antecedentes familiares. — Sin importancia.

Ultimas reglas el 20 de mayo de 1927.

ESTADO DE LA ENFERMA

Seis y medio meses de ausencia de reglas. Desde el último mes y medio, ha notado un aumento tal de volumen del vientre, que no correspondía al tiempo del embarazo, y poco a poco había ocasionado una intranquilidad muy marcada y dificultándole la respiración hasta producirle en los últimos días verdaderos accesos de asfixia; estreñimiento pertinaz, poliaquiuria y sensación de peso en el vientre, impidiéndole así toda posición y la marcha normal. Cefalalgia aguda y pertinaz; anorexia y edema intenso que comenzando a nivel del ombligo se extiende a las extremidades inferiores. Genitales normales.

Vientre abalonado, sumamente tenso, y con circulación suplementaria marcada.

Pulso 110 por minuto.

Respiración 30 por minuto.

Ruidos fetales: apenas perceptibles en el punto medio del ombligo a la espina ilíaca antero-superior izquierda.

Llaman la atención las medidas siguientes:

Circunferencia a nivel del ombligo.....	114 centímetros
De la sínfisis al ombligo.....	24 „
Del ombligo a la apéndice xifoides.....	35 „
Muslo derecho en el tercio superior.....	61 „
Muslo izquierdo en el tercio superior.....	63 „

Los datos anotados me hacen considerar la gravedad de la enferma, imponiéndole por lo mismo, el inmediato ingreso a la Maternidad.

En la mañana siguiente, encontrándose ya la paciente en el pensionado de dicha casa, pensé que el tratamiento clínico daría talvez buen resultado. Al efecto prescribí a la enferma dieta hídrica, purgantes salinos y baños generales calientes, sin conseguir nada que halagare. Diez horas después del ingreso pude notar un enorme edema de los labios vulvares y de las paredes vaginales; además las dimensiones del vientre con relación al día anterior habían aumentado tres centímetros cada una y los desórdenes anotados arriba se intensificaron por momentos.

Qué procedimiento debía adoptarse?

Sabido es que cuando fracasa el movimiento clínico en los casos de hidramnios agudo, lo aconsejado es practicar punciones en la bolsa amniótica sea por vía abdominal o por vía vaginal,

sacando en sucesivas ocasiones cantidades más o menos apreciables de líquido amniótico, capaces de producir alivio a la paciente. Pero en el caso actual, existían las razones siguientes para no proceder así:

1.^a — La rapidez con que se formó el hidramnios hacía temer la casi seguridad de su reproducción, exponiendo a la enferma a una grave infección caso que las punciones hubieren sido frecuentes;

2.^a — La única vía disponible era la abdominal; pues como dijimos más arriba, paredes vaginales y vulva estaban sumamente edematosas impidiendo por tanto toda maniobra y menos aún el nacimiento de un feto por pequeño que hubiere sido, y

3.^a — El estado general de la enferma me obligaba a un tratamiento rápido e inmediato, teniendo en cuenta, sin embargo, lo peligroso que podía resultar.

Estas razones me obligan a intervenir por vía abdominal, practicando en la tarde del 16, una operación Cesárea Conservadora.

Siguiendo la técnica de costumbre se practica la laparomía hasta tener a la vista el músculo uterino, sin tratar de eventrarlo ya que toda maniobra hubiera resultado inútil dado su gran volumen. En este momento practico una punción en la muscular uterina en su tercio medio, con un trocar de regular calibre y con el objeto de que la enferma no sufra una decompresión demasiado brusca que habría podido serle muy peligrosa, mas la sorpresa fué grande al ver que el líquido amniótico circulante no llegaba a 500 gramos. Se creyó en un momento en un error de diagnóstico. Abierto el útero y rota la bolsa amniótica que se presenta a la vista, se derrama con muchísima fuerza el líquido inundando grandemente el campo operatorio. Los dos colegas ayudantes así como los señores estudiantes presentes, calculan la cantidad de líquido en 15 litros. Se entreabren las membranas y nacen dos niñas del sexo femenino. Inmediatamente se presenta a la vista una nueva bolsa amniótica, la que, abierta, da una muy pequeña cantidad de líquido (menos de 100 gramos), naciendo en este momento un tercer niño también del sexo femenino.

Inmediatamente se verifica el alumbramiento extrayéndose íntegramente el contenido uterino y eventrando el órgano que ya en este momento puede hacerse con mucha facilidad.

El estado general de la enferma no presenta alarma ninguna durante la intervención.

Después de verificar la sección de las trompas, se procede como de costumbre a saturar la pared uterina y luego las abdominales.

Año 1925-1925

Maternidad de Quito

Interno Sr.

Nombre

M. A.

Estado

Castaña

Educa

32 años

(Dirección: *Comisaría quinto*) *5000*
 (Calle: *Illas*) *56-57-58*
 (Operación: *Operación*) *280-280-4/10*

Parto

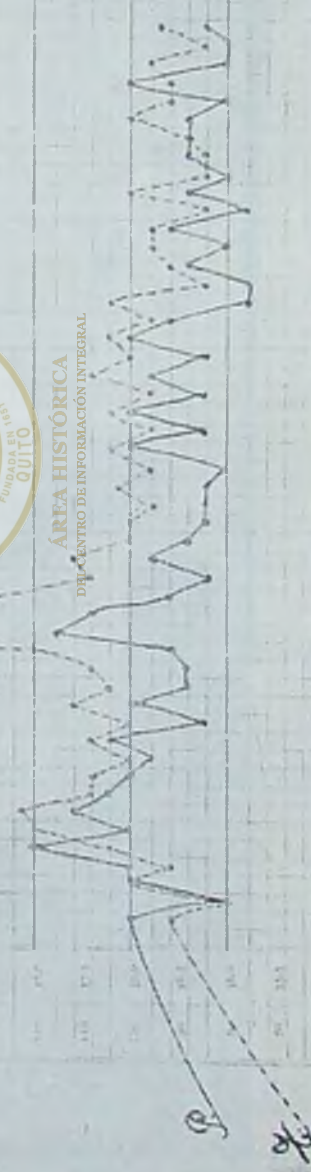
✓

Diminución
Emiso.

FECHA 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
 P. T. 1 3 5 7 9 11 13 15 17 19 21 23 25 27 29 31 1 3 5 7 9 11 13 15 17 19 21 23 25



ÁREA HISTÓRICA
 DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL



La convalecencia fué muy regular, cicatrizándose la herida por primera intención. Todo el cuadro sintomático que presentó la paciente hasta el momento de la intervención, desapareció por completo, pues al cuarto día no se notaba ni vestigio de edema, la orina fué abundante y normal, los aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo se normalizaron también completamente. Se coloca por fin una faja abdominal y se da de alta a la enferma el 8 de enero de 1928 después de 26 días de permanencia.



Fotografía de la enferma a los 15 días después de operada

NIÑOS: Los tres del sexo femenino, dos de ellas en una sólo bolsa amniótica y la tercera en cavidad independiente.

Longitud.....36.....37.....38 centímetros
Peso.....1.000.....1.250.....1.400 gramos

A pesar de haber nacido las tres niñas vivas y aún con los cuidados y buenas condiciones que nos proporciona la incubadora, la debilidad y escaso desarrollo de estas niñas no permitieron que siguieran viviendo.

PLACENTA: La placenta presentaba las características normales de preñez gemelar en una de sus modalidades:

Desarrollo de un huevo con una cavidad amniótica, un solo corion y una sola placenta, debido al desarrollo de un óvulo cuya vesícula germinativa hubiera sido doble o que correspondiera al desdoblamiento de un solo germen por acción de la penetración de dos filamentos espermáticos.

Preñez gemelar UNIVITELINA. Los niños por lo tanto fueron del mismo sexo.

Una segunda placenta correspondiente al desarrollo de un huevo normal con su cavidad amniótica y corion correspondientes.

Peso total 1.050 gramos.

Por lo expuesto, lo que salta a la vista es la falta de diagnóstico relativa a la preñez trigemelar, resultando así una sorpresa, durante la intervención, el nacimiento de tres niñas.

Nuestra Maternidad de Quito, cuenta absolutamente con todo lo necesario para cualquier intervención obstétrica, notándose el único vacío, de la falta de una instalación de Rayos X, con los que se podía establecer tantos diagnósticos difíciles o imposibles por los medios más usuales.

Como en el presente caso, hay otros en que los diagnósticos quedan sin efectuarse o se hacen a última hora, dificultando o retardando una oportuna y eficaz intervención en varias ocasiones.

Muy plausible sería que la Junta de Asistencia Pública, se propusiera dotar a la Maternidad de una pequeña instalación de Rayos X, para complemento de la buena dotación quirúrgica que posee esta sección de Beneficencia.

Quito, Febrero 4 de 1928.