

# Concepto Práctico del Encajamiento, especialmente en Primigestante de Vertice

Análisis Clínico: DOCTOR RAFAEL PERALTA CAYÓN  
Profesor Titular de Obstetricia.

Estudio clínico y radiológico: Dr. Rafael Peralta C., Dr. Ariel Rodríguez (Médico-Residente del Instituto de Protección Materno-Infantil), Dr. Guillermo Sierra (Radiólogo del mismo Instituto), Dres. Mario Sanz y Luis Salazar (Jefes de Clínica Obstétrica).

Trabajo presentado a la Primera Convención de Obstetricia y Ginecología, reunida en Bogotá, en septiembre de 1953.

En obstetricia, sencillamente se entiende por encajamiento, el tiempo del parto que indica el paso de la mayor circunferencia del polo cefálico por el área del estrecho superior.

**DIAGNÓSTICO:** La característica de la presentación encajada, es haber vencido una de las primeras dificultades al parto, y haber franqueado el primer plano paralelo de Hodge, que corresponde al estrecho superior. Entonces por palpación deben descartarse los términos de presentación móvil, insinuada o fija y la cabeza no se deberá desplazar hacia arriba. Por tacto vaginal se comprueba la apreciación anterior y además se localiza su relación con el bacinete, y prescindiendo de bosa serosanguinea o algo semejante, la zona ósea más baja de la cabeza, debe estar en el segundo plano paralelo de Hodge, por lo menos, que va desde la union de la I y II sacras al subpubis, y es paralelo al plano del estrecho superior. Desde un punto de vista de probables conductas para el parto intervenido, debe tener cabida el forceps y no la sesárea, que en la necesidad de desocupar el útero, serían las dos intervenciones obstétricas que ofrecerían discusión.

**EVOLUCIÓN:** El encajamiento está orientado por las normas de fisiología obstétrica, y su causa eficiente está en la contracción uterina con sus caracteres normales en cuanto a intermitencia, ritmo, frecuencia, intensidad, duración, etc. Mas para que la resultante de esa causa eficiente sea favorable, se ha aceptado que existen los llamados fenómenos premonitores del encajamiento, como orientación y rotación convenientes, más flexión de la cabeza, que puede favorecerla

el choque contra la zona ósea del estrecho superior y la buena calidad de las paredes uterina y abdominal, todo con el objeto de que la cabeza halle el diámetro apropiado de la pelvis y ofrezca por sí misma el de menor dimensión, y entonces relacionará el suboccipito-bregmático de 9,5 ctms., al transverso u oblicuo de la pelvis ósea, de 13 y 12 ctms., respectivamente. Si la flexión no es acentuada, se presenta el suboccipito-frontal de 11 ctms., y puede ocurrir que un acaballamiento moderado de la bóveda craneana haga disminuir dicho diámetro, al encontrarse las dos fuerzas opuestas, la dinámica imprimida por la contracción y la estática del bacinete, que como vimos, origina la flexión si existe el fenómeno físico de la palanca de primer género, ya que de lo contrario podría haber es deflexión. Por otra parte, existen sinclitismo y asinclitismo: en el primer caso cuando coincide el eje del feto con el del estrecho superior, pero que se acepta como algo no frecuente y sólo en fetos pequeños; en el segundo cuando no hay esa coincidencia y entonces la cabeza hace una inclinación lateral, pudiendo bajar por la concavidad sacra el parietal posterior o asinclitismo posterior, que se cree el más constante y en cuyo caso la sutura sagital estará mas próxima al pubis que al sacro, o bien sucede lo contrario, o asinclitismo anterior, en que dicha sutura se aproximará al sacro y se alejará del pubis, lo que se cree como excepcional por razones anatómo-geométricas.

### LO CLÁSICO Y LO PRÁCTICO

Con las bases relatadas, los tratadistas sostienen que el encajamiento es precoz en las primigestantes, cuyas paredes uterina y abdominal son fuertes y hacen perfecta acomodación de la cabeza a la pelvis materna, y que se opera al octavo y medio mes de embarazo, o entre el octavo y medio y noveno meses; en cambio en la multigestante debe hacerse en el momento del parto. Ha sido tanto el convencimiento de ello, que se han llegado a dar cifras y porcentajes, y aseguran que el 70% de las primigestantes cumplen la norma anterior.

Sobre el más probable diámetro materno en que se haga el encajamiento no existe acuerdo entre las Escuelas obstétricas francesa y norteamericana, ya que mientras la primera sostiene que es por uno de los oblicuos, la segunda, con argumentos radiológicos asegura que es por el transverso.

A ambos temas nos referiremos en seguida:

#### A)—ENCAJAMIENTO:

No hemos compartido la tesis de que el encajamiento sea precoz en la primigestante sino como la excepción y nunca como la regla. Así lo hemos declarado en la Cátedra de Obstetricia y lo hemos comprobado en nuestra práctica obstétrica hospitalaria y particular, y hemos querido que se aclare este concepto, porque ha sido el motivo de conductas peligrosas para la madre o el feto, o para ambos, especialmente en el ejercicio profesional, en que el forceps ha invadido tanto el terreno de la cesárea, con funestos resultados.

Analizaremos factores de Fisiología y Clínica obstétricas, estudiando lo que dan la clínica pura y la radiología.

La observación detenida de tantos trabajos de parto y lo fundamental como es el encajamiento, nos ha demostrado que se hace es con las contracciones uterinas del parto únicamente, si reúnen los requisitos fisiológicos relativos a regularidad, frecuencia, intensidad, duración, etc., si hacen que el útero experimente una dirección apropiada con el objeto de que coincidan los ejes del feto y del bacinete, o que si hay asinclitismo prime el de tipo posterior. Y adicionamos algo práctico: el estado del cuello y segmento, que respondan favorablemente a la acción sinérgica ejercida por la contracción uterina, ya que de este binomio obstétrico se facilita el encajamiento, que lo hemos visto comprometido en cambio, en las distocias del cuello, con cierta incidencia.

Durante el embarazo en ninguna época las contracciones pueden tener la potestad de resolver un tiempo que no es tan sencillo, siempre hemos comprobado, en la primigrávida, no obstante lo ya expuesto, no es una etapa del mecanismo del parto tan fácil como para que pueda ocurrir fuera del verdadero trabajo, ya que el proceso para que se adapten y acomoden la configuración del feto a la del bacinete, por cierto diferentes, y el primero vena al segundo, dentro de las leyes físicas sería imposible sin la cooperación de una fuerza dinámica y poderosa como es la contracción del miometrio y sus efectos.

Así hemos comprobado que llega la cabeza al estrecho superior o sea al primer paralelo de Hodge, y sin que haya pasado de aquí, su gran circunferencia la zona más declive del polo esta próxima al segundo paralelo pero por vía vaginal es rechazable aunque sea con cierta dificultad. Luego con repetidas contracciones es cuando pasa al tercer paralelo de Hodge, que parte de la unión de la III y IV sacras y sigue adelante una línea que corresponde a la altura de las espinas ciáticas, en cuyo caso ya debe ser imposible rechazar la cabeza por vía baja.

Consideramos entonces que el encajamiento es más complejo de lo que uno se pueda imaginar, y que la primera etapa del primero y segundo paralelos de Hodge traducen un encajamiento imperfecto, porque aún es "cesareable" la presentación, con dificultad moderada o grande: en cambio la segunda etapa cuando llega al tercer paralelo, representa encajamiento perfecto, la presentación no debe ser cesareable, y si se intenta la vía alta debe haber fracaso operatorio materno-fetal.

El análisis anterior es fisiológico y práctico, y por eso se ha relacionado con el criterio de intervenciones obstétricas, altas o bajas, con la cesárea o el forceps, y de no ser así, tendríamos que hacer una revolución de conceptos y aceptar que la presentación perfecta y completamente encajada es cesareable, en lo cual no estamos de acuerdo, y si bien es cierto que hemos visto de que cabezas que se han creído encajadas, se han rechazado a través del mismo diámetro de encajamiento por el cual venían, se ha debido a que en rigor no existía un encajamiento definitivo sino que se trataba de presentación fija o insinuada.

Por eso es también por lo que hemos clamado, que se peque por exageración al apreciar el descenso del polo cefálico a través del estrecho superior, y que di-

gamos que hay encajamiento verdadero cuando está en el tercer paralelo de Hodge y no en el segundo ni mucho menos en el primero, pues la práctica clínica lo ha resuelto: el examen fuera de la contracción, la anestesia general, etc., sorpresivamente nos indican que lo que creíamos encajado aún es rechazable, cuando no ha sido el arrepentimiento oportuno de un forceps por una cesárea (u otra maniobra obstétrica para presentación no encajada), al introducir las ramas del aparato y notar el absurdo, el acto objetivo que nos sellaba irrefutablemente el primitivo error de apreciación.

En idéntica forma, muchas veces se nos anuncia en las clínicas, en los controles del parto de una paciente, que la presentación está "encajada", en cualquiera de las variedades de posiciones existentes, y si se trata de una primigestante la aseveración es más enfática por la sugestión previa del encajamiento precoz en ella; luégo con serenidad hacemos un examen y tenemos que refutar la apreciación inicial y si surge una intervención obstétrica, la vía alta y la extracción de la cabeza por la brecha uterina, aclaran el error incurrido.

Los juicios y raciocinios anteriores podrían aplicarse a las multigestantes, pero por lo pronto sólo hemos querido hacerlos en las primigestantes.

Para complementar todo lo anterior, nada más racional que el concurso de los Rayos X, y por eso hicimos 25 observaciones de primigestantes a término, en trabajo y sin estar en éste, lo mejor calculadas, por los conocidos datos de altura uterina, última regla, etc., sin desproporción céfalo-pélvica, diagnosticada previamente por pelvimetría, palpación medidora de Pinard, etc. Hubiera sido suficiente tomar primigestantes de Sala de Espera, a término o casi a término, pero por estar tan seguros de nuestro concepto práctico, y para reforzar éste, quisimos también hacer la experiencia en pacientes ya en período de borramiento o dilatación, a fuer de que así evitábamos los posibles errores en el cálculo de la legítima edad de la gestación. Utilizamos el aparato de Rayos X del Profesor Acosta V., que existe en el Instituto de Protección Materno-Infantil de Bogotá, y se tomaron una serie de radiografías, una anteroposterior y otra lateral a cada paciente, para así apreciar con ellas, dos puntos de reparos fundamentales, pubis y promontorio, y la relación de ellos con la cabeza fetal; además, podíamos apreciar el diámetro del estrecho superior que se seguía para el encajamiento.

Pudimos ratificar el hecho de que el encajamiento no es precoz en las primigestantes, ya que en las observaciones de Sala de Espera, con embarazo a término, sin trabajo, el plano más declive de la cabeza fetal apenas llega al área del estrecho superior sin franquearla; por otra parte, en primigestantes ya en trabajo franco, se halló un estado semejante al anterior, aún con cierto grado de dilatación cervical, y solamente el encajamiento era verdadero cuando el trabajo estaba avanzado, tal como se observaba en una misma paciente cuando se le tomaban y repetían las radiografías. Además, hay que declarar que también se apreció cierta discrepancia entre el concepto clínico en que por tacto se notaba la cabeza aún "cesareable", y en cambio el concepto radiológico decía que "estaba encajada", tal vez explicable en casos de trabajo de dilatación avanzados,

en que el examen clínico se practicaba en período de reposo de la contracción, y el radiológico durante ésta.

Ahora bien, si durante el parto comprobamos que el encajamiento en la primigrávida normal no es tan fácil, sino que tiene cierta demora, con mayor razón tenemos que negar la tesis de que se hace precozmente en el embarazo, de los 8 y medio a 9 meses.

Algunos detalles de cierto interés en relación con lo expuesto, figuran en las respectivas historias clínicas.

#### B)—DIÁMETRO DEL ESTRECHO SUPERIOR UTILIZABLE EN EL ENCAJAMIENTO.

En cuanto al diámetro materno que debe seguir el polo cefálico de vértice para franquear el estrecho superior, partimos de la base de que se trata de pelvis normales, de tipo ginecoide, y aunque para esto se necesitarían muchas observaciones, unas 100 como mínimo, con radiopelvimetría, radiocefalometrías, etc., para sacar conclusiones reales. Sólo nos limitamos a manifestar que en la mayoría de las historias se observó que la orientación de encajamiento y éste, se hicieron por el diámetro oblicuo del estrecho superior, habiéndole dado más valor para dicha apreciación a los casos de pacientes en trabajo que aquellas que no lo estaban, ya que éstas podrían cambiar su orientación para seguir el diámetro transverso.

Ojalá que un futuro trabajo científico, por ejemplo de Tesis de Grado, interviniera para corroborar o refutar lo anterior, pero por lo pronto nuestras pocas observaciones están con la enseñanza de la Escuela obstétrica francesa que es tablece el diámetro oblicuo para el encajamiento.

#### RESUMEN DE LAS OBSERVACIONES RADIOLÓGICAS:

Total de historias: 25. En trabajo: 11. Sin trabajo: 14. (Total de las placas tomadas: 64).

Flexión de la cabeza: 24. Deflexión: 1. De las 11 en trabajo: *a)* No encajadas: 7. *b)* Encajadas radiológicamente: 4. *c)* De éstas 4, clínicamente encajadas: 1. Clínicamente no encajadas: 3.

De las 14 sin trabajo: *a)* No encajadas: 13. *b)* Encajadas: 1.

Diámetros maternos para el encajamiento: *a)* Por el oblicuo: 23. *b)* Por el transverso: 2.

Resultados finales: *a)* Partos espontáneos: 11. *b)* Forceps: 2. *c)* Cesáreas: 1, por inercia, no había desproporción céfalo-pelvica. *d)* No han salido en la fecha del presente artículo: 11.

## CONCLUSIONES:

La fisiología, clínica y radiología obstétricas, demuestran:

1º—El encajamiento verdadero se hace durante el parto, y no es precoz en la primigestante como regla, sino como excepción.

2º—Es un tiempo complejo del parto a cargo de la contracción uterina normal que hace surcar al polo cefálico los planos paralelos de Hodge, y, si llega al tercero el encajamiento es perfecto y completo; si sólo está en el segundo no es, y aquí todavía puede hacerse la cesárea, y en cambio es peligroso el forceps.

3º—Por sostener que el encajamiento es precoz en la primigestante, antes de llegar a término o cuando lo está, y por asegurar que la cabeza está encajada cuando ha llegado al segundo paralelo de Hodge, es por lo que ha habido confusión y error de las conductas, el forceps ha invadido terreno de cesárea, lo que es nocivo en la madre y en el feto, sobre todo en primigestantes, y apenas puede intentar en multigestantes, en medio quirúrgico para poder cambiar por una cesárea, en manos de especialistas en el manejo de dicho aparato, y en condición de que no haya sino distocia de encajamiento de causa secundaria, es decir, que la pelvis sea normal.

4º—La calidad de la contracción y la respuesta favorable en el cuello uterino constituyen un binomio obstétrico que favorece el encajamiento, y por lo tanto no nos debe extrañar las dificultades al encajamiento, en los casos de distocia cervicales.

5º—En pocas observaciones comprobamos, que el diámetro por donde se hace el encajamiento es por uno de los oblicuos, que será el izquierdo, ya que las variedades de posiciones de encajamiento más constantes, son las O.I.I.A. y O.I.D.P.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—W. E. Caldwell., H. C. Moley., D. Antony D'Esopo: DEMORAS PELVICAS. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol 36, Nº 6, págs. 928-931. XII/28.
- 2.—Méndez Luis, M. D. Traducción al español. EMPLEO DE LOS RAYOS X EN OBSTETRICIA. (Pelvimetrías y cefalometrías, variaciones anatómicas en la pelvis de la mujer y sus clasificaciones de acuerdo con su morfología). Del American Journal of Roentgenology and Radium. Vol. XLI. Nos. 3, 4 y 5, III y V/39.
- 3.—De Lee-Greenhill: Principios y práctica de Obstetricia. Edición Uteha., Toronto.
- 4.—Peralta C. Rafael: A propósito de las aplicaciones de forceps por encima del estrecho superior. Colombia Médica, V/44, Vol. III, Nº 8. Conferencias de Obstetricia. 1946.