



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

EMBRIOTOMIA MINIMA

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
POR

HERBERT WARREN ORBAUGH MIDENCE

Ex-interno del Primer Servicio de Cirugía de Hombres, Sección A.
Ex-interno del Servicio de Ginecología, Sección B. Ex-interno del
Segundo Servicio de Maternidad. Ex-interno del Cuarto Servicio de
Medicina de Mujeres. Todos ellos, servicios pertenecientes al Hospital
General de Guatemala. Ex-interno del Centro Médico. Ex-asistente
Médico de Guardería Infantil Número 1. Ex-asistente Médico de
Consulta Pre-natal en el Dispensario Municipal Número 2.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

JULIO DE 1952

TIP. SÁNCHEZ & DE GUISE

8ª AVENIDA SUR NÚMERO 30. — TELÉFONO 2707.

PRESENTACION TRANSVERSA

La Presentación Transversa es un error en la polaridad del feto; es decir, el eje longitudinal del niño cruza el eje longitudinal de la madre. Es raro que este cruce se efectúe en ángulo recto, usualmente el cilindro fetal es oblicuo a la columna vertebral materna.

Generalmente la cabeza del feto es el polo inferior, pero en algunos casos, las nalgas están más cerca del estrecho superior. Frecuentemente, al principio del parto, la cabeza o las nalgas se desvían del conducto del parto y se alojan en una fosa ilíaca y entonces tendremos las llamadas Presentaciones Oblicuas, Presentaciones de Cabeza Desviada o Presentaciones de Nalgas Desviadas. Por medio de maniobras externas y postura correcta de la parturienta, el mecanismo anormal puede ser corregido.

Por ser el hombro la parte que usualmente entra primero en la pelvis, estos casos se denominan también Presentaciones de Hombro, pero, aunque raro, a veces el dorso, el costado, el abdomen o las extremidades pueden constituir la parte que se presenta.

En la Presentación de Hombro pueden distinguirse las siguientes referencias para el diagnóstico: la escápula, el proceso acromial, la axila y la clavícula. La escápula se usa como referencia en la nomenclatura. Pueden observarse cuatro posiciones del feto:

ESCAPULO IZQUIERDA ANTERIOR (EIA).—

Cabeza a la izquierda, dorso adelante.

ESCAPULO DERECHA ANTERIOR (EDA).—Ca-

beza a la derecha, dorso adelante.

ESCAPULO DERECHA POSTERIOR (EDP).—
Cabeza a la derecha, dorso atrás.

ESCAPULO IZQUIERDA POSTERIOR (EIP).—
Cabeza a la izquierda, dorso atrás.

Las dos primeras presentaciones o de dorso anterior, son comunes y de tratamiento relativamente fácil. Las de dorso posterior son más raras y ofrecen mayor dificultad en su tratamiento. La relación del dorso con el estrecho superior, es importante en el estudio del mecanismo del parto, puede encontrarse con su convexidad hacia arriba y las extremidades y el cordón hacia abajo, o cruzar el estrecho superior con su convexidad hacia abajo y las extremidades y el cordón hacia arriba.

ETIOLOGIA

Las Presentaciones de Hombro ocurren más o menos una vez en 200 casos, más frecuentemente en múltiparas que en primíparas y más a menudo en partos prematuros que a término.

Todo aquello que impida el encajamiento de la cabeza en la pelvis y cualquier condición que permita un grado exagerado de movilidad al feto son causas de Presentación Transversa. Pueden ser primarias, debido a anomalías de las partes maternas o del feto; o secundarias, debido a alguna maniobra o accidente durante el curso del parto.

Las causas más importantes son:

- 1.—Estrechez pélvica.
- 2.—Obstáculo en la pelvis que impida el encajamiento, por ejemplo: tumor ovárico, fibroma uterino, placenta previa, etc.
- 3.—Embarazo gemelar.
- 4.—Multiparidad.
- 5.—Hidramnios.

6.—Parto prematuro.

7.—Utero Bicornis, Arcuato o Subseptum.

8.—Anomalías del feto, como hidrocefalia, etc.

Entre las causas secundarias los accidentes juegan un papel muy importante. El feto puede encontrarse en una posición desfavorable cuando se rompe la bolsa de las aguas y el hombro ser forzado en la pelvis; el desplazamiento del feto por un metreynter demasiado lleno o mal colocado; y el desplazamiento del segundo gemelo por el primero al encajarse, se encuentran entre los más comunes.

EVOLUCION

Las Presentaciones de Hombro son siempre patológicas y aunque algunas veces se resuelven espontáneamente, por lo general el niño, y a menudo también la madre, mueren. Por lo tanto estas presentaciones deben considerarse como casos de distocia y siempre necesitan ayuda.

Si una Presentación Transversa se rectifica antes de empezar el trabajo de parto, se observa lo que se llama una Rectificación Espontánea. Si la rectificación se efectúa durante el primer período del parto, se llama Versión Espontánea. Ambos procesos pueden presentarse cuando el feto es muy móvil, como en los casos de polihidramnios, o en partos prematuros. Por lo general la cabeza desciende cuando este cambio en la presentación se efectúa, pero algunas veces las nalgas pueden constituir el polo inferior.

Por estar las membranas expuestas a la fuerza completa de cada contracción uterina, en las presentaciones Transversas la bolsa de las aguas a menudo se rompe muy temprano y todo el líquido amniótico escapa de la cavidad uterina. Como se ha perdido la acción del dilatador hidrostático natural, la dilatación del cuello en estos casos es deficiente.

Cuando ya no hay líquido amniótico en el útero, sus paredes se adhieren al cuerpo del feto y pueden presentarse las dos condiciones siguientes: los dolores se ausentan y el útero simplemente yace sobre la superficie fetal. En este caso las paredes son distensibles y la mano puede ser introducida fácilmente para efectuar una versión. Esta condición no acarrea peligro inminente para el feto o para la madre y puede durar de algunas horas a varios días; pero generalmente, ya sea espontáneamente o como resultado de manipulaciones activas, el útero pasa a un segundo estado en el cual los dolores adquieren una violencia peligrosa, que da por resultado el forzamiento del hombro a través del estrecho superior, flexionando el feto de manera que la cabeza se aproxima a las nalgas. Si el feto es pequeño o está macerado y la pelvis es suficientemente amplia, el útero, ayudado de poderosos esfuerzos de parte de la madre, puede lograr la expulsión del feto. Esto se llama Evolución Espontánea y es el método más peligroso y menos apropiado que posee la naturaleza para solucionar el problema de una Presentación Transversa.

La evolución espontánea puede efectuarse siguiendo uno de los tres métodos siguientes: el de Roederer, el de Douglas y el de Denman. Siguiendo el método de Roederer, que generalmente se efectúa sin prolapso de brazo, el feto se dobla en forma de V, el hombro y dorso avanzan y la cabeza presiona profundamente en el tórax y abdomen. Según del método de Douglas, que ocurre más frecuentemente en las posiciones de dorso anterior con prolapso del brazo, la masa fetal bajo la influencia de fuertes dolores adquiere una forma cuneiforme, la cabeza es detenida por encima del estrecho superior y gira hacia el pubis, el cuello del feto se alarga enormemente y el tórax, abdomen y nalgas sucesivamente se deslizan a lo largo del hombro, los miembros inferiores nacen, después el otro hombro y final-

mente la cabeza. En el más raro de los tres mecanismos, el de Denman, que es generalmente seguido en las posiciones de dorso posterior, la cabeza gira hacia atrás y a medida que las nalgas descienden, el hombro asciende en la pelvis terminando como un parto de nalgas corriente. Aquí se ha efectuado una versión espontánea en la cavidad pélvica.

Los tres métodos requieren condiciones excepcionalmente favorables para llevarse a cabo; tales son: pelvis amplia, feto pequeño y maleable, dolores fuertes. Un feto normal a término nunca puede ser parido por ninguno de estos tres métodos, siendo usualmente fetos muy pequeños o macerados los que pueden nacer por estos métodos.

Nunca se debe permitir el parto espontáneo en las Presentaciones Transversas, pues el niño muere casi siempre y la madre está expuesta a peligros de muerte durante el proceso. La experiencia diaria nos enseña que la naturaleza es generalmente impotente para llevar a cabo un parto satisfactorio en los embarazos a término, y el trabajo se detiene, con el feto forzado en una masa compacta, que bloquea sólidamente la pelvis. Si un brazo se prolapsa, pronto se edematiza considerablemente, la piel se vesicula y hasta se desprende a veces, el niño muere, la vulva se torna azulada, se edematiza y hasta puede gangrenarse. Los dolores se hacen irregulares y tumultuosos, hasta llegar el útero a un estado de contracción constante; la paciente se queja de dolor continuo y gran sensibilidad sobre la parte inferior del útero, el cual se engruesa en su segmento superior, mientras se adelgaza en el interior, formándose el llamado anillo de Bandl y llegando el útero al estado de amenaza de ruptura. A menos que se intervenga, el útero se rompe y la madre muere de shock, hemorragia interna o peritonitis. La muerte del niño se debe a interrupción de la circulación placentaria por compresión de la placenta antes de la rup-

tura uterina. A veces la madre puede morir de shock y agotamiento antes de efectuarse una ruptura uterina.

Si el útero no llega a romperse, los dolores se debilitan y pueden llegar a desaparecer, la cavidad uterina se infecta a través de la vagina, el brazo prolapsado o por los dedos del examinador. El feto y la pequeña cantidad de líquido amniótico que pueda estar presente, comienzan a descomponerse, se forma gas que paraliza al útero y lo distiende, encontrándonos entonces en presencia de una *Timpania Uteri* o *Physometra*. La infección general no tarda en manifestarse, la temperatura y el pulso ascienden rápidamente, la fascies se altera, apareciendo un tinte subictérico y la parturienta muere en colapso séptico.

Otra condición que puede presentarse, especialmente con la administración de ocitósicos, es el *Tétanus Uteri*, encontrándose el útero en un espasmo continuo, extremadamente sensible y la parturienta en dolor constante; el cuello uterino está rojo, seco y caliente; la vagina se encuentra también seca y caliente. El trabajo de parto se detiene, pues el cuello ya no se dilata en estas condiciones; no hay peligro de ruptura espontánea, pero el feto muere por interrupción de la circulación placentaria y, a menos que se intervenga, la madre puede morir de sepsis.

DIAGNOSTICO

Durante el embarazo, la palpación abdominal nos da la información necesaria para diagnosticar una Presentación Transversa, pues el tacto vaginal no nos ofrece ningún dato positivo, excepto encontrar una pelvis vacía. Durante el curso del parto, el diagnóstico es mucho más fácil y el tacto vaginal nos puede dar datos de gran valor.

Palpación abdominal:

No se palpa ovoide longitudinal, sino uno más o menos transversal. No hay nada palpable sobre el estrecho superior; este espacio se encuentra vacío y las puntas de los dedos del examinador pueden ponerse en contacto a través de la pared abdominal, por encima del pubis. Casi nada se puede palpar en el fondo, excepto algunas pequeñas partes o un surco profundo. El dorso no se puede palpar en ninguno de los dos flancos. Según sea la variedad de presentación, se puede palpar a veces la cabeza fetal en alguna de las dos fosas ilíacas, el dorso, o muchas pequeñas partes, en el área periumbilical y el foco se encuentra generalmente a nivel del ombligo, ya sea a su derecha o a su izquierda, según la variedad presente.

Tacto rectal:

Pocos datos se pueden obtener por este método, a menos que el hombro esté suficientemente descendido o el brazo se haya prolapsado. Es mejor hacer un examen vaginal.

Tacto vaginal:

Una cúpula vaginal vacía, inmediatamente sugiere alguna anormalidad. Algunas veces la bolsa de las aguas cuelga en la vagina como un calcetín, y los intentos de palpar algo a través de ella, pueden ocasionar su ruptura. El cuello uterino cuelga como un puño de camisa y se colapsa en los intervalos entre dolor y dolor. A medida que el trabajo de parto progresa, el hombro se vuelve más accesible y, especialmente si las membranas se han roto, los datos característicos de las Presentaciones Transversas se pueden palpar. Estos

son: la escápula, el acromion, la clavícula y el hueco axilar. La dirección del ápex axilar señala hacia la cabeza; determinando si el borde resistente de la escápula apunta hacia el pubis o hacia el sacro, se puede averiguar si el dorso es anterior o posterior. El prolapso del brazo o del codo ayudan en el diagnóstico; el pulgar de la mano prolapsada y el pliegue del codo nos indican dónde se encuentra el abdomen del niño y por la maniobra de "estrechar la mano al feto", se sabrá cuál es el brazo prolapsado. A pesar de la gran cantidad de datos obtenibles por la posición del brazo en los fetos vivos, es más seguro, sobre todo en los fetos muertos, seguir el brazo hasta el tórax y tratar de palpar la axila, la parrilla costal, la clavícula, la escápula y aun la columna vertebral, lo que nos dará una información completa.

Cuando el trabajo de parto ha estado en progreso durante largo tiempo, los tejidos se edematizan de tal manera, que el diagnóstico se hace muy difícil y si el dorso o el abdomen han sido forzados en la pelvis, las dificultades son aun mayores.

En el diagnóstico diferencial se deben tomar en consideración las presentaciones de nalgas, de cara y de vértice con prolapso de brazo, sirviendo el cuidadoso estudio de las características peculiares a cada una de ellas para determinar con exactitud la presentación.

De gran importancia también es el diagnóstico del estado del útero, en lo que se refiere a inminencia de ruptura, así como un cuidadoso estudio del tamaño del feto y de la cavidad pélvica.

PRONOSTICO

Los peligros de la Presentación Transversa son ligeros, si se reconoce y trata al principio o antes del parto. Si se descuida, sin embargo, la Presentación

Transversa llega a ser una gravísima complicación que puede causar la muerte de la madre y del niño. En el primer período los riesgos son los de la ruptura prematura de las membranas y prolapso del cordón. Debido a que el dilatador hidrostático natural no es reemplazado por una presentación que desciende, el período de dilatación puede prolongarse considerablemente, aun en multíparas.

En el segundo período debe temerse siempre el peligro de impacto de la presentación y la ruptura del útero. El riesgo de una intervención depende del procedimiento empleado y de las condiciones existentes en el momento de practicarla. Por consiguiente, varía desde el riesgo insignificante de una versión externa al principio del parto, hasta el gran peligro de una ruptura uterina, durante la versión interna o la embriotomía practicadas tardíamente. La ruptura del útero va seguida de shock, hemorragia interna o peritonitis, cualquiera de los cuales puede causar la muerte de la madre.

Cuando se hace la versión en casos descuidados, pueden producirse fracturas, parálisis y hemorragia cerebral, en el niño. Si no se interviene, el niño muere por asfixia.

TRATAMIENTO

La versión y nunca la expectación es el tratamiento de las Presentaciones Transversas. Antes del parto está indicada la versión externa; habitualmente puede hacerse con facilidad, pero a menudo tiene que repetirse debido a que la Transversa tiene tendencia a recurrir.

Al principio del parto se recomienda de nuevo la versión cefálica externa, y si tiene éxito, se previene la recurrencia usando una faja y cojines aplicados a

los lados del abdomen. Esta manera de proceder es sencilla y sin riesgo.

Si no puede hacerse la versión externa, debe intentarse una versión podálica bipolar, inmediatamente después de rotas las membranas. Si ésta es imposible, se recomienda la versión interna tan pronto como el cuello esté suficientemente dilatado, como para permitir el paso de la mano del operador. En el caso de permanecer las membranas intactas hasta que el cuello esté completamente dilatado, está indicada la versión podálica interna, con o sin extracción de nalgas. Antes de intentar la versión, debe descartarse la estrechez pélvica. Cuando se encuentre estrechez de la pelvis, la cesárea baja es la operación de elección. Si hay impacto del hombro y el anillo de retracción está alto, el adelgazamiento del segmento uterino inferior es una contraindicación para la versión y entonces se aconseja la embriotomía o el parto suprapúbico. Si, en tales circunstancias, el niño está vivo y las posibilidades de infección no son muy grandes, debe preferirse la operación cesárea, seguida de histerectomía. La cesárea baja y la extraperitoneal, están contraindicadas si el anillo de retracción está alto y el segmento uterino inferior es muy delgado, puesto que el útero puede romperse o la incisión puede extenderse considerablemente al desgarrarse durante la versión y extracción de una transversa impactada, a través de una incisión vertical o transversal.

La embriotomía, la decapitación y la evisceración se reservan habitualmente para los casos en que el feto está muerto.

EMBRIOTOMIA MINIMA

Es éste uno de los procedimientos a seguir en el tratamiento de las Presentaciones Transversas impactadas, con feto muerto y brazo proci-dente.

Se aparta dicho método de las operaciones clásicas usadas en el tratamiento de estos casos (decapitación, evisceración, embriotomías clásicas, craneoclastia, etc.) en que únicamente se remueve el brazo proci-dente, por desarticulación escapulo-humeral.

Esta técnica tiene por objeto poner al alcance del médico rural, un método que le permita resolver, con un mínimo de instrumental obstétrico y con la mayor protección posible hacia la madre, una distocia del parto que es relativamente frecuente en su medio, por ser ahí la mayoría de los partos atendidos por personas empíricas, incapacitadas de reconocer a tiempo y prevenir una complicación de esta índole y por lo tanto cuando la paciente es llevada al médico, éste se encuentra ante un caso de impacto abandonado y se ve obligado a actuar prontamente, valiéndose de los medios a su alcance para salvar la vida de la madre.

Digo con un mínimo de instrumental obstétrico, por ser necesarias únicamente un par de tijeras de disección; y con la mayor protección posible a la madre, pues al hacer la desarticulación del brazo, se disminuye el volumen del feto y se evita la entrada a la cavidad uterina de un brazo contaminado.

CONDICIONES

- 1.—El feto debe estar muerto.
- 2.—El recto debe estar vacío.
- 3.—La vejiga debe estar vacía.
- 4.—La paciente debe estar sobre una mesa.
- 5.—La paciente debe estar profundamente anestesiada.
- 6.—No debe haber contractura uterina; y si hay tetania, ésta debe haber desaparecido con la anestesia.
- 7.—No debe haber inminencia de ruptura uterina.
- 8.—La pelvis debe ser suficientemente ancha para permitir el paso de la cabeza.
- 9.—Debe observarse una asepsia estricta.

INDICACIONES

Presentaciones Transversas impactadas, con feto muerto y procidencia de brazo, en pelvis amplias.

TECNICA

- 1.—Se anestesia profundamente a la paciente con éter u otro anestésico que nos pueda dar el mayor grado de relajamiento uterino.
- 2.—Se coloca a la paciente en posición ginecológica con ambos pies fijos en soportes adecuados.
- 3.—Se prepara el campo operatorio, pintando con un antiséptico usual, la vagina, el brazo prolapsado, el cordón umbilical (si hay prolapso del mismo), el pubis, los labios vulvares, los muslos, el periné y el ano, siguiendo el orden descrito.

4.—Se viste a la paciente con ropa estéril, como para cualquier otra intervención por la vía baja.

5.—Por medio de una tira de gasa, atada a la muñeca del brazo prolapsado, el ayudante hace tracción sobre el mismo, con el objeto de poner tensas las partes blandas y facilitar la desarticulación del miembro.

6.—El operador procede a la desarticulación del brazo, introduciendo una de sus manos en la vagina para proteger las paredes de la misma, mientras con la otra mano, armada de tijeras de disección, bajo visión directa, desarticula el brazo, cortando las partes blandas y los ligamentos de la cápsula articular, de la articulación escapulo-humeral.

7.—Se aplica antiséptico de nuevo a la vagina y el operador se cambia guantes o los lava con solución antiséptica.

8.—El próximo tiempo de la operación consiste en una versión interna y gran extracción.

9.—Se extrae la placenta manualmente y se inyecta un ocitócico por vía endovenosa o intrauterina.

10.—Se revisa cuidadosamente la cavidad uterina, cuello uterino, vagina y periné, para descartar la presencia de alguna laceración, y en caso de haberla se procede a su reparación.

POST-OPERATORIO

1.—Reposo en cama en decúbito dorsal.

2.—Bolsa de hielo constante en el abdomen, por no menos de seis horas.

3.—Ergonovina 0.2 mg., por vía intramuscular cada cuatro horas, hasta que despierte la paciente; después se puede substituir por extracto flúido de ergot por vía oral a la dosis de 2 gm. tres veces al día durante tres días.

4.—Antibióticos, como medida preventiva.

5.—Nada por la boca hasta que la enferma despierte, y únicamente sorbos de agua helada mientras dure la náusea. Después dieta libre.

6.—Sondear la vejiga cada cuatro horas si la enferma no orina espontáneamente.

7.—Analgésicos, p.r.n.

8.—Sentar a la enferma al segundo día y levantarla al tercero.

9.—Aceite de ricino, una onza, al tercer día.

CONCLUSIONES

- 1^a—Las Presentaciones Transversas deben considerarse como distocias.
- 2^a—Las Presentaciones Transversas enclavadas, ponen en peligro inminente la vida del feto y de la madre, requiriendo una intervención pronta.
- 3^a—Las operaciones mutilantes clásicas en el tratamiento de las Presentaciones Transversas enclavadas, son peligrosas y requieren un instrumental especial, que no siempre se encuentra al alcance del médico tratante.
- 4^a—La Embriotomía Mínima, puede efectuarse con un minimum de instrumentos.
- 5^a—La Embriotomía Mínima, se efectúa bajo control visual directo.
- 6^a—La Embriotomía Mínima, es un gran recurso en el tratamiento de las Presentaciones Transversas enclavadas, por facilitar la operación y disminuir los peligros para la madre.

HERBERT W. ORBAUGH M.

Visto Bueno,
DR. ARTURO ZECEÑA M.

Imprimase,
DR. CARLOS MAURICIO GUZMÁN,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

- Kamniker, H.*—Ursachen und Behandlungsergebnisse der Querlagen. *Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 1926, 75, 233.
- Puppel, E. and Munzel, W.*—Beitrag zur Klinik der Querlagen. *Arch. f. Gyn.*, 1931, 145, 164.
- Eastman, N. J.*—Transverse Presentation. *Am. J. O. & G.*, 1932, 24, 40.
- Douglas, J. C.*—An Explanation of the Real Process of Spontaneous Evolution of the Fetus. Dublin, 1819.
- Stephenson, H. A.*—The Mechanism of Labor in Spontaneous Evolution. *Johns Hopkins Hospital Bull.*, 1915, 26, 331.
- Kleinwachter.*—Beitrag zur Lehre von der Selbstentwicklung. *Arch. f. Gyn.*, 1871, 2, 111.
- Denman, T.*—*London M. J.* 5:64 and 301, 1785.
- Roederer, J. G.*—*Gynäk.* no. 314, p. 411.
- De Lee, J. B.*—*Principles and Practice of Obstetrics*, 1947.
- Beck, A. C.*—*Practice of Obstetrics*, 1947.