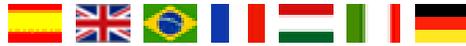


ESCRITO 2. ÚTEROS DIDELPHE. Embarazo en uno de los úteros⁽¹⁾.



.-
Sandor Ferenczi (1899b). (Traducción: Equipo Indepsi - Biopsique).

Tras la monografía esencial de Kussmaul, las malformaciones congénitas han sido objeto de vivo interés. Muchas anomalías pueden, en efecto, ser explicadas, sobretodo aquellas que son extremadamente raras.

Hasta entonces se creía, por ejemplo, que el útero dividido en dos (utérus didelphe² era una malformación o que correspondía a neo natos prematuros y no viables. En 1883, Dirner reportaba, en total, cuatro casos en toda la literatura.

En 1894, Lohlein reportaba diecinueve casos. Desde entonces, diez nuevos casos fueron censados. E. Banc, F. Rudolf, Giles, Ammeis, Baeker, R. Meyer, Lewers, Meueer y Streble han publicado un caso, Rudolf solo ha publicado dos, y el número de casos publicados hasta ahora es de veintinueve.

Los embriologistas dan dos explicaciones del fenómeno del útero didelphe. Algunos piensan que esta malformación es debido o es consecuencia de una inhibición del proceso del crecimiento normal, otros afirman que las caderas eran anormalmente anchas, la constitución de los canales de Müller que debería haber ligado el útero a la vagina, no tuvo lugar, en razón de una gran distancia entre los canales mismos. Es seguro si que la causa de los úteros didelphes debe ser encontrada en el curso de la octava semana de la vida embrionaria ya que, desde la novena semana, la unión normal debería estar hecha. La etiopatogénesis del útero didelphe es muy simple. Cada uno de los úteros constituye un conjunto aislado, completo y distinto del otro. Cuando la pared mediana de los dos úteros está soldada, la malformación es menos grave y se llama uterus septus³.

En el caso de los Uterus didelphus, cada uno de los úteros termina en un uterus unicornis⁴ o en una trompa correspondiente normalmente al canal de Müller, ligada al ovario, por encima, únicamente con un ligamento redondo. Muy a menudo, una de las trompas o el mismo ovario de uno de los dos úteros falta. Frecuentemente, el músculo recto uterino está ausente. Por el contrario, a veces existe un as muscular que une los dos cuellos (ligamento intercervical). El tamaño de cada útero es evidentemente más pequeño que el normal. La pared también es más delgada y el desarrollo del cuello uterino es, en general, más pronunciado. La vagina está a veces dividida, como consecuencia de la duplicación mediana sagital de las membranas mucosas, a lo largo. De esta forma, coexisten dos partes bien separadas. Pero, muy a menudo, sólo una pequeña parte del septum vaginal queda en la parte posterior de la vagina.

De esta forma, los “úteros gemelos” (que en griego quiere decir “dos hermanas”) son anatómicamente independientes. Desde el punto de vista fisiológico, por el contrario, no son perfectamente independientes: muy a menudo la menstruación es simultánea en los dos úteros.

La excitación mecánica por masaje de uno de los úteros hace reaccionar al otro (Müller). Esto prueba la inervación de los dos úteros por un mismo centro nervioso. Pero también suele ocurrir que las reglas no sean sincrónicas y que la menstruación tenga lugar alternativamente en cada útero (schauta).

La concepción como el embarazo puede tener lugar en cada una de las cavidades. Ha sucedido que los dos úteros tienen embarazo uno después del otro, y en otros casos, al mismo tiempo. Teóricamente sería posible incluso concebir gemelos simultáneamente en los dos úteros.

1.- S. Ferenczi. Reporte de la 5ª sección del hospital Saint- Roch. Jefe de clínica Pr. A. Havas.

2.- Se habla hoy de útero bicornio bicervical. NDT.

3.- Útero tabicado. NDT.

4.- Actualmente, se habla de aplasia uterina. NDT.

Mientras el embarazo se desarrolla en uno de los úteros, el otro, así como la trompa, es permeable, lo que quiere decir que la formación de otro feto no queda excluida.

La capacidad de gestación de los úteros gemelos no es perfecta. La mayor parte de los casos observados han terminado en un aborto. El feto rara vez se desarrolla hasta la madurez completa. Quizás la causa es la débil musculatura del útero. En el caso de úteros gemelos, no hemos constatado adelgazamiento excesivo, es decir una fisura en la pared uterina, (como Moldenhausner lo observó en el caso de úteros unicornis). Es también probable que la fecundidad de los úteros gemelos aumente luego de cada embarazo.

Durante el parto, el útero no fecundado puede molestar el pasaje del niño y requerirse de una extracción manual.

Una hemorragia proveniente del útero no fecundado también puede impedir un parto normal.

Muy a menudo, en el curso de un embarazo, la pared del útero no fecundado engrosa y un quiste puede también desarrollarse al interior. Así mismo, Müller observó las contracciones de un útero no fecundado en el curso de un parto. Para enriquecer la casuística, me gustaría relatar el caso siguiente.

Anne K. de 19 años, soltera y prostituta, llegó a nuestro servicio el 15 de Mayo de este año. Sus padres y seis hermanos y hermanas están vivos y en perfecto estado de salud. La paciente misma, siempre ha tenido buena salud. Tuvo sus primeras reglas a los 16 años y luego, como ella dice, estas se volvieron desordenadas, es decir se manifestaron dos veces al mes: al principio y a mitad del mes. Los sangramientos son relativamente débiles e indoloros.

Ella nunca ha estado embarazada. Antes de su admisión, había certificado su gracia durante dos semanas, y su desfloración tuvo lugar un año antes. La paciente es grande: 1,66 mt. Su sistema óseo y muscular están bien desarrollados.

Los órganos no presentan ninguna malformación. Aquí están las dimensiones de su pelvis: sp: 25, cr: 28, tr: 34 cm. Comparando estos valores con los normales (sp: 26, cr: 29, tr: 31), percibimos que la distancia de los trocánters es de 3 cm. superior a lo normal, lo que es signo de una amplitud transversal particular en sus caderas. Sobre la comisura posterior de la vulva, encontramos un chancro venéreo amarillo del tamaño de una moneda (chancro blando) que se extiende hasta el perineo.

El flujo mucoso del útero presenta numerosos gonococos. Las dos primeras semanas, antes que el chancro se hubiera granulado, no practiqué ningún examen interno. En el curso del primer examen, inmediatamente constaté la situación anormal de la parte intravaginal del cuello, pero luego, observe que una zona de esta parte estaba cubierta por una duplicación mucosa.

Luego de un largo examen (para el cual el Dr. Hugo Fleischmann tuvo a bien ayudarme), descubrí la otra parte intravaginal del cuello, recubierta por el pliegue ya mencionado.

Con la ayuda de un espejo, una espátula vaginal y un escarpelo, logramos examinar las dos partes de la vagina al mismo tiempo. El pliegue mucoso pudo verse como un septum vaginal rudimentario.

Luego de un examen bi-manual, vimos el útero del costado izquierdo era un poco mas grande y la parte intravaginal del cuello menos desarrollada. No sospechamos embarazo ya que tuvo reglas durante el tiempo que estuvo con nosotros. Sus reglas duraron tres días y el sangramiento era moderado.

Pudimos notar que cada uno de los úteros tenía una trompa y un ovario normal. Por el contrario, el ligamento útero rectal faltaba. El ligamento intercervical, es decir el que une los dos cuellos, estaba muy desarrollado, así como lo mostró el examen rectal. Un mes después, la paciente tuvo nuevamente sus reglas y, durante ese tiempo, el chancro sanó. Los sangramientos fueron moderados.

El 15 de Julio se manifestaron fuerte calambres acompañados de sangramiento: se trataba claro está de un aborto espontáneo en el útero izquierdo. Pudimos sólo retardar el aborto un poco de tiempo, hasta el 17 de Julio. Durante el aborto, el orificio del útero no fecundado se dilató y el cuello permitió incluso el paso de un dedo.

Actualmente, (el 25 de Julio), el útero izquierdo está en involución. El largo de la trompa es de 8 cm. La otra mide 6 cm.

RESUMAMOS Y MENCIONEMOS IGUALMENTE:

1.- Que en el caso de esta joven paciente, la cadera es particularmente amplia transversalmente, lo que explica el origen del útero gemelo. Pero no es imposible que en el caso presente y en otros casos parecidos, la unión imperfecta de dos cuerpos uterinos así como la amplitud de las caderas sea una consecuencia del desarrollo

excesivo de las partes genitales (que estaban casi dobladas). Está probado por ejemplo, que el volumen del cráneo depende del desarrollo del cerebro y no a la inversa;

2.- Que uno de los úteros estaba grávido, mientras el otro estaba en período de menstruación;

3.- Que durante el aborto, el orificio del útero no grávido también se dilató al mismo tiempo que el otro, al punto de permitir el paso de un dedo.

La ley dicha de “casos dobles” es, al parecer, valedera también para el uterus didelphe.

Mientras redactaba este artículo, descubrí en la literatura, el caso de una mujer donde el aparato genital era dos veces más grueso que lo normal.

Se trataba de una joven mujer de 21 años. Tuvo sus reglas a los 16 años, al ritmo de una vez por mes. El 6 de junio de este año, abortó un feto de tres meses.

La observación muestra que la parte posterior de la vagina está dividida en dos por un septum medial sagital. Cada parte tiene una parte intravaginal de cuello de 1,5 cm. del lado derecho y de 0,5 cm. del lado izquierdo. La sonda puede entrar 5 cm. del lado derecho hasta llegar al fondo del útero. Del lado izquierdo, no alcanza a penetrar pero llega sin problemas hasta la trompas.

EXAMEN BIMANUAL

Las paredes medianas de los dos úteros están soldadas. Del lado derecho, la pared es de un espesor normal, del lado izquierdo, tiene el tamaño de una ciruela y da la idea como el apéndice del útero más grande. El ligamento útero-rectal falta, el ligamento intercervical esta muy desarrollado.

Las trompas son, de los dos lados, del tamaño de una pluma de pato, los ovarios no son palpables. Las medidas exteriores de las caderas son las siguientes: sp: 26; cr: 29; tr: 33 cm.

El caso constituye una forma intermediaria entre útero didelphe y uterus septus (bilocular). La división entre los dos no es completa ya que los dos cuellos están soldados. La imagen del uterus septus tampoco es nítida, ya que los dos fondos uterinos tienen contornos distintos. La parte soldada es solamente la de los dos cuellos. El nombre correcto debería ser: úterus duplex partin concretus. El embarazo se llevó a cabo en el uterus derecho, el único que era susceptible de estar en estado de gestación, aunque su capacidad de nidación se mostró insuficiente, en este caso también.

En nuestro servicio, donde tratamos sobretodo a las prostitutas, he observado frecuentemente la existencia, entre otras, de malformaciones genitales.

No obstante, debemos preguntarnos hasta que punto hay que observar esto como un “signo de degeneración” como lo piensa Lombroso, Ottenghi y otros antropólogos especialistas en crímenes.

No obstante, debemos preguntarnos hasta que punto hay que observar esto como un “signo de degeneración” como lo piensa Lombroso, Ottenghi y otros antropólogos especialistas en crímenes.

¿Tenemos derecho de hablar de «prostitutas nacidas» lo mismo que hablamos de “malhechores nacidos”? La respuesta a esta pregunta solamente puede ser dada siguiendo largas y precisas observaciones basadas en importantes datos estadísticos.

Es interesante hacer notar que de treinta casos publicados hasta hoy, cinco han sido observados en Hungría. Cronológicamente, son: los casos de Dinner, de Tauffer, de Bácker, de Streble, y el presente reporte.

Volver a Selecciones Ferenczianas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.