

une la de la localización en el estómago, se comprende que presentamos una neoplasia gástrica que casi nos atreveríamos a aventurar que puede que nunca haya sido vista.

Sabido es que los más frecuentes tumores del estómago son los adenomas, leio-miomas y los corrientemente llamados neuro-fibromas. Cosa curiosa es que los tres tienden a experimentar la transformación maligna, que hace aconsejable la gastrectomía amplia. Esta transformación maligna ya se comprobó en el caso de mioma gástrico, que uno de nosotros publicó con JIMÉNEZ-DÍAZ y con LARA<sup>6</sup>.

En los estudios de conjunto, otros tumores benignos son mucho más raros en el estómago, y los angiomas, que por cierto pueden ocasionar hemorragias mortales, cosa que se comprende, son excepciones extraordinarias. BOREMANN<sup>2</sup>, en 1926, habla sólo de dos casos seguros. BOKKUS<sup>1</sup>, refiriéndose a la serie de EUSTERMANN, de 176 casos sólo encuentra 6, el mismo número que de fibromas puros. Repasados los últimos tomos, hasta 1943 inclusive, del "Quarterly Accumulative Index Medicus", no se ha encontrado ninguna referencia buscando en endoteliomas y hemangio-endoteliomas de estómago. En los "Kongress und Zentralblatt für Innere Medizin" de los diez últimos años, sólo hay escasos angiomas gástricos, que no llegan a 10 (algunos con calcoforitos que dan imágenes características a los rayos X. Hemangio-endoteliomas, ninguno. Como curiosidad, diremos que en esta última revista hemos hallado referencia de un reticuloma (de los 7 únicos casos conocidos), tres plasmocitomas observados por el mismo autor (PELAGATTI) en el mismo año y un simpático-blastoma. Todos gástricos.

#### RESUMEN

Se presenta, por su rareza extrema, un caso de hemangio-endotelioma de estómago, operado con éxito, y el estudio de la pieza, señalando la conveniencia de que se generalice la desmembración del caótico grupo de los endoteliomas, estudiando por separado y con especial nomenclatura la biología y estructura de cada uno de sus componentes.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 BOKKUS.—Gastro-Enterology. T. 1, Edit. W. B. Saunders Co., Filadelfia, 1943.
- 2 BOREMANN, R.—Handbuch der spez. Path. Anat. und Histol., Henke Lubarsch. T. IV, 1.ª parte, Edit. J. Springer, Berlin, 1926.
- 3 BOYD, W.—The Pathology of Internal Diseases, 3.ª ed., Edit. Lea & Febiger, Filadelfia, 1943.
- 4 LUBARSCH, O.—Handbuch der spez. Path. Anat. und Histol., Henke Lubarsch. T. IV, 1.ª parte, 1925.
- 5 HERNANDO, T.—Rev. esp. enf. Ap. Dig. y Nutr., 1, 1945.
- 6 JIMÉNEZ DÍAZ, C. MORALES PLEGUEZUELO, M. y LARA, L. DE. Rev. Clin. Esp., 13, 346, 1934.
- 7 MORALES PLEGUEZUELO, M.—Medicina, 5, 10, 1933.
- 8 MUIR, —Text-Book of Path., 5.ª ed. Edit. E. Arnold & Co., Londres, 1941.
- 9 URTUBAY, —Los tumores, Edit. Cientif. Med. Barcelona, 1936.

## SOBRE UN CASO DE EMBARAZO EN UTERO Y VAGINA DOBLES TERMINADO POR CESAREA Y EXTIRPACION DEL HEMIUTERO GESTANTE

P. SANTISTEBAN

(Bilbao)

Presentamos un caso que, más que por su enseñanza, tiene interés por su curiosidad y rareza:

Se trata de una primigesta de veintisiete años, que ingresa con dolores de parto a las seis de la tarde del 8 de agosto; han empezado los dolores al mediodía, siendo más fuertes desde las tres de la tarde. Última regla, 29 de noviembre, tipo 3/30; cantidad moderada y sin dolores. Presenta unas contracciones muy dolorosas y continuas, y hay, a unos tres traveses de dedo por debajo del ombligo, un relieve, que es el anillo de BANDL contraído.

Por palpación se observa: Embarazo a término; presentación de nalgas completa con dorso a la izquierda; nalgas enclavadas. La auscultación es negativa. La pelvis es normal, siendo sus diámetros externos 23, 27, 31, 19,5 cm. Por tacto, que resulta doloroso, se encuentra un cuello muy alto, apenas asequible, y todavía sin terminar de borrar, sale líquido amniótico por vulva.

Los dolores continúan muy seguidos y sin que la pausa entre ellos sea completa. El anillo de BANDL continúa distendido, y la parturiente muy intranquila y molesta, por lo que se administran 2 cm. de morfina; pero los dolores y las molestias de la paciente continúan casi iguales.

Extrañado por estos dolores y la falta de dilatación, llamamos en consulta a un compañero, el que diagnóstica: Presentación de nalgas completa, dorso izquierdo, y auscultación también negativa; pero por tacto encuentra dilatación de unos 5 cm. y bolsa rota; ve el caso muy claro y propone, para que cedan los dolores, la administración de morfina o Espasmopaver, creyendo que de madrugada podría parir espontáneamente o, a lo más, y como parece que el feto está muerto, hacer una extracción manual.

La parturiente pasa toda la noche muy intranquila y con dolores fuertes; pero a la madrugada, con una nueva inyección de Espasmopaver, cedan los dolores.

A las diez de la mañana, por nuevo tacto, se encuentra lo mismo que la primera vez, es decir: cuello sin borrar y muy alto. Espero tres horas, y ya, no sabiendo qué pensar de este caso por las discrepancias de los tactos, llamo a consulta a un nuevo tocólogo, que diagnóstica lo mismo que yo, por lo que creemos que se trata de una atresia de cuello, y, dados los dolores y el estado del anillo de BANDL, se cree necesario terminar el parto por vía alta. La parturiente está con 38,1 de temperatura, 86 pulsaciones y muy intranquila.

Con anestesia raquídea practico una cesárea, y al abrir el abdomen me encuentro con un útero muy alargado y de paredes muy finas; se despegan el peritoneo del segmento inferior, haciendo incisión transversal; pero al abrir el útero sale pus; extraigo el feto, que está de nalgas completas y con una circular del cordón alrededor del cuello; nada más seccionar el cordón, el feto comienza a llorar, a pesar de que todas las veces que se había auscultado no se oían los latidos, aunque una de las veces dijo la mujer que había sentido moverse el feto.

En el momento de la extracción del feto, hay un desgarramiento de la incisión transversal que se va hacia la parte posterior por el lado izquierdo, y al ir a suturar me encuentro con un "bulto", que resulta ser el útero con su trompa y ovario, no habiendo más que otra trompa y otro ovario en el hemiútero gestante; el hemiútero no gestante sería del tamaño de un útero gestante

de unos dos meses, y, salvo la falta del ovario y trompa, es de aspecto y forma normal; los dos úteros están separados hasta muy abajo, por lo que creo que es un caso de embarazo en un cuerno accesorio, o bien un útero bicornue, sin acordarme entonces del resultado tan distinto de los tactos.

Hago una histerectomía del hemiútero gestante, y después de peritonizar la región, dejo un tubo con una gasa por el pus que había salido.

Los tres primeros días del puerperio son muy buenos, pero al tercer día aparece temperatura de 38 grados

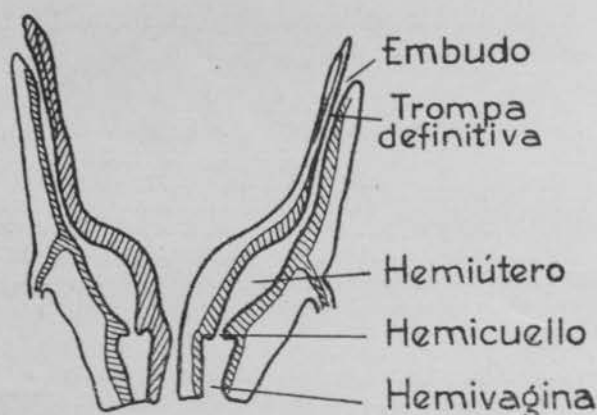


Fig. 1.—Según W. FELIX.

por la tarde; se quita el drenaje, que sale limpio, y se le administran sulfamidas, descendiendo la temperatura; pero al sexto día vuelve a aparecer la temperatura, acompañada de un loquío feo y de mal olor; se le dan unos lavados vaginales, en la cama, durante tres días; al noveno día tiene una elevación de temperatura hasta 38,9, continuando la expulsión de estos loquios; entonces, al explorarla en el sillón de BUMM y al meter el espéculo, se ve un tabique que separa dos vaginas: este tabique llega hasta el fondo, donde se ven los dos

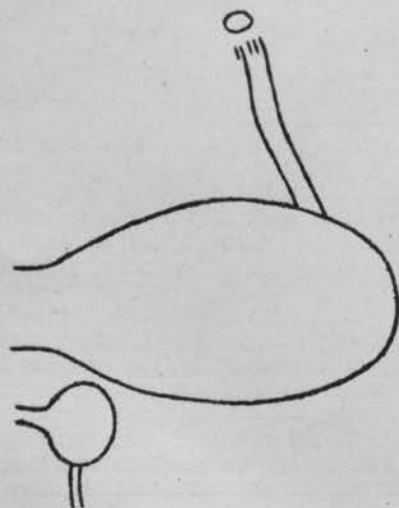


Fig. 2.—Esquema mostrando la situación de los dos úteros.

cuellos, saliendo del del histerectomizado algo de pus; doy unos lavados con la cánula de doble corriente de BOZEMAN, con una solución de lisoformo, con lo que consigo hacer desaparecer la secreción, saliendo de alta la enferma, completamente curada, a los diecinueve días de operada.

El feto, de aspecto, talla y peso normal, nace con un pie talo, y a los pocos días de nacer le aparece una esta-filococia de piel, que trato con pomada Pental, cediendo muy bien. Ha sido amamantado por la madre durante todo el tiempo, y el día que salió de alta había ganado 200 gramos de peso.

En este caso se pudo pensar en un útero doble al ver la disparidad de los tactos; pero la primera vez, por ser el otro tocólogo mucho más avezado y de más experiencia que yo, creí que me había equivocado en el diagnóstico, y echándome la culpa, prometí ser más cuidadoso en las exploraciones que tuviera más adelante; después del segundo tacto y de la confirmación por el otro tocólogo y vista la mujer con una valva y viendo el cuello cómo estaba casi entero, creí que la equivocación podría haber sido del otro, pero también más adelante hube de rectificar y ver que los dos habíamos tenido razón, pero que la falta fué mía por no haber pensado en una anomalía, recordando aquel caso que cita W. STOEKEL, muy parecido al presente; fueron también dos tactos muy distintos, de un Jefe de Servicio y de su Ayudante, que se puso en claro al ver que los dos tenían razón, pues habían tactado por vagina distinta; en este caso pasó igual, y puede explicarse, porque el que tactó dilatación de cinco centímetros tactó con la mano izquierda, y nosotros con la mano derecha, y el tabique estaba adosado al lado derecho, y que por su reblandecimiento e imbibición era muy difícil de apreciarlo. Con esto no busco una disculpa para mí, sino solamente una explicación de cómo después de cuatro tactos sólo uno fuese a corresponder a la parte gestante.

**CONSIDERACIONES EMBRIOLÓGICAS.**—Fué MÜLLER el primero en demostrar que el útero y la vagina se forman a expensas de elementos primitivamente separados, y que, en su honor, se llaman conductos de MÜLLER.

Estos conductos, macizos al principio, se han de ir ahuecando y normalmente se han de unir al nivel del pliegue genital, y continuando así adosados, desaparecen sus paredes internas, quedando un solo conducto, que ha de dar, de abajo arriba, vagina, útero y trompa; si esta soldadura no tiene lugar, cada conducto de MÜLLER dará lugar a una vagina, útero y trompa independiente; de la unión defectuosa derivan los úteros dobles con vagina sencilla, úteros subseptus...

Las arterias uterinas, al salir de las hipogástricas una por cada lado sólo irán por su cara externa, quedando la parte interna sin arteria uterina; esto se pudo ver claramente en este caso, ya que, a pesar de que el desgarró se iniciase hacia la cara interna no hubiese hemorragia importante ni se vieran después de la ligadura vasos de calibre considerable.

Esta anomalía es bastante rara, al menos las que dan sintomatología, ya que pueden cursar completamente asintomáticas; HALBAN cita 40 publicaciones en la literatura médica.

**CURSO DEL EMBARAZO Y PARTO EN ESTAS ANOMALÍAS.**—Es bastante frecuente la interrupción del embarazo, pero las cifras que dan los autores es bien dispar; desde un 48 por 100 que da VIVANTI, hasta un 15 por 100 de HEGAR; esta



interrupción puede tener lugar los primeros meses en forma de aborto o bien como parto prematuro.

Por la ley de acomodación de PAJOT, la situación longitudinal es la habitual, y dentro de esta situación, la presentación de nalgas es la más corriente, ya que por la forma del útero el feto no puede dar la voltereta.

El útero no gestante sufre también de la imbibición y el reblandecimiento del embarazo, y aumenta de tamaño, formando también una caduca, que se expulsará con el parto o unas horas después.

El parto suele ser lento, debido casi siempre a una atonía primaria por pobreza muscular, (ZALEWSKY), o bien puede haber dificultad en la dilatación por el otro hemiútero; también pueden ser las contracciones uterinas de tipo espasmódico, siendo ésto lo más frecuente (S. LORAND). Pueden, además, surgir causas de distocias por el hemiútero no gestante, hipertrofiado por la imbibición del embarazo, que se comporta como tumor previo. También puede ser causa de distocia la oblicuidad del útero, que en estos casos es muy frecuente, pudiendo dar lugar a presentaciones de cara o frente (REYNE). Puede también asociarse a una implantación viciosa de la placenta o a una estenosis pélvica. Es también frecuente la rotura uterina, o al menos los síntomas de rotura inminente.

**DIAGNÓSTICO.**—No es fácil el diagnóstico de esta anomalía, ya que muchas veces cursa sin sintomatología; además, su propia rareza hace que sea poco común el pensar en ella.

Antes del embarazo, las reglas tienen lugar normalmente, ya que su causa no es el útero, sino el ovario, y no una función propiamente dicha del útero (BUCURA); puede ser que las menstruaciones de los dos úteros sea antes en uno o ceda antes en otro, pero no da lugar a otras manifestaciones ni a menstruaciones alternantes como se creyera. Por otra parte, si las dos vaginas son suficientemente capaces, no ocasionan ninguna molestia en el coito, por lo que pasa desapercibido hasta el reconocimiento para el embarazo.

En los primeros meses puede ser fácil su descubrimiento por el tacto combinado, ya que se tocan netamente los dos cuerpos uterinos y se puede tectar al lado del hemiútero gestante el otro, que dará la sensación de una tumoración, pero en la que puede ser posible apreciar el cuerno de la matriz. Al crecer el hemiútero ges-

tante se coloca por delante y tapa completamente al no gestante, haciendo así difícil su diagnóstico. Si en el tacto se encuentra el tabique vaginal, se deben explorar cuidadosamente las dos vaginas, y así darse cuenta de la anomalía; pero este tabique, por el reblandecimiento propio del embarazo, muchas veces es difícil de encontrar si no se hace una inspección ocular, cosa que corrientemente no se hace de no ser en la exploración durante el parto. La presencia de una vagina doble orienta, según MAYER, 9 veces sobre 10, en la busca de un útero doble.

Hay datos, sin embargo, que pueden hacernos llegar al diagnóstico de esta anomalía. Por palpación sólo se encuentra un ligamento redondo, faltando el del otro lado, y estos ligamentos redondos se suelen palpar bastante bien. Otro dato que se puede tener en cuenta es la presentación de nalgas repetida varias veces en la misma mujer, hasta tal punto, que, según STOEKEL, esto puede ser motivo para el diagnóstico. Y otro dato es la disparidad de tactos; ya hemos dicho que, en este caso, a pesar de ésto, no se pensó en la duplicidad del útero y vagina.

Todo lo cual hace que cuando no se tenga seguridad en el diagnóstico sea preciso hacer una exploración ocular con las valvas o el espéculo, para llegar a un diagnóstico exacto.

**TRATAMIENTO.**—No cabe duda que si el parto puede ser por las vías naturales y espontáneo, es mucho mejor esperar, y lo que se puede hacer es, unos meses después, operar y hacer una histerectomía, con lo que se arreglará el caso suprimiendo la duplicidad. Para no cansar demasiado a un útero pobre en fibras musculares, se puede acortar la duración del parto mediante una aplicación de forceps o una extracción manual del feto. Pero si no, bien por el carácter espasmódico de las contracciones, por la dificultad de dilatación o por el tumor previo que pueda ocasionar el hemiútero no gestante, hay que recurrir al parto por vía alta.

En el caso citado, practiqué una cesárea por el estado de contracción de útero y por haber creído que se trataba de una atresia de cuello que imposibilitaría el parto, y yo creo que, en este caso, la dificultad en el parto fué debida a la pobreza muscular, que trajo consigo una distensión del anillo de BANDL, que apenas cedía con los espasmódicos, y que en veintiséis horas de parto no daba señales de acabar espontáneamente.