



Hace 57 años

El drama de las posiciones occípito-posteriores de vértece

Por el Dr. EDUARDO URZAIZ RODRIGUEZ*

Un gran tocólogo norteamericano, el Dr. E. Reynolds, ha dicho que no hay variedad de trabajo obstétrico en que los malos resultados ocurran con mayor frecuencia que en las posiciones posteriores de vértece. Y hay que fijarse en que esos que él llama eufemísticamente malos resultados son susceptibles de convertirse en verdaderos dramas de terminación tan trágica como los de Shakespeare.

El hecho de nacer muerto el bebé esperado con tantas y tan risueñas ilusiones, es un mal menor si la madre no ha sufrido lesión permanente; porque “en el periodo sembrado, se siembra el año que viene”. Pero si el angelito ha sido esperado durante un buen número de años y tiene probabilidades de ser primero y último; si aunque nazca vivo resulta luego idiota, inválido o epiléptico; si la madre muere también llenando de luto un hogar antes dichoso o tronchando un idilio todavía en flor; si queda condenada a arrastrar durante toda su vida la cadena de una fistula vesicovaginal, de un cistocele, de un periné desprovisto de sus elevadores y constructores, o de un esfínter sin control, no hay palabras suficientes para expresar la sotelería del cuadro ni tampoco para encarecer la necesidad de pugnar porque no se produzca.

Las terribles dificultades de un parto en posición occípito-posterior de vértece no se anuncian con el dramatismo impresionante de una placenta previa o de un ataque de eclampsia; surgen insidiosa e inesperadamente

en el curso de un trabajo que se inició al parecer normal y con probabilidades de una terminación feliz.

Por eso son tan temibles y por eso eran mucho más frecuentes cuando las señoras daban a luz en sus propios domicilios; cuando todos los médicos eran además cirujanos y parteros, y cuando el especialista (relativo, pues también él hacia de todo) sólo era llamada después de que la ignorante o pretenciosa comadrona había agotado el repertorio de sus manipulaciones y diligencias.

Es cierto que todas las irregularidades y dificultades que presenta un parto en occípito-posterior de vértece, pueden ser corregidas y solucionadas por el arte; pero para ello se requiere que el que la atiende sea un verdadero especialista con un profundo conocimiento del mecanismo normal o anormal del trabajo, un clínico capaz de hacer con oportunidad un diagnóstico exacto del caso, y con una habilidad y una práctica especiales para seleccionar y llevar a cabo las maniobras indicadas según las diversas circunstancias. Habilidad y práctica que por desgracia en este ramo, no se pueden adquirir sobre un maniquí o sobre el cadáver. Es necesario además que la paciente sea atendida en un hospital o sanatorio bien equipado, y que el tocólogo haya abandonado los prejuicios conservadores y esté dispuesto a recurrir con tiempo a la moderna cirugía obstétrica.

¡Y todo porque la cabeza fetal tiene orientado el occipucio hacia el extremo posterior de un diámetro oblicuo de la pelvis, en vez de tenerlo dirigido hacia el anterior! Pero de este detalle al parecer insignificante, se origina que cada uno de los tiempos del mecanismo del parto sea especialmente difícil; parece que la naturaleza se ha complacido en amontonar las dificultades y que éstas se engranan de tal manera que cada una engendra la del tiempo siguiente.

* Reproducido de Revista yucateca de Obstetricia y Ginecología 1955;vol. IX(1).

El encajamiento de la cabeza fetal, que en la posición occípito-anterior es muy fácil, tan fácil que por lo general se verifica en las primíparas con anterioridad al inicio del trabajo, se hace difícil en la occípito-posterior por las condiciones mecánicas que resultan de la forma irregular, tanto de la cabeza fetal como del estrecho superior de la pelvis materna. Tracemos dos líneas paralelas cruzando el contorno de dicho estrecho una que llamaremos A del lado derecho del promontorio a la eminencia ileopectínea derecha, y la otra que llamaremos B, del centro de la escotadura sacro iliaca izquierda a la sínfisis del pubis. Fácil es demostrar gráficamente que cuando la cabeza atraviesa el estrecho en posición occípito-anterior, su diámetro biparietal, que es el más ancho, corresponde al gran espacio vacío marcado con la línea B. Además la flexión, tiempo complementario del encajamiento, se ha verificado ya con igual facilidad y tiende a conservarse porque la fuerza de la contracción uterina transmitida a lo largo de la columna vertebral del niño actúa sobre el lado más corto de la palanca que representa el diámetro longitudinal de la cabeza; es decir, sobre el occipucio, y lo empuja hacia abajo.

Al contrario, en la occípito-posterior, el ancho diámetro triparietal de la cabeza tiene que pasar por la parte más angosta de la pelvis, la que hemos marcado con la línea A que algunos llaman diámetro lateral, mientras el corto diámetro bitemporal se encuentra libre en el amplio espacio vacío señalado por la línea B. Para que la parte más ancha de la cabeza franquee la más angosta de la pelvis se requiere que la desproporción entre los respectivos diámetros no sea mucha que las contracciones uterinas sean enérgicas y que la cabeza sea susceptible de disminuir su anchura por cabalgamiento de los parietales e insinuación del occipital debajo de ellos. Por otra parte, al encontrarse detenido el occipucio, el sincipucio libre tiende a descender produciendo en mayor o menor grado la deflexión o extensión de la cabeza. Como consecuencia de estas condiciones que retardan el encajamiento, la marcha del parto se caracteriza, en estos casos, por la irregularidad de los dolores y la lentitud de la dilatación del cuello uterino, lentitud que puede llegar a un verdadero estacionamiento. Este aspecto clínico del trabajo sirve hasta para sospechar la presentación occípito-posterior no diagnosticada antes.

La irregularidad de los dolores no ha sido explicada aún satisfactoriamente, pero se le considera un fenómeno reflejo o más bien un resultado del retardo de la dilatación.

Hay aquí un círculo vicioso; el cuello no se dilata porque los dolores son irregulares, y éstos lo son porque el cuello no se dilata.

Ahora bien, la lentitud de la dilatación se debe sobre todo a que la cabeza mal encajada o no encajada, no tiene la excavación; el líquido amniótico fluye libremente, se forma una bolsa prominente y suele producirse la ruptura prematura de las membranas faltando la bolsa de las aguas y no aplicándose la cabeza sobre el orificio interno del cuello, su dilatación queda encomendada al solo juego de las fibras circulares y longitudinales del útero, y al fatigarse éstas por las contracciones ineficaces, se estaciona sobre todo en las primíparas. Por este cansancio del músculo uterino el estacionamiento de la dilatación puede ocurrir hasta con la bolsa íntegra.

Según sea la desproporción entre la anchura del occipucio y el diámetro lateral de la pelvis, la fuerza de las contracciones uterinas y la mayor o menor adaptabilidad de la cabeza, ocurrirán cuatro casos: La cabeza no logrará franquear el estrecho superior y quedará flotando sobre él. Detenido el occipucio la cabeza se extenderá hasta convertirse en presentación de frente y ocupando un diámetro oblicuo (por lo general el que llamamos primero) se encará como tal. En las mismas condiciones el proceso de extensión de la cabeza continuará hasta convertirla en presentación de cara y se encará originando una mento-anterior, lo que es una solución favorable. Por último, y éste es el caso que nos interesa en este trabajo, la cabeza logra franquear el estrecho superior, merced a un largo y doloroso trabajo sin perder la flexión: si la bolsa está ya rota se empezará a formar sobre el occipucio un enorme abultamiento serosanguíneo.

Una vez logrado el encajamiento, la cabeza ocupa uno de los diámetros oblicuos que, como ya dijimos, es por lo general el primero; viene entonces a quedar en posición occípito-derecha posterior, y aquí empieza la segunda tanda de dificultades, o sea el segundo acto del drama.

En la posición normal occípito-izquierda anterior, una vez encajada la cabeza, la rotación interna y el descenso se verifican con gran facilidad porque la distancia que el occipucio recorre en sentido horizontal para llegar a occípito-pública, es tan sólo un octavo de círculo y es proporcional o equivalente a la que debe descender. Ambos tiempos son simultáneos o, mejor dicho, forman uno solo y en realidad el occipucio sigue una línea oblicua entre ambos puntos, y al terminar de girar, la cabeza se encuentra en

el estrecho inferior directamente bajo la sínfisis del pubis, bien flexionada y lista para desprenderse por extensión.

En el caso de la cabeza encajada en occípito-derecha posterior, esa simultaneidad y este sínetonismo desaparecen porque la distancia a recorrer en sentido horizontal para que el occipucio llegue a quedar bajo el pubis es tres veces mayor que la que media entre el estrecho superior y el inferior: la cabeza tendría que descender sin girar o girar sin descender. Lo primero es imposible, dada su forma oval y la distinta orientación del diámetro mayor aprovechable en cada uno de los tres estrechos de la pelvis.

Lo segundo sí puede verificarse mediante un mecanismo especial y una deformación característica que por decirlo así, divide la cabeza en dos partes capaces de girar en sentido inverso y no descender sino después de haber terminado la rotación. Si la cabeza en occípito-derecha posterior conserva suficiente grado de flexión, el occipucio pasa el estrecho superior y tiende a colocarse debajo del promontorio en el espacio bastante amplio que le ofrece la excavación entre el sacro y el isquión derecho, rechazando los elásticos ligamentos sacrociáticos y mientras tanto el sincipucio queda retenido por encima del estrecho, apoyando la frente contra el borde de la rama horizontal del pubis. Las contracciones uterinas y la diferencia entre la fuerza que desarrollan y la presión externa, hacen que el occipucio se alargue y que sobre él se forme un voluminoso abultamiento serosanguíneo (verdadero *caput succedáneo*) de forma hemisférica. Si el útero no está agotado y continúa ocluyéndose, esta media cabeza seguirá el surco pelviano posterior derecho y pasando por occípito-derecha transversa llegará a colocarse en occípito-derecha anterior, mientras el sincipucio con la frente bien deprimida girará en sentido contrario sobre el borde superior de la pelvis. El resto de la rotación puede ya ser simultáneo con el descenso total de la cabeza, y el desprendimiento podrá verificarse como en una occípito-derecha anterior primitiva.

En las multíparas con buenos dolores y suficiente valor y resistencia para sufrirlos, este mecanismo se verifica a veces hasta con relativa rapidez y hay autores que afirman que éste ocurre con tanta frecuencia, que muchos casos pasan inadvertidos, dando la impresión de que las presentaciones occípito-posteriores son casi exclusivas de las primíparas en quienes esta evolución es excepcional. Tengo para mí que eso pudo haber sido cierto cuando las mujeres cumplían resignadas la dura sentencia bíblica; no

hoy que todas, primíparas y multíparas, rehuyen el dolor y piden la anestesia desde el inicio del trabajo.

Cuando la cabeza en occípito-posterior franquea el estrecho superior mal flexionada, y el sincipucio no es bien detenido por el borde del pubis, al ocupar el diámetro oblicuo de la excavación, queda en punto muerto sin poder girar hacia adelante ni descender, por las razones ya expuestas.

Para resolver en parte este conflicto, la naturaleza emplea a veces otro mecanismo, que consiste en la rotación del occipucio hacia atrás hasta que la cabeza queda directamente anteroposterior en occípito-sacra: la flexión, entonces, no sólo se restablece, sino que se exagera. Cuando la fuerza de las contracciones es excepcionalmente poderosa, la cabeza puede llegar a desprenderse por sí sola por extensión y boca arriba; pero lo más común es que tenga que ser extraída con el forceps, operación que en este caso es muy delicada y en alto grado peligrosa para la madre y para el niño.

Expuestos ya los problemas que la posición occípito-posterior plantea en cada uno de los tiempos del parto, veamos ahora cómo los resolvían los parteros antiguos, y cómo pueden ser resueltos hoy y cómo surgió en ellos la tragedia y puede aún surgir en ocasiones.

Antaño si una cabeza en occípito-posterior no lograba encajarse después de muchas horas de inútil sufrimiento para la paciente, cuando la comadrona confesaba su incompetencia o la familia se convencía de ella y de la ineficacia de rezos o imágenes milagrosas, se llamaba al médico. Si éste diagnosticaba con exactitud el caso y quería apegarse a las indicaciones de sus clásicos, completaba la dilatación del cuello por el método de Bonaire si era necesario, e intentaba la rotación manual de la cabeza con la esperanza de lograr su encajamiento en occípito-anterior y aplicar luego un forceps alto. Esta rotación manual, que explicada en los libros parece muy fácil, no lo es tanto en el terreno de la práctica y recuerda bastante el acto de torcerle el pescuezo a un pollo, por más que se recomienda que un ayudante empuje exteriormente el hombro para que el cuerpo gire también. Fracasada esta tentativa, no le quedaba al médico otro recurso que practicar una versión podálica, fuese la paciente primípara o multípara, y cualquiera que fuesen su estado y condiciones. Otros menos teorizantes y más prácticos se iban desde luego a la versión y obtenían sin duda mejores resultados. Pero siempre las probabilidades de vida para el niño eran muy

pocas, y para la madre dependían tanto de su resistencia orgánica como de la habilidad del operador. ¡La tragedia estaba siempre en potencia propinca!

Ante una cabeza en occípito-posterior no encajada, procedemos ahora de muy distinta manera, según que se trate de una primípara o de una multípara. En el primer caso, (y más si es primípara adulta) indicamos desde luego una cesárea, porque estamos convencidos de que con las técnicas modernas y el recurso de los antibióticos, es ésta la operación más segura para el niño, y menos traumatizante para la madre. Y no nos preocupa el futuro obstétrico de la paciente, porque si no hay estrechamiento pélvico, los partos subsecuentes pueden ser perfectamente normales.

Si se trata de una multípara con buenos antecedentes obstétricos y encontramos las condiciones óptimas para la versión (bolsa íntegra o recién rota, cuello dilatado o fácilmente dilatable) practicamos esta operación. Si no existen esas condiciones, esperamos un tiempo prudente y estimulamos las contracciones con algún ocitocíco para ver si se obtiene el encajamiento; pero si esto no se logra o una vez logrado el trabajo no progresiona, indicamos también la cesárea. Y esta será también nuestra primera indicación, si la paciente tiene una historia de partos dis-tópicos anteriores.

Para los casos en que una cabeza encajada en occípito-posterior no giraba espontáneamente hacia adelante o sólo lo hacía hasta quedar estacionada en occípito-transversa, por pérdida de la flexión o cansancio del músculo uterino, los especialistas de antaño tenían un vasto repertorio de recursos y encontraban oportunidad para lucir su saber y su destreza, aunque los resultados dejaban mucho que desear. Empezaban por restablecer en caso necesario, la flexión, manualmente, con el vectis o palanca o con el forceps invertido: después realizaban o intentaban realizar la rotación de la cabeza, bien con la mano o bien con el forceps. Para esta operación, los antiguos maestros empleaban el largo de Levret o el de Pajot sin tractor y recomendaban que una vez aplicado el instrumento, la rotación se hiciese de manera que el pico de las cucharas describiera un círculo mínimo y que, actuando siempre como palanca de primer género, el círculo grande lo describieran las puntas de los mangos. Para ayudar esta rotación se aplicaron más tarde los lazos al forceps de Pajot. Prudentemente aconsejaban los maestros que esta delicada y peligrosa operación no la intentase quien no tuviese gran práctica en ella. ¿Y dónde podríamos adquirirla?

A pesar de tales precauciones, con seguridad que no fueron muchos los niños que nacieron vivos ni las madres que salieron ilesas de este duro trance. Si la cruenta maniobra descrita no tenía éxito, el partero debía optar entre una embriotomía, con el niño seguramente muerto ya, y una versión a todo riesgo pues por decoro debía solucionar el caso de cualquier manera. De los resultados vale más no hablar; mejor tendamos sobre ellos un piadoso velo.

Con la idea de facilitar esta rotación con el forceps y disminuir sus peligros, varios parteros norteamericanos han inventado diversos modelos de forceps cuyo rasgo común consiste en la supresión de la curva pélviana, de manera que puedan ser girados simplemente sobre su eje como la llave en la cerradura; los más conocidos de este tipo son el de Kielland y el de Barton.

Estos forceps rectos se recomiendan sobre todo para practicar la famosa maniobra de Scanzoni, que esencialmente consiste en hacer una aplicación sobre la cabeza en occípito-posterior, lo más perpendicular que se pueda a su diámetro longitudinal y con el borde superior de las cucharas dirigido hacia la cara del niño; hacerla girar un octavo de círculo hasta llegarla a occípito-transversa, luego sacar las ramas y volverlas a colocar en posición correcta para hacer una nueva rotación que lleve el occipucio bajo el pubis y terminar extrayendo como de ordinario.

Los doctores King, Herring y Dyer modifican la maniobra de Scanzoni haciendo de una vez la rotación del occipucio hasta llevarlo bajo el pubis como quien le da cuerda a un reloj. El forceps queda invertido; entonces retiran sólo la rama que está en el lado derecho de la madre, y la otra la deslizan sobre la cara del niño hasta volverla al lugar que le corresponde. Reintroducen la otra en posición correcta, articulan y extraen.

El doctor Oscar H. Blomm, de Brooklin, ha inventado un nuevo forceps, que además de ser recto como los ya citados, tiene un mango montado sobre un soporte circular giratorio y una barra transversal que se aplica como una lengüeta para hacer la rotación.

Todo esto es muy ingenioso, parece muy sencillo así explicarlo, y no dudo que dé muy buenos resultados en las hábiles manos de sus inventores y propagandistas; pero desde luego, estos modelos no se han hecho populares ni esas complicadas maniobras están al alcance de los prácticos generales.

Cuando en el pasado reciente uno de éstos se encontraba con una cabeza bien impactada en occípito-posterior,

detenida profundamente en occípito-transversa o alojada hacia atrás bajo el sacro, era cuando el drama obstétrico alcanzaba las proporciones de la tragedia clásica. Engañado por el gran abultamiento serosanguíneo que le hacía creer que la cabeza estaba muy próxima, el médico aplicaba su forceps mediano, tamaño corriente. ¡Y ahí era el tirar y pujar y resbalar el instrumento una y cien veces, torturando en cada una el cráneo del niño!...Hasta que rendido, sudoroso y ensangrentado, el infeliz operador practicaba una versión *in artículo mortis* o declaraba su impotencia para que otro menos cansado viniese a practicarla y a compartir con él las hieles del fracaso. Sé de alguno que después de un trance de estos juró no volver a atender un parto en su vida.

Nuestra conducta actual es muy distinta y varía según los casos. Si en una multípara encontramos la cabeza encajada, amoldada y sólo detenida en su rotación por el cansancio del útero, intentamos reforzar las contracciones con algún ocitócico y en último caso, aplicamos nuestro forceps Tarnier, modelo americano de 16 pulgadas, con tractor de doble articulación; tirando suavemente de él sin intentar rotación alguna, ésta se produce por sí solo hacia

adelante o hacia atrás. Para la extracción, hay que hacer una episiotomía doble y cuando la cabeza abombe el periné, se retira el tractor y se termina moviendo los mangos de arriba a abajo a paso de gusano. Pero si la paciente está agotada y la cabeza fetal alta y sin dar señales de girar con facilidad, indicaremos la cesárea, previa reanimación de la enferma, con plasma o transfusión.

Tratándose de una primípara, sólo en el caso de encontrar la cabeza profundamente encajada en posición occípito-sacra franca, nos arriesgaríamos a extraerla con el forceps en la forma ya expuesta. En cualquier otra etapa es que la encontramos detenida, nuestra indicación es la cesárea, porque siendo parcial el encajamiento de las occípito-posteriores, siempre es posible sacar la cabeza por arriba a cualquier altura que se encuentre.

Con esta conducta, las posibilidades del drama se hacen muy remotas.

En vez de las escenas truculentas de sangre y violencia, la aséptica altura del quirófano, los movimientos armónicos del cirujano y sus ayudantes, y por final glorioso, el clarinazo agudo del recién nacido pregonando el triunfo de la vida y la ciencia.