

## Embarazo Gemelar complicado con Polihidramnios y Oligohidramnios

Escribe el Dr. Juan Montoya A. Jefe del  
Servicio de Obstetricia del Hospital General

**A. V.**, de 36 años, casada, de oficios domésticos y originaria de San Buenaventura, ingresó al Servicio de Obstetricia del Hospital General, el 14 de Noviembre del presente año, a que le trataran un embarazo de 7 meses y un aumento excesivo del **vientre**.

**Anamnesia Próxima.**—Hace aproximadamente 3 meses, y cuando su embarazo marchaba hasta entonces sin ninguna anomalía, nos dice la enferma, viene sintiendo un sin número de malestares, como anorexia, raquialgia, insomnio, sensación de peso en el bajo vientre, y coccigodinia; pero lo que más le molesta psíquica y físicamente, y lo que la alarmó: tanto que la hizo buscar este centro hospitalario, fue "el crecimiento excesivo del vientre", acompañado de los trastornos de comprensión consecuentes, tales como dolor en el abdomen, espalda y muslos, disnea, accesos de sofocación al acostarse, náuseas y vómitos.

**Anamnesia Lejana.**—Nació de un embarazo a término, sin complicaciones, y tuvo lactancia materna; en su infancia padeció de! Sarampión, Tos Ferina y Parasitosis intestinal. En su adolescencia sufrió de Paludismo! por espacio de varios meses. Ya en su estado adulto, dice haber sido completamente! sana y no padecer más que de algunas pirexias, posiblemente de origen palúdico.

**Anamnesia Familiar.**— No tiene padres, murieron hace muchos años; su madre tuvo 12 hijos, de los cuales sólo viven 3. Han habido partos gemelares en sus familiares.

**Antecedentes Genitales.**—Menarquia a los 12 años, tipo 30 por 3 escasa e indolora. La función catamenial se ha presentado con toda regularidad, desde su apareamiento, hasta la fecha actual, no habiendo tenido suspensiones de ella más que durante sus embarazos, de los cuales ha tenido 10; siendo de ellos 9 de término y un aborto de 4 meses. Todos los embarazos., con excepción del aborto, han evolucionado normalmente, no habiendo sufrido tampoco complicaciones de ninguna clase durante los partos; sus niños viven y fueron alimentados al seno materno.

**Antecedentes Luéticos.**— Cefalagias, artralgias, dolores osteócopos, alopesia y trastornos visuales.

**Funciones Orgánicas -Generales.**— Insomnio, un poco de anorexia, sed regular, estreñimiento, micciones frecuentes. Temperatura, 38 grados.

**Condiciones Generales de Vida.**—Trabajo rudo, alimentación mediana, fuma, no es adicta a licores espirituosos.

**Examen General.**— Talla regular, panículo adiposo y **musculatura poco desarrollada, arquitectura ósea normal, piel more-**

na obscura, muy pigmentada a nivel de la cara, brazos y piernas, mucosas pálidas, marcado edema de las piernas, muslos vulva y abdomen; expresión de la cara demacrada.

Examen de Aparatos.—Respiratorio: disnea al menor esfuerzo, sobre todo en decúbito dorsal.

Circulatorio: Pulso, 80 por minuto, igual regular poco depresible. La punta late en el 5° espacio intercostal izquierdo en la línea media clavicular. T. A. Mx. 118. Mn. 72. Digestivo.—Piezas dentarias en pésimo estado.—Urinario y Nervioso: nada de particular.

Examen Obstétrico		
Datos del Embarazo actual	<p>última regla, 15 de abril de 1945.            fecha presunta del parto, el 22 de Enero de 1946.            movimientos activos a los 4 meses.</p>	
Examen Externo del Abdomen	Inspección	<p>abdomen sumamente distendido, ombligo sobresaliente, estrias muy marcadas, extendidas por todo el vientre y cara externa de los muslos, el apéndice xifoides se ve levantado y el reborde costal ensanchado.</p>
	Mensuración	<p>altura del útero, 48 centímetros; se extiende hasta un poco por encima del reborde costal, comprobándose por la mensuración el ensanchamiento del borde inferior del tórax; la circunferencia máxima a nivel del ombligo da 112 centímetros.</p>
	Palpación	<p>vientre tenso y renitente, siendo imposible la percepción de partes fetales; los dedos a la presión dejan la fovea característica del edema, se puede comprobar la proyección hacia delante del apéndice xifoides. Se nota gran cantidad de líquido en el vientre, que no sufre desplazamientos con los cambios de posición.</p>
	Auscultación	<p>Tonos y ruidos fetales, negativos. Se perciben soplos uterinos y un glú-glú al imprimir presiones al abdomen.</p>

Examen Genital Ext.	{ vulva grande, entreabierta, humedecida por un flujo leucorreico, grandes labios edematosos y varicosos, perine con numerosas cicatrices, vestigios de antiguos desgarros, hay Cistocele y Rectocele.
Tacto Vagino-Abdominal	{ cuello borrado, dilatado completamente, bolsa de las aguas en forma de vidrio de reloj a traves de ella y al imprimir presión con la otra mano en el fondo del útero, se siente que choca en el dedo que tacta un polo cefálico, el que sube inmediatamente que ceca la presión; se puede apreciar también que la cantidad de líquido amniótico es muy grande.
Diámetros externos de la Pelvis	{ Conjugado de Baudloque. 21 cm. Biespinoso ..... 24 " Bicrestílico ..... 30 " Bitrocantérico ..... 32 "
Diá. Ext. de la Pelvis	{ Conjugado Diagonal ..... 12 cm. Conjugado Verdadero Obstétrico. 11 "

Exámenes complementarios.—Orina: densidad, 1020, ácida, ligeras trazas de albúmina, células de pus, abundante colibacilos. Heces: negativo. Recuento: G. R. 3.74.000. G., B. 7.750; Neutrófilos 68%, Linfocitos 19%, grandes Mononucleares 12%, Eosinófilos 1%, Basófilos 0%, Reacción de Kahn positiva más uno.

### Observación del Parto.

Principió la observación del parto a las diez de la mañana del día de su ingreso al servicio; para entonces la enferma lleva 20 horas de trabajo, notando en ella que las contracciones uterinas son muy suaves, poco dolorosas, irregulares y muy variables en su frecuencia y duración, pues se presenta cada veinte a treinta minutos y tienen una duración de! ocho a quince segundos. Este largo período del primer tiempo del parto, nos pone de manifiesto la inercia uterina y nos hace sospechar posibles complicaciones hemorrágicas post-partum; con el objeto de aumentar su energía, le ordeno 5 Unidades de Extracto Pituitario tópicamente.

mente en la mucosa nasal, y al cabo de diez minutos procedí a ruptura de la bolsa de las aguas por medio de un trocar y así di salida intermitentemente a un líquido claro más o menos lechoso (líquido amniótico), evaluando su cantidad en unos doce litros, sin tomar en cuenta la cantidad que se derramó; a continuación la presentación encajo en O. D. A.

En estas condiciones procedí a nuevo examen abdominal, en el que la inspección no reveló la disminución de volumen del vientre; la mensuración nos informó: sobre: altura uterina, 30 centímetros; circunferencia máxima, 90 centímetros; por la **palpación** pude apreciar: la pérdida de tensión del útero y a través del él, pude tocar el polo cefálico encajado en el estrecho superior y dos polos podálicos en el fondo de la matriz; por la auscultación percibí perfectamente un foco fetal situado en la parte media de la línea espino-umbilical derecha, con un ritmo normal y una frecuencia de 120 pulsaciones" por minuto; además, varios soplos uterinos en las partes laterales de la matriz.

Con todos estos datos pude llegar a la conclusión de que me encontraba frente *vía* EMBARAZO GEMELAR DE 7 MESES, COMPLICADO CON POIJHIDRAMNIOS CRÓNICO Y PARTO PREMATURO.

Después de la ruptura de la bolsa de las aguas y salida del líquido amniótico, la inercia uterina se acentuó a pesar de la aplicación del extracto pituitario; por este motivo ordené la aplicación intramuscular de 5 unidades más de dicha sustancia, sin lograr al cabo de 20 minutos nuestro objeto, motivo por el cual le fueron puestos al cabo de este tiempo 5 unidades más por la misma vía, observándose a los 10 minutos la reaparición de las contracciones uterinas de una manera regular y enérgica y pocos minutos después el desprendimiento del primer niño en O. D. A. a las 10. 45 a. m.

Después de la salida del primer niño, se presentó nueva inercia uterina y un poco de hemorragia, lo que le motivó la administración de nuevas cantidades de extracto pituitario, inyectando cada 10 minutos 2 unidades de dicha sustancia por vía intramuscular, y así pudimos lograr nuevas contracciones uterinas y el encajamiento del segundo niño en O. I. A. y después de la ruptura de la segunda bolsa de las aguas en donde no pudimos observar salida de líquido amniótico, se verificó el desprendimiento del segundo niño, cuarenta minutos después del primero. A continuación observamos la aparición de una hemorragia copiosa, viéndonos en la necesidad de hacer comprensión Aórtica y de inyectar extracto pituitario endovenosamente (2 u.) y al cabo de diez minutos fue expulsada la placenta cohibiéndose dicha hemorragia, para la que administramos, además, 0.20 de Ergotina por vía intramuscular.

De los niños, el primero nació vivo, muriendo 24 horas después, el segundo presentó un síncope azul, siéndonos imposible hacerlo respirar. Tomamos de ellos los datos siguientes:

<b>Sexo: Masculino</b>			
Peso del 1º, 4 libras; del 2º, 3 libras			
Longitud del 1º, 40 centímetros; del 2º, 36 centímetros.			
Prin. Diá. de cabeza	{	Occipito-frontal del ... 1º	8.5. del 2º 7
		Occipito-mentoniano del 1º	10 del 2º 9
		Biparietal del ..... 1º	7 del 2º 6.5
		Bitemporal del ..... 1º	6 del 2º 5.5
<b>Anexos</b>			
Placenta .....	completa	Peso .....	5 lb
Cordón .....	doble	Longitud .....	46 cent.
Membranas .....	completas	Estado .....	buenas

por cada 200 embarazos.

- 4º En el caso presente la cantidad de líquido amniótico era exagerada, fue evaluada en 12 litros, sin tomar en cuenta la cantidad que se derramó en la cama y el suelo; las cantidades más grandes que registran la literatura Obstétrica oscila entre 15 y 30 litros, considerándolos como casos raros.
- 5º La tardanza del período de dilatación (20 horas), y la hemorragia post-partum, consecuencia de la inercia uterina, cedió perfectamente al uso de extracto pituitario.
- 6º Considero este polihidranios come\* de origen ovular (embarazo uniovular), descartando por consiguiente su lúes como causa probable.

Noviembre 30 de 1945.