

A r s M e d i c a

Año IX

Octubre de 1933

N.º 97

¿El cuerpo lúteo del embarazo es indispensable en las fases iniciales de la gravidez en la especie humana?

por el doctor

E. Macías de Torres

Jefe de la Clínica de Ginecología del Hospital Provincial de Oviedo

Desde que PREUANT consideró el cuerpo lúteo como un órgano de secreción interna y BOM indicó que esta increción preparaba el endometrio para la nidación del huevo, hasta el presente momento en que algunos autores atribuyen al cuerpo amarillo nada menos que once funciones distintas, han pasado años bastantes con datos clínicos y experimentales suficientes para que nadie pueda dudar de su importancia. Tengo por seguro que muchas de las acciones que en estos últimos años se han atribuido a la secreción del cuerpo amarillo son fantásticas y el tiempo se encargará de demostrarlo; pero no es mi propósito discutir las en este trabajo, y por ello no nos vamos a fijar más que en aquellas cuya certeza está bien probada y que todos aceptáis.

Así nadie discute en el presente momento que el cuerpo lúteo preside la fase de secreción del ciclo uterino y que como indicó BOM y comprobaron después FRAENKEL y COHN y otros autores, esta fase de

preparación endometrial es necesaria para la implantación ovular y ésta no se realiza si el cuerpo amarillo es destruido o extirpado. Correlativamente a esta función, se advierte que el cuerpo amarillo ejerce una acción protectora sobre el óvulo; si éste no es fecundado y perece, aquél involucrena tempranamente y, en la especie humana, tiene lugar la menstruación; si el óvulo es fecundado y se implanta en la mucosa uterina (o en otro lado), el cuerpo amarillo prosigue su evolución y ejerce una cierta tutela durante una parte de la gestación, tutela indispensable en las fases iniciales cuando menos. Si he discutido cuánto tiempo dura la actividad del cuerpo amarillo de la gestación y los autores de hace 15 ó 20 años decían que el máximo desarrollo de este órgano correspondía al tercer mes del embarazo (SARWEG), o al 4.º (GRAF-SPEE), en los meses siguientes del embarazo y en la lactancia involucionaría hasta desaparecer; y ya BEARD en 1896 decía que si invo-

lucionaba en la segunda mitad de la gestación era para permitir poco después del parto una nueva ovulación, admitiendo ya, como se advierte hoy, que el cuerpo amarillo, mientras no involucre inhibe la ovulación. Pero de que el cuerpo lúteo presente señales de máxima actividad en la especie humana en el 3.º ó 4.º mes de la gestación, no se puede inferir que hasta entonces sea indispensable para la continuación de ésta. En los animales de laboratorio, en las conejas, por ejemplo, FRANKEL pudo comprobar que si se destruyen los cuerpos lúteos verdaderos en los 14 primeros días de la gestación y después de la nidación, los huevos regresan en su desarrollo y son destruidos *in situ* por fagocitosis o expulsados. El organismo materno los trata, pues, como cuerpos extraños; en esta especie, el día 14 corresponde aproximadamente a la mitad de la gestación; la acción tutelar del cuerpo lúteo sobre la vida del nuevo ser es, por consiguiente, bastante prolongada. En la rata, la destrucción o extirpación del cuerpo amarillo produce los mismos efectos si tiene lugar en los 6 primeros días del embarazo.

En la especie humana la experimentación no es posible, y las observaciones clínicas, muy numerosas, han demostrado que después de la 8.ª semana de la gestación el cuerpo lúteo puede ser suprimido sin que la gestación se interrumpa. En las 7 primeras semanas la cuestión es más discutida. Existen, sin embargo, bastantes observaciones en las que se extirpó el cuerpo lúteo dentro de las 7 semanas primeras y la gestación continuó sin incidente; no son, sin embargo, muy numerosos los casos existentes en la literatura mundial (19, según la recopilación de MENE MULO, sin ningún aborto, y 25 en otra recopilación de PUECH y VANVERTS con sólo 5 abortos). Por mi parte quiero añá-

dir dos casos personales, pues me parece que en la literatura ginecológica nacional no hay ninguna aportación casuística hasta el presente.

Las historias clínicas resumidas son las siguientes:

Obs. 1.ª HC = 174 de 1930. R. Ll., de 33 años, ingresa en el Hospital el 29 de abril. Menarquia a los 18, normal; 4 embarazos con partos de término normales; todos los hijos viven, no tuvo abortos. El último parto hace 6 meses, y se encuentra amerorreica por la lactancia. Desde hace dos meses, dolores de vientre localizados en el hipogastrio y ambas fosas ilíacas, adelgazamiento y ligera hipertermia vespertina. Twx=12. Gastrocoloptosis maternal, puntos dolorosos a la presión en el colon descendente. El útero, de tamaño normal, desviado hacia la derecha; los anexos derechos normales; los izquierdos, del tamaño de una mandarina e indolores, parecen aumentar algo de volumen en una exploración ulterior. Diagnóstico que se retiene como más probable: embarazo ectópico izquierdo. Tampoco se excluye la posibilidad de una salpingitis quística o de un quiste ovárico. En la intervención se encuentra una salpingoovaritis izquierda con adherencias al epiplon e intestino delgado. Se disocian éstas y se extirpan los anexos izquierdos. Los derechos aparecieron enteramente normales. Curso postoperatorio normal. Transcurre un año, durante el cual la paciente disfruta de perfecta salud. En 12 de mayo de 1931 acude a consultar. U. R. = 10-IV, pocos días antes de venir al reconocimiento tuvo una pequeña muestra hemática oscura y dolores en la fosa ilíaca derecha; en la exploración, útero con signo de Hotzappel positivo; los anexos derechos se palpan bastante engrosados y algo dolorosos. Se recomienda avisar a la menor alerta; en 21-V acude nuevamente a la consulta; dice haber tenido una regla normal, que comenzó en 14-V o sea dos días después de la exploración ulterior; el ovario derecho se palpa, pero ya de *tamaño normal* (se pensó en quiste del cuerpo lúteo estallado espontáneamente o por las maniobras de la exploración anterior). Transcurren tres meses más de normalidad completa. En 14 de septiembre acude nuevamente a la consulta U. R. = 10 de agosto, no se ha

presentado la regla correspondiente a Septiembre; a la palpación, útero engrosado y reblandecido, los anexos derechos del tamaño de un huevo; se diagnostica gestación ectópica y se ordena el ingreso en el hospital. El día 17 presenta una pequeña pérdida hemática y dolores en la fosa iliaca derecha; a pesar de ello no ingresa hasta el 24. El 26 es laparatomizada y se encuentra la matriz evidentemente grávida, y en el ovario derecho un quiste al cual se hallaba adherida la trompa. Extirpación total de los anexos derechos; en la parte izquierda no hay ninguna adherencia, pudiendo comprobarse que la extirpación de los anexos era perfecta. Curso postoperatorio normal. La gestación sigue su curso normalmente y el parto se presenta el 20 de mayo de 1932.

Obs. 2.^a HC = 653 de 1932. N. E., de Lugo, 30 años. Padece ataques epilépticos. Menstruo doloroso a los 17 años. Tuvo 10 embarazos, con partos de término normales. Hace unos meses que nota sensación de peso y ligero abultamiento en el hipogastrio. HR = 1-4 octubre. En la exploración se percibe la matriz algo engrosada y reblandecida y en los anexos izquierdos una tumoración de tamaño algo menor que un puño. Laparatomía con anestesia etérea el 10 de noviembre, encontrándose el ovario derecho normal, sin señal de rotura reciente de folículo ni prominencia de cuerpo amarillo; el ovario izquierdo, quístico, fué extirpado, encontrándose que el quiste tenía en la pared que comprendía la parte residual del ovario el cuerpo lúteo de la gestación. El embarazo siguió su curso y en 18 de julio de 1933 ingresa de parto por no poder expulsar. Se realizó una versión podálica por maniobras internas, extrayéndose un feto hembra de término que fué fácilmente reanimado. Puerperio normal.

Para calcular la duración del embarazo partiendo de la fecha del comienzo de la última regla, tenemos que en el caso 1.^o transcurrieron 284 días hasta el momento del parto, y en el 2.^o 291 días, cifras que están comprendidas dentro de los límites normales, toda vez que se calcula que el parto tiene lugar a los 280 días de las últimas reglas, sin que variaciones en más

o en menos de 10 ó 12 días tengan significación patológica. La intervención operatoria tuvo lugar a los 46 días del comienzo de las últimas reglas en el caso 1.^o y a los 40 en el 2.^o; pero como en realidad la gestación no comienza el día de la última regla, sino que la ovulación y fecundación consiguiente tiene lugar 14 ó 16 días después del comienzo de la última menstruación, y aún se necesita algún tiempo más para que el óvulo fecundado se implante en la mucosa uterina, que es cuando realmente comienza la gestación, se deduce que en el primer caso la extirpación del cuerpo lúteo verdadero tuvo lugar a los 30 días del comienzo real del embarazo, y algo antes en el 2.^o. Si tomamos como base la fecha del parto, resulta que en el primer caso transcurrieron, después de la extirpación del cuerpo lúteo, 237 días; en el 2.^o 251 días. Parece, pues, confirmarse la idea de FRANKEL, de que en la especie humana es lo más probable que sólo en las 2-3 primeras semanas de la gestación sea susceptible la extirpación del cuerpo lúteo de determinar con seguridad la interrupción de la gestación y aún hay casos de extirpación más precoz como el de ESSEN-MOELLER en que la gestación continuó. Así, pues, parece razonable inclinarse a que la función protectora del cuerpo lúteo sobre el óvulo fecundado en la especie humana es sumamente fugaz o no existe en absoluto, bastándose quizá el poder histolítico de las vellosidades ovulares para asegurar la nidación en el endometrio preparado precisamente por la increción lútea. En nuestros casos no hemos tampoco podido comprobar que la quistificación del cuerpo lúteo determine retardo del crecimiento fetal como dice STEPHANOWITSCH.

RESUM

L'autor s'inclina a creure que la funció protectora del cos groc sobre l'òvul fecundat en l'espècia humana és sumament ràpida i tènue i be no existeix, essent suficient potser el poder histolític de les vellositats ovulars per assegurar la fixació a l'endometri de l'òvul preparat per la secreció del cos groc.

RÉSUMÉ

L'auteur croit que la fonction protectrice du corpus luteum sur l'ovule fécondé dans l'espèce humaine es très rapide et faible où non-

existante: Il croit que le pouvoir histolytique des villosités ovulaires est suffisant pour assurer la fixation sur l'endometrite de l'ovule prêt a sécréter le corpus luteum. ...

SUMMARY

The author is inclined to believe that the protecting function of the corpus luteum on the fecundated ovule in human beings is extremely slight and rapid and often inexistent. He ahinks that perhaps the ovular villosities have sufficient histolytic power for assuring the fixation to the mucous layer if the uterus of the ovule which is ready to secrete the corpus luteum.