

PRESENTACIONES CEFALICAS DEFLEJADAS

Doctor **Hugo Guevara Jaramillo**

Cuando la presentación fetal corresponde al polo cefálico en actitud deflejada, recibe los nombres de presentación de "frente" o de "cara", según el grado de deflexión en que se halle. Por ser poco frecuente su ocurrencia, sin llegar a ser una rareza, la experiencia que en su manejo tiene cada obstetra es prácticamente limitada. De ahí que hayamos considerado oportuno revisar esta anomalía del parto, basados en un buen número de casos, con la intención de fijar y aclarar ciertos aspectos del problema, más aún cuando la literatura al respecto es muy escasa, persistiendo por tal razón, ideas y conceptos consignados en libros de texto que, careciendo de actualidad, continúan para muchos teniendo plena vigencia.

Material y métodos

El material revisado corresponde a los casos de presentaciones de cara y frente atendidos en el Instituto Materno Infantil "Concepción Villaveces de Acosta" de Bogotá, durante un período de 9 años, comprendido entre enero de 1954 y enero de 1963.

Aunque exista similitud en algunos aspectos de dichas presentaciones, consideramos imprescindible estudiar por aparte lo referente a la conducta que ha de seguirse en cada una de ellas, conducta que es distinta a pesar de mediar entre la frente y la cara tan solo un moderado grado de deflexión de la cabeza fetal, que es, al fin y al cabo, el que hace de la primera una presentación francamente distócica.

Incidencia

Sobre un total de 91.825 partos se encontraron 101 casos de presentación de frente y 102 casos de presentación de cara, siendo la incidencia de 1: 902 y de 1: 909 respectivamente. Llama la atención la ocurrencia de las dos presentaciones en número sensiblemente igual, hecho éste que está en completo desacuerdo con lo consignado en otros trabajos, en los cuales se afirma que la presentación de cara es 2 a 3 veces más frecuente que la presentación de frente. En otros términos, comparando nuestros datos observamos que la incidencia que encontramos para la presentación de frente es

muy alta y la incidencia para la presentación de cara muy baja. Ignoramos, a pesar de haberlas buscado, las causas que motivaron tal diferencia, aunque Hellman y col. (3) señalan tam-

bién una ocurrencia similar, pues en 65.500 partos encontraron incidencia de 1:468 para la presentación de cara y de 1: 498 para la presentación de frente.

INCIDENCIA COMPARADA

PRESENTACION DE FRENTE		PRESENTACION DE CARA	
Autor	Incidencia	Autor	Incidencia
Possner (10)	1 : 3.543	Nuestra	1 : 909
Desseux (2)	1 : 2.500	Jacobson (4)	1 : 590
Lull (5)	1 : 1.500	Ruddolf (12)	1 : 576
Madden (6)	1 : 1.000	Possner (10)	1 : 529
A. Parra (8)	1 : 927	Hellman (3)	1 : 478
Nuestra	1 : 902	Pérez B. (9)	1 : 265
Jacobson (4)	1 : 878	Desseux (2)	1 : 200
Hellman (3)	1 : 498	Nubiola (7)	1 : 175

Etiología

Todas las causas que se invocan como causantes de las presentaciones cefálicas deflejadas intervienen alterando la normal acomodación de la cabeza fetal, especialmente durante el trabajo de parto. Fuera de aquellos casos de fetos monstruosos, no es posible precisar la causa que pervierte la actitud normal de la cabeza fetal, culpándose entonces a hechos accidentalmente concomitantes, tales como las circulares del cordón, la multiparidad, el tamaño del feto, etc. Por considerar que tanto para la presentación de frente como para la de cara las posibles causas de su ocurrencia son las mismas, las hemos agrupado conjuntamente. Insistimos en que algunas de ellas

apenas pudieron coincidir con la presentación deflejada, sin que hubieran intervenido para nada en su etiología.

CAUSAS PROBABLES DE PRESENTACION DEFLEJADA

	%
Causa ignorada	115 (56.4)
Circulares del cordón	39 (19.1)
Fetos pequeños (menores de 2.000 gr)	20 (9.8)
Estrechez pélvica	12 (5.8)
Embarazo múltiple	7 (3.4)
Fetos monstruosos	4 (1.8)
Fetos grandes (más de 4.000 gr)	3 (1.5)
Presentaciones compuestas	2 (0.9)
Polihidramnios	1 (0.4)

En cuanto hace relación a la paridad de las pacientes como causa provocadora de la presentación cefálica deflejada, no creemos que tenga nada que ver con ella, pues encontramos que 81 mujeres eran primigestantes y 93 multigestantes (más de 3 embarazos).

Peso y estado de los fetos

En los 203 casos estudiados los pesos de los recién nacidos fueron los siguientes:

De 1.500 a 2.000 gramos	4
De 2.001 a 2.500 "	29
De 2.501 a 3.000 "	79
De 3.001 a 3.500 "	69
De 3.501 a 4.000 "	19
Más de 4.000 "	3

De estos niños 181 nacieron vivos y 22 nacieron muertos.

Parto

Ninguna de estas presentaciones deflejadas fue diagnosticada antes de iniciarse el trabajo de parto. Lo común fue hacerlo en estado de dilatación avanzada del cuello uterino, ya que todas las pacientes llegaron al Instituto en trabajo de parto declarado.

En relación con la manera como transcurrió y terminó el parto en las presentaciones cefálicas deflejadas es necesario, como lo advertimos atrás, estudiar por separado los casos de presentación de cara de los de la presen-

tación de frente, puesto que la primera se considera como una presentación que linda con lo distócico (paraeutócica) y la segunda es francamente anormal.

Presentación de frente

En los 102 casos estudiados los partos terminaron así:

	%
Espontáneos en frente	10 (9.84)
Cesáreas	84 (82.32)
Mutados a vértice	4 (3.92)
Basiotripsias	2 (1.96)
Versión interna	1 (0.98)
Vacuum extractor	1 (0.98)

De los 17 partos por vía vaginal, nacieron vivos 13 niños de los cuales 4 pesaban menos de 2.500 gramos, 5 niños entre 2.500 y 3.000 gramos y 4 niños que pesaron entre 3.00 y 3.500 gramos. La mayoría de estos casos llegaron a la maternidad en período expulsivo. Aquí nos asalta la duda si en sentido riguroso el parto se verificó en presentación de frente, ya que es muy remota la posibilidad de parto por vía vaginal en presentación de frente con feto cuyo peso sea superior a los 3.000 gms, o si la que en principio era una presentación de frente hizo una mutación espontánea a cara durante la expulsión. El hecho de haberse diagnosticado sin enmienda posterior la presentación de frente y de haberse advertido y consignado los fenómenos plásticos del polo cefálico, típicos de dicha

presentación, nos obliga a incluirlos como tales.

Se intentaron mutaciones en 16 oportunidades; 4 de ellas tuvieron éxito y se mutaron a vértice; los intentos de mutación a cara fracasaron.

El caso que figura intervenido con vácuum extractor fue, indudablemente un proceder reprochable desde todo punto de vista, a pesar de haberse extraído un niño vivo.

Las variedades de posición en orden de frecuencia fueron: N. I. A. 38%, N. D. P. 19%, N. D. T. 18%, N. I. T. 13%, N. I. P. 7%, N. D. A. 7%. En total las variedades anteriores fueron del 45%, las variedades posteriores 26% y las transversas 31%.

De las 84 cesáreas practicadas las indicaciones fueron así:

Por presentación de frente exclusivamente	23
Asociada a trabajo prolongado	31
Asociada a estrechez pélvica	12
Asociada a sufrimiento fetal	11
Asociada a añosidad (en primigestante)	7

En 6 oportunidades la cesárea se practicó estando el feto muerto.

Resultados

Una paciente falleció como consecuencia de la ruptura uterina ocurrida accidentalmente al practicar una basiotripsia. La morbilidad materna fue del 11% representada por lesiones perineales.

La mortalidad fetal global fue del 15%. Diez niños nacieron muertos y

a 2 de los 5 niños que murieron posteriormente se les practicó necropsia encontrándose hemorragia cerebral en ambos casos.

Presentación de cara

En los 101 casos observados los partos terminaron así:

	%
Espontáneos en cara	73 (72.27)
Cesáreas	21 (29.79)
Fórceps	6 (5.94)

La duración promedio del trabajo de parto en los 80 casos que concluyeron por la vía vaginal fue de 13.6 horas, con duraciones extremas de 5 a 36 horas.

Las variedades de posición fueron las siguientes: M. I. A. 37%, M. D. P. 28%, M. D. A. 11%, M. I. T. 10%, M. I. P. 9%, M. D. T. 6%. En total, las variedades posteriores fueron de 37%, las variedades anteriores de 48% y las variedades transversas del 15%.

Se reforzó el trabajo de parto con ocitócicos en 5 oportunidades, terminando todas con éxito.

Las maniobras correctoras o de mutación se intentaron en 4 casos, obteniéndose buen resultado en solo 1 caso.

De los 80 casos de parto por vía vaginal 74 niños nacieron vivos y 6 nacieron muertos. 63 de estos niños pesaban entre 2.500 y 4.300 gramos. Así mismo, se contaron 17 niños cuyo peso era menor a los 2.500 gramos.

Las indicaciones de las 21 cesáreas practicadas fueron las siguientes:

Sufrimiento fetal	6
Falta de encajamiento	6
Trabajo prolongado	5
Variedad posterior persiste	3
Primer gemelo en cara	1

Todos los 21 niños extraídos mediante operación cesárea nacieron vivos.

De los 6 casos intervenidos con fórceps nacieron vivos todos pero falle-

cieron posteriormente 2 de ellos, uno de estos niños pesaba 4.300 gramos.

Resultados

No hubo mortalidad materna y la morbilidad fue del 18% representada por desgarros perineales y del cuello uterino, y por infecciones endometriales.

La mortalidad fetal global fue del 14%. Seis niños nacieron muertos y 8 niños murieron más tarde, 5 de ellos por hemorragia cerebral diagnosticada clínicamente ya que en ninguna oportunidad se practicó necropsia.

C O N D U C T A S

Presentación	Espontáneo	Cesárea	Forceps	Versión	Mutación	Vacuum	Basio-tripsia
Cara	73	21	6	0	1	0	0
Frente	10	84	0	1	4	1	2
Gran total	83	105	6	1	5	1	2

COMENTARIO

Es un hecho que la operación cesárea ha simplificado extraordinariamente el ejercicio de la obstetricia pues dicha intervención, además de ser de fácil ejecución, implica pocos riesgos maternos gracias a los adelantos conseguidos en cuestión de anestesia y de profilaxis y tratamiento de la infección y para el feto se convierte en un nacimiento sin mayores peligros. Por eso han quedado relegadas intervenciones tocológicas que en otra época tuvieron cabida y acogida justifi-

casas. Así, por ejemplo, para las presentaciones deflejadas, especialmente para aquellas de frente, se recurría a maniobras correctoras o mutadoras, a la versión interna y extracción podálica, a la aplicación de fórceps casi siempre en planos altos y en última instancia a las operaciones mutiladoras del feto. De ahí que los resultados obtenidos en otras épocas no fueran tan bondadosos como los que se obtienen hoy cuando se prodiga con más largueza la operación cesárea.

Demostración de lo antes dicho son los resultados materno-fetales consignados en los trabajos que sobre el mismo tema que nos ocupa, elaboraron los doctores Pérez Boada (9) y

Agustín Parra (8), basados en el material del Instituto Materno-Infantil, "Concepción Villaveces de Acosta", correspondiente al período anterior a 1945.

PRESENTACION DE FRENTE

Autor	Casos	Espontáneos	Cesáreas	Versión	Fórceps	Mortalidad materna	Mortalidad fetal *
		%	%	%	%	%	%
Pérez B.	193	147(74.9)	10(5.1)	10(5.1)	19(9.6)	4(2)	53(27)
Nosotros	102	73(72.2)	21(20.7)	0	6(5.9)	0	14(13.8)

* La mortalidad fetal señalada corresponde a mortalidad global (sin depurar).

PRESENTACION DE CARA

Autor	Casos	Espontáneos	Cesáreas	Versión	Fórceps	Mortalidad materna	Mortalidad fetal *
		%	%	%	%	%	%
A. Parra	50	22 (44)	15 (30)	3 (6)	6 (12)	4 (8)	18 (36)
Nosotros	101	10 (9.8)	84 (82)	1 (0.9)	0	1 (0.9)	15(4.7)

* La mortalidad fetal señalada corresponde a mortalidad global (sin depurar).

En estos dos cuadros comparativos se pone de manifiesto cómo a medida que se practicaron más cesáreas para resolver el problema de la presentación cefálica deflejada, disminuyó notablemente la mortalidad materna y fetal. ¿Quiere esto decir que la operación cesárea sea la única conducta que ha de tenerse en cuenta cuando se trate de presentaciones de cara o de frente? Para absolver tal pregunta es necesario contemplar por separado una y otra contingencias.

Presentación de frente

Se acepta de manera unánime que la presentación de frente es una distocia formal, absoluta, cuando el feto es de tamaño corriente, y más aún si lo sobrepasa, ya que los diámetros del polo cefálico que se presenta son mayores que los del área del estrecho superior de una pelvis normal en su conformación. Por lo tanto, hay una dificultad mecánica para el curso del parto, obstáculo insalvable mientras no se

modifique la actitud de la cabeza fetal. En muchas oportunidades la fuerza de la contracción uterina, por una parte, y la resistencia del canal del parto por otra, obligan a la cabeza a acentuar su deflexión, convirtiéndola en una presentación de cara, lo cual permite el parto por vía vaginal. Siendo la presentación de frente persistente, inmodificable —casi siempre por estrechez pélvica o por malformaciones fetales— el útero pugna con intensidad creciente por expulsar su contenido, rompiéndose antes de lograrlo. En esos otros casos en que el feto es pequeño, o que sin serlo está muerto o macerado, el parto puede hacerse por vía vaginal.

Para sortear el problema de la presentación de frente el obstetra cuenta con los siguientes recursos:

1º **Operación cesárea.** Es el medio más adecuado cuando la presentación de frente ocurre en mujeres primigestas o secundigestas y con un feto vivo mayor de 35 semanas de gestación. Si está muerto y han fracasado las maniobras de mutación o si después de prudente espera la actitud de la cabeza fetal no se ha modificado, también tiene cabida la operación cesárea. En las multigestas, con feto vivo o muerto, la cesárea no será el primer recurso sino que se apelará a ella luego de que fracasen las maniobras correctoras. No sobra añadir que la operación tendrá plena justificación cuando a más del problema dependiente de la misma presentación viciosa exista otro distinto (embarazo múltiple, placenta baja, cesárea previa etc.).

2º **Versión interna.** Consideramos, como lo impone la obstetricia moderna, que ésta intervención no tiene otra indicación distinta a la situación transversa del segundo gemelo.

3º **Fórceps.** Radicando el problema de la presentación de frente en la imposibilidad física para el encajamiento del polo cefálico, no ha de pensarse siquiera en el fórceps. Si por circunstancias de abandono el parto ha progresado hasta tal extremo que la cabeza, por moldeamiento excesivo, haya sobrepasado las espinas ciáticas, podrá utilizarse el fórceps aceptando de antemano que se va a hacer una aplicación difícil y traumática.

4º **Maniobras de mutación.** Bien conocidas fueron en otra época las maniobras de Schatz, Thorn y de M. La Chapelle, cuya finalidad es lograr la flexión de la cabeza, o para, en último caso, completar su deflexión. El éxito de este recurso obstétrico ha sido muy controvertido. Mientras en unas manos los resultados son buenos en otras son completamente negativos. Madden (6) señala éxito en el 38.5% de los casos; Possner y Hellman (10) en el 31.1%; Borell y Fernstrom (1) aseguran, basados en estudios radiográficos, que en muchas oportunidades la boca del feto permanece abierta dificultando la deflexión completa de la cabeza fetal, y que mediante la maniobra de M. La Chapelle la presentación puede transformarse fácilmente a cara. Nosotros creemos que la mutación con ayuda manual es un proceder ajustado a las normas de la ética obstétrica,

puesto que utilizándolo de manera correcta —sin violencia ni obcecación— en nada perjudica a la madre ni a su hijo, y en cambio puede evitar el riesgo quirúrgico que acarrea la operación cesárea. Aunque el éxito sea aleatorio el especialista ha de hacer uso de este recurso para diferenciarse de quienes no lo son. Por lo tanto, aceptamos que las maniobras de mutación o de corrección en la presentación de frente son permisibles en pacientes multigestantes con fetos vivos, y más aún con fetos muertos, siempre y cuando no exista otro problema asociado.

5º Operaciones mutiladoras. La craneotomía seguida de basiotripsia era antes conducta socorrida para extraer los fetos muertos que se hallaban en presentación de frente. En la actualidad esta operación carece de vigencia por la ninguna experiencia que con ella se tiene y por constituir una positiva amenaza para la integridad materna.

Presentación de cara. Bien que ocurra en pacientes primigestantes o multigestantes la presentación de cara termina casi siempre por vía vaginal y en forma espontánea. Es importante antes de decidirse a dejar evolucionar el parto por vía natural, valorar adecuadamente la conformación y el tamaño de la pelvis materna pues, como vimos atrás, muchas presentaciones deflejas son debidas a estrechez del canal del parto. Las maniobras de mutación no tienen aquí tanta justificación como en la presentación anterior ya que suele suceder que, buscando la flexión

de la cabeza para llevarla a vértice, se convierta en frente. El fórceps debe emplearse lo menos posible y sólo ha de recurrirse a él en casos tales como la falta de rotación, el sufrimiento fetal, o la demora en el período expulsivo.

Tenemos la convicción de que el reforzamiento de la contracción uterina con infusión ocitócica aplicada en la fase expulsiva hace más remoto el empleo del fórceps, ya que apresura y facilita el descenso, la rotación y el desprendimiento de la presentación. Así mismo, la ayuda digital prodigada suavemente durante cada contracción aleja la posibilidad de que el mecanismo del parto se pervierta, es decir, que el mentón tienda a rotar hacia el sacro.

En conclusión, la presentación de cara no es por sí sola una indicación que justifique la operación cesárea y el parto ha de esperarse que termine siempre por las vías naturales, mientras no existan problemas de otro tipo.

RESUMEN

1. Se revisaron 101 casos de presentación de frente y 102 casos de presentación de cara, atendidos en el Instituto Materno-Infantil de Bogotá. La incidencia fue de 1:902 y de 1:909 respectivamente.

2. La estrechez pélvica, las circulares del cordón, los fetos pequeños, los embarazos múltiples y las malformaciones fetales fueron las causas probables más frecuentes de las presentaciones cefálicas deflejadas.

3. La cesárea se practicó en el 82.32 por ciento de los casos de presentación de frente y en el 20.79% de los de presentación de cara.

4. Hubo un caso de muerte materna (0.5%), y la mortalidad fetal sin de-

purar fue de 15% para la presentación de frente y de 14% para la presentación de cara.

5. Se comentan las diferentes conductas seguidas y se señalan las más adecuadas.

BIBLIOGRAFIA

1. BOREL y FERNSTROM L.: The mechanism of labour in face and brow presentation. *Acta Obst. and Gynec. Scand.* 39: 626, 1960.
2. DESSEUX S.: *Tratado de Obstetricia*. Edit. Salvat. Buenos Aires, 1957.
3. HELLMAN L. M., EPPERSON J. W. y CONNALLY F.: Face and brow presentation. *Am. J. Obst. & Gyn.* 59: 118, 1950.
4. JACOBSON L. J. y —OHNSON C. E.: Brow and face presentation. *Am. J. Obst. & Gyn.* 84: 1881, 1962.
5. LULL y KIMBROUGH: *Obstetricia Clínica*. Ed Interamericana. México, 1954.
6. MADDEN L. H.: Brow presentation. *Am. J. Obst. & Gyn.* 72: 30, 1956.
7. NUBIOLA y ZARATE: *Tratado de Obstetricia*. Ed. Salvat. Buenos Aires, 1954.
8. PARRA AGUSTIN: *Presentación de frente*. Tesis de grado. Universidad Nacional. Bogotá. 1947.
9. PEREZ BOADA M.: *Consideraciones sobre la estadística de la presentación de cara en el Hospital de San Juan de Dios*. Tesis de grado U. Nal. Bogotá. 1945.
10. POSNER M. and BUCH: Brow and face presentation. *Surg. and Gyn.* 77: 111, 1943.
11. REDDOCH. J. W.: Face presentation. *Am. J. Obstet. & Gyn.* 56: 86, 1948.
12. RUDDOLF S. J.: Face presentation. *Am. J. Obst. & Gyn.* 54: 987, 1947.