El parto en las variedades posteriores de vértice

DESPRENDIMIENTO ARTIFICIAL EN OCCIPITOSACRA

Tesis de Grado - Bogotá - 1948
(RESUMEN)

Doctor HERNANDO NAVAS ANGEL

Generalidades.

Después de estudiar las estadísticas de los servicios de Clínica Obstétrica del Hospital de San Juan de Dios, comprendidas del 1º de julio de 1947 al 30 de junio de 1948, de deducir de este estudio los cuadros estadísticos que aparecen en primer capítulo de nuestro trabajo, además de los índices, hemos llegado entre otras, a la conclusión de que el desprendimiento en variedad occípito-sacra de las variedades posteriores, no es una rareza clínica.

Causas.

En opinión de los antiguos, los partos en presentación de vértice con desprendimiento en O. S., duraban mucho tiempo, eran causa de "malos dolores", en una palabra, eran clasificados en la categoría de partos "contra-natura". Mauriceau explicaba esta anomalía del parto de la cabeza diciendo: "Una de las causas particulares del trabajo prolongado en las variedades posteriores de vértice, es

que el niño viene con la cara hacia adelante y durante los dolores de la madre, la musculatura abdominal comprime la matriz sobre las desigualdades de los miembros del feto, que están como la cara hacia adelante, lo que hace que la contracción, causal del dolor, al ser interceptada, no pueda empujar tan fácilmente al niño hacia afuera, como lo haría si la compresión se hiciera sobre el dorso que es lo que ocurre cuando la cara está hacia atrás, que es la situación natural".

Demelin invoca como causa probable de desprendimiento en O. S. una "oblicuidad anormal del útero" de donde resultaría una oblicuidad del tronco fetal con relación a la cabeza, a menos que ello no dependa de un útero con paredes flácidas, sobredistendido, como se observa en los embarazos gemelares, los fibromas y los hidramnios.

Es lógico que el trabajo del parto, sea prolongado y el sufrimiento fetal frecuente en las variedades posteriores, porque si las contracciones uterinas hacen progresar el parto cuando

la cabeza fetal hace bloque con el tronco, como sucede en las anteriores, en aquéllas, en cambio desfilan la cabeza que entonces recibe la fuerza solamente a través de la columna cervical que para el efecto es muy pequeña.

Devraigne opina que la O. S. puede ser variedad primitiva en el encajamiento en las pelvis cefóticas, lo que sería feliz eventualidad y que lo mismo puede suceder en los partos gemelares en que el segundo feto, pequeño, se encaja y desprende en O. S. Pero, salvo esta opinión que fue confirmada en nuestras observaciones, la O. S., es siempre secundaria y constituye una anomalía de la rotación interna del polo cefálico, y al respecto dice Demelin, que todas las variedades de posición en las presentaciones de vértice, ya sean primitivamente posteriores, transversas o anteriores, pueden rotar, para desprenderse a O. S. y acusa de ello a la deflexión de la cabeza.

Para enumerar entre las causas de partos en O. S. tenemos también las anomalías de la pelvis, como el excesivo desarrollo de las espinas isquiáticas, la morfología infundibuliforme, la estrechez transversa y las pelvis planas que como se comprende, impiden la rotación y desfilan la cabeza.

Por parte del feto, son condiciones favorables a la no rotación y parto en O. S. la braquicefalia primitiva, la procidencia de un miembro y el asinclitismo persistente. En un plano de menor importancia, aunque a veces juegan primordial papel, pueden considerarse el abdomen péndulo, las lesiones del segmento y del cuello, así como los tumores previos.

Mecanismo del parto de la cabeza.

Normalmente, el vértice rota espontáneamente a O. P. El punto interesante del mecanismo es el tercer tiempo, porque en las variedades posteriores, del mismo modo que en las anteriores correspondientes, el occipucio gira hacia adelante para colocarse bajo la sínfisis púbica. Se pregunta, por qué esta evolución se hace hacia adelante y no hacia atrás. Son varios los autores que responden: a) Baudelocque invoca como razón los planos inclinados de la pelvis, uno anterior, constituido por el agujero obturador y por el tallo óseo que se extiende del isquión al estrecho superior; y el otro posterior, confundido con la gran escotadura ciática. Pero es difícil comprender la manera como esos planos podrían dirigir el occipucio hacia adelante; b) Tyler Smith, cree que las espinas ciáticas obligan a la cabeza a rotar en tal o cual dirección, del mismo modo que la aguja de cambios obliga a la locomotora a tomar tal o cual vía. Pero la rotación del polo cefálico se hace, por lo común, cuando la parte más declive de la cabeza y las bolsas parietales han franqueado el estrecho medio y por ende las espinas ciáticas. De esta suerte, dichos elementos óseos, no pueden jugar el presunto papel; c) Tarnier explica el hecho con la **teoría de la palanca**, según la cual la parte posterior de la cabeza es menor en tamaño que el sincipucio. La frente encontraría pues un obstáculo relativamente más considerable por parte de la semicircunferencia anterior de la pelvis, que el occipucio, y de ahí la rotación de este hacia adelante; d) Dubois, en explicac-

ción un poco confusa, da a entender que todo se debe a la acomodación, que parece ser la causa real de este movimiento de rotación. En efecto, puede afirmarse que el occipucio gira hacia adelante, porque la cabeza colocada en O. P., se adapta mucho mejor al canal pélvico que en O. S. Basta comparar el perfil del ovoide cefálico con el de la pelvis materna para darse cuenta de ello. Es natural, que siendo el λ , la parte más declive en la presentación del vértice, salga primero y para hacerlo debe seguir la curva pélvica y colocarse hacia adelante. Debe salir por el camino más corto, que es en este caso la pared vaginal anterior. La acomodación es pues, la causa de la rotación a O. P.

Irregularidades del mecanismo en las variedades posteriores.

Pueden presentarse en cada uno de los tiempos del parto.

1º **a) Defecto en la disminución del tamaño de la presentación** por dificultad en el acaballamiento óseo debido a osificación muy avanzada.

b) **Flexión insuficiente de la cabeza** y a veces conversión en presentaciones de frente o cara.

2º **Rotación interna.** El movimiento de rotación puede hacerse demasiado pronto o demasiado tarde como cuando el occipucio gira hacia delante, sólo al llegar a las vecindades de la vulva. Este retardo es frecuente, cuando el feto es pequeño o la pelvis muy amplia y en este caso pierde la teoría de la acomodación parte de su validez. Asimismo, la rotación interna es

susceptible de irregularidades por exceso o por defecto, según que el occipucio no alcance a llegar a la sínfisis púbica o vaya más allá de ella.

Pero la principal anomalía de este tiempo de parto es la **rotación del occipucio hacia atrás**. Se realiza de dos diferentes maneras:

Siendo antero-posterior la sutura sagital, estando la fontanela menor hacia atrás y el bregma más o menos oculto detrás de la sínfisis pubiana, el occipucio se hunde en el periné, lo distiende y luego de un gran trabajo y de gran flexión de la cabeza, emerge fuera de la horquilla. El suboccipucio se apoya entonces sobre ella y extendiéndose el vértice se ve aparecer sucesivamente el bregma, la frente, la nariz, la boca y el mentón, completándose así el parto de la cabeza y en la mayoría de las veces produciéndose un gran desgarro perineal.

O bien, con mecanismo diferente, la cabeza se desfleja, el occipucio distiende la máximum, la parte posterior del periné, aparece primero el bregma, luego la frente y en este estado se detiene la extensión cefálica. Esta forma de desprendimiento hizo decir a Auvar, que muchas occipito-sacras no son más que frentes ignoradas.

TRABAJO

Siendo nuestro interés primordial al realizar este trabajo, demostrar en lo posible por medio de estudios estadísticos, la mayor incidencia del trabajo prolongado y del sufrimiento fetal en las variedades posteriores entre las presentaciones del vértice, hemos elaborado unos cuadros estadísticos y deducido de ellos

muy valiosos datos. En el original de nuestro trabajo aparecen dichos cuadros.

Fueron objeto de nuestro estudio 5.093 historias clínicas, entre las que encontramos solamente 129 casos de variedades posteriores, que son las que integran nuestros cuadros estadísticos. Pero es claro que no fueron solamente estos los casos que debieron presentarse. El hecho es que no en todas las historias clínicas se encuentra anotada la variedad de posición en el encajamiento, porque no en todas las pacientes se practica el tacto, por innecesario, o porque debido a causas especiales no se ha podido determinar la variedad de posición. De esta suerte, los índices y porcentajes deducidos no son ni pueden ser absolutos, pero sí muy elocuentes por cuanto sirven de base para conceptos que expresamos.

Entre las 5.093 historias clínicas estudiadas, encontramos descripciones de 291 aplicaciones de fórceps, en toda clase de variedades de posición.

Los datos suministrados por los 129 casos de variedades posteriores de nuestros cuadros, son:

Primíparas: 65,11%

Multiparas: 34,89%

Promedio de edad materna: 24 años.

Encajamientos en OI DP: 80,20%.

Encajamientos en OI IP: 18,60%.

Encajamientos primitivos en O. S.: 1,20%.

Promedio de duración del trabajo: 51 horas 40 minutos (1).

Casos de sufrimiento fetal: 45,73%.

Mortalidad infantil y mortinatalidad debidas al sufrimiento fetal: 16,27%.

Fórceps en variedades posteriores: 51,93%.

Desprendimientos en O. P.: 88,38%.

Desprendimientos en O. S.: 11,62%.

Desgarros perineales: 20,93%

Episiotomías: 24,03%.

Perinés ileso: 55,04%.

Sorprende al ánimo más desprevenido, el resultado alarmante, por los datos que suministra, de este estudio estadístico.

¿A qué es debida esta excesiva duración del trabajo y sus peligrosas consecuencias? Sobre todo a la dilatación lenta del cuello, sobre el cual la cabeza se apoya mal así como a la flexión insuficiente. Esto explica que a pesar de una dilatación completa, la mujer se esfuerza en vano por expulsar, llevando mal las contracciones sobre la cabeza deflejada. Después, cuando ésta llega al piso perineal, si se flexiona, podrá salir, después de haberlo distendido y de provocar el desgarro. Deflejada, también podrá desprenderse espontáneamente, pero este desprendimiento será largo y penoso.

Diagnóstico.

Es frecuentemente desconocido, porque no se piensa suficientemente en la O. S. Es bien sabido, que la mayoría de las occípito-posteriores rotan normalmente a O. P. si están flexionadas o si lo son artificialmente. Pero aparte de que estas variedades rotan a veces a O. S., las anteriores y transversas también pueden hacerlo en determinadas circunstancias de deflexión cefálica.

Para el médico no especializado, cada vez que la sutura sagital es antero-posterior, la rotación interna está hecha; se trata seguramente de una O. P. y todo va a marchar bien; con algunas buenas contracciones el parto va a verificarse y se incita a la parturienta a pujar energicamente. Al cabo de una prolongada espera, ante la evidencia de algo anormal, se hace un nuevo tacto vaginal y si no lo impide una gran bosa sero-sanguínea, se encuentra la sutura sagital y hacia adelante, por debajo de la sínfisis pubiana, la fontanela bregmática. Se hace entonces el diagnóstico de O. S. y se halla la razón de la distocia.

Pronóstico.

Varía, según que el diagnóstico sea o no, hecho con oportunidad. En el caso positivo, con conductas determinadas, se podrá resolver el problema. El feto está más amenazado en las O. S., que en las O. P. porque el trabajo es más largo.

Conductas.

a) **Espera.** La técnica obstétrica moderna tiende a la prevención de los accidentes maternos y fetales. Si bien es cierto que todas las presentaciones de vértice rotan fisiológicamente para desprenderse, a O. P., las variedades posteriores con alguna frecuencia y por razones obvias, se hacen distócicas. Por esto, la exageración de la "inteligente espera", nos parece una conducta peligrosa. El trabajo en las variedades posteriores se prolonga, la paciente se extenua, el sufrimiento

fetal se hace notorio y casi siempre se llega a la necesidad de intervenir en condiciones adversas.

b) **Maniobras digitales.** Ante el cuadro distócico de una variedad posterior de vértice que no sigue la evolución fisiológica, surge en primer lugar la indicación de hacer la rotación con maniobras manuales, como la **maniobra de Hodge**, que trata de aumentar la flexión de la cabeza por medio de presiones digitales ejercidas sobre el sincipucio, durante las contracciones uterinas y de hacer luego la rotación manual para lo cual debe operar la mano profundamente introducida en la cavidad uterina. Entre otras razones, aducimos el grave peligro de infección del endometrio, para justificar nuestro rechazo de esta conducta, demorada en su ejecución y fácilmente reemplazable por otras más técnicas.

c) **Ocitócicos.** Entre nosotros el Profesor Ramírez Merchán, ha sintetizado en uno de los apartes de su trabajo de agregación titulado **Conductas obstétricas controvertibles**, lo que actualmente puede y debe saberse sobre ocitócicos, y refiriéndose a su uso en las variedades posteriores de vértice, se expresa así: "Se nos ocurre, que si hay especialistas que proponen abandonar en totalidad el uso de la pituitrina, no adhiriendo nosotros a tal concepto, si preconizamos relegarla de manera absoluta en las presentaciones de cara de frente y aún en las de **vértice atascadas en O. D. P.**". Por nuestra parte, atrevidamente diríamos que las variedades posteriores de vértice podrían considerarse para el efecto, como colocadas en el "límite de la distocia".

d) **Fórceps.** ¿Con qué objeto convertirse en espectador de los padecimientos de la madre en trabajo con una variedad posterior de vértice que no rota, o verificar rotaciones manuales de éxito dudoso si llenadas las indicaciones podemos verificarlas en sentido anterior o posterior y en más corto tiempo con el fórceps? Para hacerlo existen varias técnicas, enumeradas y descritas por el Profesor Ramírez Merchán en su **Presentación de una técnica original para las aplicaciones del Fórceps en las variedades posteriores del vértice**, publicada en la **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, número 2, volumen 1º, a saber: Técnica Clásica, Técnica de Scanzoni, Técnica Invertida, Maniobra de De Lee (The Key in lock), Técnica de Tattelbaum, desprendimiento en oblicua, Técnica Original, presentada por el Profesor Ramírez y por último, rotación y desprendimiento en O. S. objeto principal de nuestro trabajo.

De todas estas técnicas, la más conocida y usada es la clásica, con rotación a O. P. Requiere cuatro tiempos a saber: flexión, corrección del asintetismo, rotación y extracción. Los dos primeros se logran con las maniobras manuales de que hablamos anteriormente. Después de esto, se colocan las ramas del fórceps en el diámetro oblicuo opuesto al que sigue la sutura sagital. Viene luego la rotación que para ser correcta debe practicarse en forma progresiva por medio de la modificación de De Lee (la llave en la cerradura), que trata de imitar el proceso natural, imprimiendo a la cabeza un "movimiento de serpenteo". Dos o más tomas son necesarias para

hacer esta rotación de 135º, para llegar a la extracción con la curva pélvica del fórceps orientada hacia adelante. Pero puede correrse la contingencia de que esta rotación se haga difícil o imposible, impidiendo al cirujano ceñirse a la regla clásica del desprendimiento en O. P. y por otra parte, esta operación requiere bastante tiempo para ser suave y con todo, a pesar de la relativa inocuidad del fórceps, no dejan de presentarse desgarros en las paredes vaginales. Es entonces cuando surge la necesidad de utilizar otra técnica para terminar el parto.

e) **Operación cesárea.** No está precisamente entre las indicaciones de la cesárea la variedad posterior del vértice, pero en cambio sí está plenamente indicada en muchas de los casos que constituyen la etiología de esa variedad de posición. En efecto, pelvis infundibuliformes, pelvis transversalmente estrechas, pelvis planas, indican una vez diagnosticadas, la intervención por vía alta. Lo mismo podría decirse de los grandes edemas del cuello, tan frecuentes en esta modalidad del parto.

Ante los alarmantes datos suministrados por nuestro estudio estadístico de las variedades posteriores, creemos justificada la preconización, al lado de las otras conductas conocidas, diferentes de la clásica, entre las que brilla con luz propia la original presentada por el Profesor Ramírez Merchán, de la técnica de la rotación y desprendimiento en O. S. No pretendemos ser originales, ni buscar aceptación general. Nuestro único anhelo es con-

tribuir al estudio de uno de los problemas de la especialidad.

Muy pocas veces se realiza espontáneamente la rotación hacia atrás y el desprendimiento en O. S. Afortunadamente, porque muy a menudo esto no se ha previsto. Pero, si ello es posible por los medios naturales, ¿por qué no ha de serlo por los instrumentales?

Habiendo preconcebido la idea de intentar siempre en los casos de variedades posteriores la rotación posterior antes de intentarla hacia el pubis, lo hicimos así en todos los casos en que había completa indicación de fórceps, y en ninguno de ellos encontramos dificultad en las maniobras de rotación y extracción. Así pues, es esta la variación que proponemos, de escasa importancia si la valoramos por las dificultades que ocasionalmente pueda acarrear, pero de gran utilidad si se miden sus ventajas de rapidez del acto operatorio, de inocuidad para el feto y aún para la madre.

En la rotación en sí, raro será encontrar dificultades, pero si eso ocurriera nada hay en el intento fallido que impida seguir entonces cualquiera de las otras técnicas ya enumeradas. En donde sí puede haber dificultades y peligros, especialmente para la integridad perineal de la madre, es en las maniobras de desprendimiento, pero esos peligros pueden conjurarse fácilmente procurando en primer lugar reducir la deflexión de la cabeza, tantas veces acusada de ser la causa de la distocia en estos casos. Para lograrlo basta, una vez cumplida la rotación, teniendo una toma biparietal, directa para la madre, e invertida para el feto, hacer tracciones hacia ade-

lante hasta que la presentación haya franqueado el estrecho medio; cuando el parto esté en este punto y se inicien las tracciones para el desprendimiento, éstas deben hacerse hacia adelante y arriba con el objeto de llevar la espina nasal del frontal a colocarse frente al borde inferior de la sínfisis pubiana materna. Así ésta servirá de punto de apoyo para desprender el occipucio con tracciones que se hacen nuevamente hacia adelante. Se retiran entonces las cucharas del fórceps y si las condiciones del periné lo indican, se practica episiotomía paramediana, que tiene la ventaja de que sí no resultare suficientemente amplia y se produjere un desgarró sobreagregado, éste seguirá la línea trazada por aquélla y por lo tanto no comprometerá la integridad del esfínter anal. Siguiendo esta técnica especial que nos fue señalada y dictada por los Profesores José del C. Acosta, Carlos J. Mojica y Rafael F. Ramírez M., no hemos encontrado dificultades en ninguno de los casos tratados, cuyas historias clínicas aparecen en el capítulo correspondiente de nuestro trabajo.

Conclusiones.

1ª En todas las ocasiones en que el trabajo del parto en presentación de vértice se prolongue, especialmente en el período de descenso o en el de desprendimiento, sin causa aparente que lo justifique, debe pensarse en una variedad posterior que no ha podido rotar, que trata de hacerlo o lo ha hecho a occípito-sacra.

2ª El parto en las variedades occípito-posteriores, con desprendimiento

en O. S., es en ocasiones determinadas, tan fácil y eutócico como cuando termina en O. P.

3ª La causa principal de largo trabajo en las occípito-posteriores, es la deflexión de la cabeza.

4ª El desprendimiento en O. S., no es una rareza clínica.

5ª Las occípito-posteriores pueden considerarse en el "límite de la distocia".

6ª Se justifica plenamente la intervención instrumental en estos casos, sin esperar las complicaciones de tan frecuente ocurrencia.

7ª Al aplicar el fórceps en estos casos, se puede intentar la rotación de la variedad posterior a O. S. y desprender en esta variedad, con las modificaciones de técnica descritas. Si no es posible hacerlo y sin necesidad de cambiar de toma, debe entonces seguirse la conducta clásica u otra de las ya enumeradas, rotando a O. P. La extracción en O. S. tiene las ventajas de abreviar la intervención, ser menos traumática para la madre y el feto, no requerir sino una sola toma con el fórceps, una rotación mínima de 45 grados y ser casi tan fácil como la hecha en O. P.

8ª El desgarro perineal anunciado por la mayoría de los autores para estos casos, no siempre se produce, y puede evitarse con la episiotomía oportuna que siendo paramediana trazará el camino al desgarro, si lo hay, sin que comprometa el esfínter anal.

- 1—Acosta S. Hernando. Conferencias de Obstetricia. 1945. Bogotá.
- 2—Peralta C. Rafael. Conferencias de Obstetricia. 1946. Bogotá.
- 3—Ramírez Merchán Rafael F. "Conductas obstétricas controvertibles". *Revista de la Facultad de Medicina*. Números 7 y 8. 1948. Bogotá.
- 4—Martínez Oscar. "Algunos aspectos del parto en las primíparas". Tesis de grado. Bogotá. 1947.
- 5—Pérez Manuel Luis. *Tratado de Obstetricia*.
- 6—Moragues Bernat Jaime. Clínica Obstétrica.
- 7—De Lee-Greenhill. *Principles and Practice of Obstetrics*.
- 8—Fabre. *Manual d'Obstetrique*.
- 9—Devraigne L. *Manual d'Obstetrique*.
- 10—Recassens Girol. *Traité d'Obstetrique*.
- 11—Auvard. *Traité pratique d'Accouchements*.
- 12—Rouvier Jules M. *Traité pratique d'Obstetrique normale*.
- 13—Bumm Ernest. *Precis d'Obstetrique*.
- 14—Farabeuf L. H. et Varnier Henri. *Introduction a l'etude clinique et a la pratique des accouchements*.
- 15—Devraigne L. "Les occipito-sacrés". *Le Monde Medical*. Mayo 1946.