EMBARAZO TRIPLE - CONJUGADO - SUPERFETACION

Doctores: **Alberto Zabaleta Lombana, Jorge Milanés Pernett ***

¿Es posible la superfetación en la especie humana?. Sostenida por algunos pocos, es negada por la mayoría de los autores, mientras señalan su posibilidad teórica durante el curso del primer trimestre, antes de la fusión de las caducas vera y refleja.

Su existencia es inobjetable en ciertas especies como la yegua, coneja, liebre, visón, etc. que poseen normalmente maduración folicular y puesta ovular durante la gestación. Sin embargo su ocurrencia pareciera requerir de especiales condiciones, ya que el intento experimental de producirla mediante la fecundación artificial ha fracasado aun en estos mismos animales¹.

Studdiford, citado por Dexus Font², De Lee e Eastman³⁻⁴ consideran como muy dudosa la superfetación en la mujer; en tanto que Tarnier citado por Eastman y Hofmeier y Runge⁵⁻⁶ que admiten ovulaciones extemporáneas en el embarazo propugnan la superfetación como posible. Su imposibilidad estaría condicionada por

la inhibición ovulatoria como resultado de las incresiones del cuerpo lúteo y posteriormente del trofoblasto.

Ahora bien, para explicarnos casos como el que aquí comunicamos, debemos aceptar la ovulación extemporánea como un hecho e invocar la "deshicencia por el coito como en los roedores y a base de un fuerte estímulo vascular-nervioso, de un intenso orgasmo⁴, según pensamiento de Víctor Cónnil Montobbie, al referirse al coito fecundante en la última semana del ciclo genital⁷.

La comprobación de la superfetación se basaría en la presencia de dos fetos que mostraran marcada diferencia de tamaño, apariencia y desarrollo como resultado lógico de edades distintas y cuyas estructuras placentarias sanas exhiban actividad trofoblástica (Bisca y Felder⁸).

La exigencia según la cual los óvulos fecundados deben pertenecer a períodos menstruales distintos lo que daría ordinariamente un mínimo de

* Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina - Universidad de Cartagena.

28-30 días de diferencia para el huevo de superfetación, no serviría de argumento para negarla dado un tiempo menor pues que nada se opone a la posibilidad de un ciclo genital de duración más corta en el estado de embarazo (Mocquot⁹).

J. M. Verne, decidido sostenedor de la superfetación, cree que ésta puede ser posible sólo en casos de embarazo simultáneo intrauterino y ectópico, sea este último abdominal, ovárico o sobre todo tubárico¹.

La superfetación intrauterina, la única hasta ahora considerada, sí sería de ocurrencia harto dudosa por cuanto la compleja exigencia de factores de orden tisular, citológico y vascular, los requerimientos enzimáticos, las necesidades vitamínicas y el equilibrio endocrino preciso que conforman la noción de "competencia uterina", constituyen al mismo tiempo que el substratum biológico de la nidación del huevo, un delicado mecanismo de control para una segunda gestación eutópica.

J. M. Verne relata un caso de embarazo tubario bilateral cuyas estructuras placentarias, ya que no halló embriones, fueron sometidas a estudio embriológico y tenidas como pertenecientes a huevos de distintas edades, calificando el caso como superfetación. Igualmente tiene como tales las publicaciones de gestaciones simultáneas intra y extrauterina de Maury (1925), De Exes (1946) y más recientemente el caso informado por V. Bisca y Felder⁸ en 1960, pero no

respaldados con este diagnóstico por sus propios autores¹⁰.

Cerramos aquí la introducción para dar lugar a la historia de este interesante caso de triple gestación en el que concurrieron un embarazo simultáneo tubario derecho e intrauterino y un segundo tubario izquierdo; por lo que proponemos llamarlo "embarazo conjugado".

Se trata de una paciente de raza mestiza, de 38 años. G5. P3 A1. Menarquía a los 14 años. Vida marital a los 32. Ciclo 3/30, siempre normales. Último embarazo hace 20 meses, a término. Dos últimas reglas: Nov. 12-15, 1962 y Dic. 14-17, 1962. Después de una ausencia de tres meses regresa el marido el 21 de diciembre de 1962, iniciándose contactos sexuales casi a diario, hasta el 8 de enero de 1963, cuando se aleja nuevamente hasta mayo de 1963.

Esta paciente es sometida a laparotomía por embarazo ectópico roto el 19 de marzo de 1962 con los hallazgos que son motivo de esta presentación.

Curso clínico del embarazo. Análisis

Si tomamos en cuenta sus ciclos menstruales de 3/30 y la ocurrencia de sus dos últimas menstruaciones, podemos fijar la fecha probable de ovulación entre el 27 y el 29 de diciembre de 1962. Habiendo iniciado coitos a partir del 21 de diciembre, podemos igualmente considerar como fechas posibles de fecundación

las comprendidas entre este día y el 29 de diciembre —más o menos— para el embarazo simultáneo tubario derecho e intrauterino.

Alrededor del 4-5 de enero de 1963 se inician mareos y vómitos, refiriéndose a ellos la paciente como más intensos que en los embarazos anteriores. Posteriormente aqueja dolores en el abdomen inferior. En enero 25, en proximidades del mes de verificada la fecundación gemelar, los dolores adquieren el tipo cólico, acompañándose de pujo y tenesmo rectal, por lo que es llevada al hospital de emergencia y a donde regresa en enero 30 al continuar la misma sintomatología (Historia: 55-413). Se registra tensión arterial 90 x 60, pulso 80, dolor a la palpación de hipogastrio y en ambas fosas ilíacas así como a la movilización del cuello uterino. No hay sangre vaginal. Se ha señalado la falta de metrorragia en estos accidentes como síntoma importante en los casos de gestación ecto-eutópica (Horno-Liria, citado por Cónnil Montobbio).

Este cuadro sintomático es debido indudablemente a la lesión de la trompa derecha y a las pequeñas pérdidas hemáticas que irritan el peritoneo del fondo de Douglas como resultado de la acción erosiva del trofoblasto, la que sin embargo, no lleva a la rotura dramática de la trompa. Tan sólo opera la dehiscencia de su pared y al no interesar vaso alguno de importancia hace escasa la hemorragia, constituyéndose el cuadro que

Parkers denomina muy significativamente "embarazo ectópico crónico"¹¹.

Verificados los últimos coitos en los días 7-8 de enero de 1963, si descontamos la existencia de relaciones sexuales extra-conyugales, podemos considerar estos días como fecha de fecundación de la segunda gestación ectópica, es decir, la tubaria izquierda; volviendo a recalcar el concepto ya anotado de Cónnil Montobbio, la "dehiscencia ovular por coito".

En febrero 27 regresa a la consulta por dolores en hipogastrio y metrorragia con pequeños coágulos. Se diagnostica embarazo intrauterino amenazado de aborto, indicándose reposo. En esta ocasión, cerca de los 45 a 49 días (enero 7 a febrero 27) probables de la segunda fecundación, tubaria izquierda, se establecen nuevamente los elementos sintomáticos de la lesión sin cataclismo, similar a la anterior, en esta trompa y tenidos como amenaza de aborto al ignorarse la preñez ectópica, cosa por lo demás frecuente.

El cuadro disminuye algunos días en altura clínica, exacerbándose entre el 15 y 17 de marzo para hacer crisis el día 19. El 17 hubo ictus doloroso hipogástrico acompañado de mareos, tenesmo vesical y rectal y deposiciones semilíquidas.

Llega al servicio de maternidad el 19 de marzo en las horas de la mañana con abdomen agudo por hemorragia interna. Está pálida, inquieta, color ligeramente azafranado en las regiones palmar y plantar. Tensión arte-

rial 70 x 45, pulso 100 al minuto. Presencia de onda líquida abdominal. Tumoración uterina, mediana de 12 cms de altura por encima del pubis. Blomberg lateral y contralateral positivos. No hay sangre por genitales externos. Cuello uterino cerrado, notablemente reblandecido y situado por detrás del pubis. Douglas doloroso, abombado. Por punción del mismo se extraen unos 10 cms. de líquido ligeramente citrino que hizo anotar la posibilidad de tratarse de la bolsa amniótica de un embarazo tubario no roto. Sin embargo, con la impresión clínica de embarazo ectópico roto, fue intervenida de urgencia en presencia nuestra, por los doctores Domingo Palencia y Manuel Padilla, residentes del servicio.

Hallazgos quirúrgicos

Hemoperitoneo abundante con coágulos. Trompa izquierda rota, sangrante, portadora de una tumoración de aproximadamente 6 cms de diámetro, de forma ovalada en la región ampular con comprometimiento ovárico. Se practicó salpingo-ovariectomía. El útero aumentado de tamaño como 15 cms se consideró anidando un embarazo ectópico. Al revisar anexo derecho se palpa intacta una bolsa líquida que se rompe al tratar de desprenderla de los planos vecinos; liberándose un feto cuyo cordón umbilical se rompe igualmente al extraerlo. Se practicó salpingectomía. Esta bolsa amniótica corresponde a la puncionada por nosotros a través del Douglas.

El feto es de sexo masculino, de 12 cms de longitud total y 9 cms de la cabeza a las nalgas.

Examinada la trompa izquierda encontramos una tumoración del tamaño anotado anteriormente en la región ampular y cuya pared deshecha en parte está recubierta por coágulos. Eliminados estos, aparece intacta una bolsa de contenido líquido, claro observándose por transparencia un embrión. Con la impresión de embarazo triple y superfetación, se incinde la bolsa amniótica; poniendo de presente un embrión de unos 2.3 cms de longitud-cabeza-sacro y de aspecto físico normal, ligado a su estructura placentaria por el cordón umbilical de aproximadamente 2 cms de largo.

A las 3.30 p.m. del día 22 de marzo, la paciente expulsa por genitales externos un feto femenino de 11 cms de longitud, con características físicas normales y similar al del embarazo tubario derecho. El alumbramiento se produjo mediante dextrosa potocinada a las 7 p. m.

Hallazgos histológicos

El Departamento de Patología informó lo siguiente:

Caso N° 16564-63. *Especimen placentario intrauterino*. Los cortes muestran *tejido placentario constituido por vellosidades coriales abundantes*, algunas de ellas necróticas, apreciándose

se en algunos sitios extensas zonas hemorrágicas.

Especímen tubario derecho. Los cortes muestran las paredes de la trompa uterina marcadamente engrosadas con abundantes vasos sanguíneos de paredes gruesas e ingurgitadas. Los pliegues de la mucosa son abundantes, revestidos por epitelio columnar y entre cuyo estroma poco denso se aprecian algunas vellosidades coriales. *Otros cortes muestran tejido placentario constituido por abundantes vellosidades coriales bien desa-*

rrrolladas en su mayoría y otras necróticas.

Especímen tuborio izquierdo. Los cortes muestran las paredes de la trompa uterina marcadamente engrosadas lo mismo que las paredes de los vasos. Estos se encuentran ingurgitados. *Las vellosidades se muestran ligeramente edematosas* lo mismo que los pliegues mucosos. En uno de los cortes se identifica un cuerpo amarillo con centro hemorrágico.

Nota: El subrayado es nuestro.

CUADRO 1

Resumimos en el cuadro 1 las características clínicas de este embarazo.

Calendario	Síntomas	Accidentes tubáricos	Ovulación fecundación	Calendario
Nov. 12-15/62	Regla normal			
Dic. 14-17/62	Última regla.			
			Puesta ovular Fecundación gemenar: tubario derecho e intrauterino (simultáneo).	Dic. 21-28 1962.
Ene. 4-5/63	Primeros signos de presunción: mareos, vómitos. Embarazo simultáneo.			
			Puesta ovular por coito. Fecundación tubaria izquierda (?).	Enero 7-8 1963 (?)
Ene. 25-30/63	Cólicos abdominales. Pujo. Tenesmo.	Dehiscencia - trompa derecha.	Puesta ovular y fecundación tubaria izquierda por coito extraconyugal.	Ene. 20-28 1963
<u>Embarazo tubario derecho crónico</u>				
Feb. 27/63	Dolores hipogástricos. Metrorragia.	Lesión de trompa izquierda por acción trofoblástica.		
Mzo. 17-19/63	Hemorragia intra-abdominal.	Ruptura de trompa izquierda. Intervención quirúrgica.		

Discusión

Estamos ante un caso de superfetación cuyo argumento básico lo constituye la existencia de dos fetos con una amplia diferencia en sus grados de desarrollo: el correspondiente a la trompa izquierda todavía en la etapa embrionaria en tanto que sus vecinos de trompa derecha y útero han alcanzado ya el estado fetal. Estos fetos que llenan los requisitos solicitados por Bisca y Felder¹² para considerar un caso como de superfetación, presentan además condiciones físicas de normalidad macroscópica: cuerpos de aspecto saludable, de tejidos con vida, sacos amnióticos intactos con líquido de características normales indicando el estado de conservación de sus placentas que la actividad metabólica aún tenía lugar a pesar de los accidentes que determinaron la intervención.

¿Qué otro razonamiento válido puede explicar tamaña desigualdad entre estos fetos sino su acentuada diferencia de edades?

Por una parte el embrión ectópico izquierdo con 2.3 cms de longitud —cabeza-sacro— presenta tejidos de aspecto vivo, cabeza relativamente voluminosa en la cual se distinguen grandes ojos, simulacros de nariz y boca alcanzando con el cuello que ya la separa del tórax y abdomen, un centímetro. La longitud restante está integrada por estos dos últimos segmentos en los que se implantan cuatro esbozos de extremidades con sus

yemas digitales en las correspondientes a las superiores.

Microscópicamente normal y saludable, este embrión desde el punto de vista somático está alcanzando las 8 semanas de gestación¹³⁻¹⁴ lo que establece la fecundación de este huevo, mejor dicho la superfetación, en los días comprendidos entre enero 20 al 28; precisamente por las mismas fechas en que se hacía patente la lesión de la trompa (ver cuadro sinóptico).

De otro lado, los dos fetos tubario derecho e intrauterino que constituyen el embarazo simultáneo, presentan signos físicos de vitalidad que no requieren comentario en cuanto a su estado general, con la salvedad hecha de su mala conservación en alcohol.

El feto tubario derecho tiene una longitud cabeza-sacro de 9 cms y un peso de 30 gramos para unas 11-12 semanas de gestación a partir de las probables fechas del coito fecundante (diciembre 21 a 28 de 1962) exactamente 13 semanas contadas desde el primer día de la última menstruación (diciembre 14 de 1962). De esta manera, tendríamos una diferencia mínima de edades de 3 semanas, según fecha de última regla, si descartamos la posibilidad de coitos extraconyugales y aceptamos la fecundación del tubario izquierdo para los días 7-8 de enero de 1963, últimos

contactos sexuales con el marido, según relata la paciente.

Pensaríamos entonces que se trata de una superfecundación, conjetura ésta desmentida por el aspecto general y notable desigualdad de tamaño de los fetos.

No obstante, la interpretación de una superfetación del huevo ampullar izquierdo, aun cuando la diferencia de edades sea menor que la duración de un ciclo menstrual, se respaldaría teóricamente por la hipótesis de ciclos ovulatorios anormalmente cortos en el curso del estado grávido.

Ahora bien, garantizada por su aspecto somático en 8 semanas la edad del embrión tubario izquierdo, su fecundación corresponde al intervalo enero 20-28 de 1963 (coitos extraconyugales); siendo por tanto la desigualdad de edades de 3 semanas mínimo; desde diciembre 14 de 1962 —fecha de última regla—, a marzo

17-19 de 1963, cuando fue intervenida, asegurándose sin lugar a dudas la superfetación, como de ello dan fe los mismos fetos y las condiciones de vitalidad de sus anexos.

Resumen

Presentamos un caso de embarazo triple que proponemos denominar "conjugado": ectópico tubario bilateral e intrauterino, único hasta ahora relatado pues que no encontramos ocurrencia igual en la bibliografía consultada en el Index Medicus hasta la edición de diciembre de 1962.

Como corolario que constituye en verdad el motivo de esta comunicación, está el hecho de la superfetación del huevo tubario izquierdo permitiéndonos tal afirmación las características físicas de los fetos, su aspecto saludable y las condiciones de vitalidad de sus anexos.

BIBLIOGRAFIA

1. VERNE J. M.: Grossesse Tubaire et Superfétation. La Superfétation sera extra-utérine ou ne sera pas. **Sem. des Hop.** Nº 25-19/4. Pág. 1.163, abril 1961.
2. DEXEUS FONT-DEXEUS TRIAS DE GES J. M.: **Tratado de Obstetricia.** Pág. 503. Seg. Ed. Salvat Edit. S. A. Barcelona-Madrid. 1957.
3. DE LEE - GREENHILL: **Principios y Práctica de Obstetricia.** Seg. Ed. en castellano, por Oscar G. Carrera. Págs. 49-50. Edit. Uteha, Méico. 1955.
4. EASTMAN N. J.: **Obstetricia** de Williams. Tercera Ed. Uteha. 1953.
5. EASTMAN N. J.: Opus cit.
6. CONNIL MONTOBBIO V.: **Tratado de Ginecología y de Técnica Quirúrgica Ginecológica.** Seg. Ed. Pág. 690. Sdit. Labor. Barcelona. 1950.
7. CONNIL MONTOBBIO V. Op. cit. Pág. 162.
8. BISCA B. V. and FELDER M. E.: Coexistent Interstitial and Intrauterine Pregnancy Following Homolateral Salpingoophorectomy. **Amer. J. Obst. Gyn.** Vol. 19 Nº 1. Jan. Pags. 263-265. 1950.
9. MOCQUOT: Citado por Verne J. M. Op. cit.
10. VERNE J. M.: Op. cit.
11. NOVAK E. R. and WOODRUFF J. D.: **Ginecologic and Obstetric Patology.** Fifth Ed. Pág. 647. Edit. W. B. Saunders Co. Philadelphia. 1962.
12. BISCA B. B. and PELDER M. E.: Op. cit.
13. HAWLEY PARMELEE: **El Recién Nacido.** Versión castellana por César E. Sallares Dillon. Pág. 23. Suescun-Barcelona Editores. 1953.
14. DE LEE - GREENHILL. Op. cit. Pág. 1.291.