

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

DISTOCIA DE LAS PARTES BLANDAS EN EL TRABAJO DE PARTO

TESIS

**presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas, de la
Universidad de San Carlos de Guatemala, por**

ARTURO WONG GALDAMEZ

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO.



GUATEMALA, AGOSTO DE 1958.

PLAN DE TESIS

- I Concepto de Distocias.
- II División de las distocias.
- III Consideraciones anatomofisiológicas.
- IV Descripción de las distocias de contracción y de las partes blandas. Etiología. Sintomatología. Evolución. Tratamiento.
- V Consideraciones estadísticas.
- VI Conclusiones

DISTOCIA DE LOS ELEMENTOS DEL PARTO

(DISTOCIA DE LAS PARTES BLANDAS)

DEFINICION: Para que un parto se desarrolle normalmente, es decir, para que encaje dentro de la fisiología normal, es preciso que exista una armonía entre los principios mecánicos y dinámicos del músculo uterino, denominándose entonces un parto EUTOCICO, vale decir, normal. Cuando el parto es anormal por cualquier causa y no se cumplan los principios anotados, entonces se denomina parto DISTOCICO o anormal.

Es variada la naturaleza de las distocias, y cuando un parto fundamentalmente no se verifica desde un principio dentro de la normalidad, entonces se puede hablar de una distocia tal, o bien que pudiéndose verificar de una manera normal existen elementos de orden materno o fetal que en un momento dado puedan conducir a un resultado similar. Por eso, en este trabajo, al referirme a las distocias de las partes blandas, he de referirme a las denominadas DISTOCIAS DE CONTRACCION, en el entendido de que al involucrar al músculo uterino lo hago bajo la base de su constitución anatómica y su fisiología.

Por eso podemos dividir las distocias en: Distocias propiamente dichas y Accidentes que sobrevienen durante el parto. Dentro de la clasificación general de las distocias, existen factores que si bien guardan relación con las que nos ocupan, no es mi afán el efectuar su estudio (Distocias óseas), pero todavía se puede resumir todas las clasificaciones exis-

tentes, para obviar este trabajo en dos: DISTOCIAS POR TRAS-
TORNOS EN EL MOTOR DEL PARTO y DISTOCIAS EN EL
CANAL DEL PARTO.

DISTOCIAS DEL MOTOR DEL PARTO

Para que un parto normal se verifique, se habló que es preciso que exista armonía entre el objeto que se va a expulsar (feto), el canal del parto (paredes vaginales, vulvares, etc) y el motor del parto (músculo uterino). Este último factor constituido por fibras musculares de muy variadas disposiciones, tiene una contracción que en todo caso sería muy sencilla como la de toda fibra muscular, de no tener sus fibras orientadas en diferentes posiciones. A las fibras longitudinales que ocupan el cuerpo uterino, se contraponen —valga la expresión— las fibras circulares del cuello uterino. De manera que si las fibras longitudinales desempeñan un papel puramente contráctil y de expulsión del cuerpo fetal, etc. las circulares del cuello su principal papel reside en la dilatación. Esta descripción anatómica breve de la disposición de las fibras uterinas no es una observación académica, porque ha de recordarse además que las fibras del cuerpo en su parte externa, las que contactan con el peritoneo, muestran también disposición circular, y así también en el cuello uterino las fibras longitudinales que allí se implantan tienen una disposición circular, pero en uno u otro caso la fisiología que desempeñan es, la de contracción en la parte superior (cuerpo) y la de la dilatación en la parte inferior (cuello). La inervación del útero está asegurada por los sistemas: cerebro espinal, simpático y parasimpático, los cuales mezclados en las caras laterales uterinas forman un plexo denominado de Lee-Frankerjauser, de donde salen ramos mixtos (raquídeos y simpáticos) que encierran fibras motoras secretoras, sensitivas y vasomotoras. El sistema cerebro espinal está representado por los centros dorsolumbares, y el 2o., 3o., 4o. nervios sacros. El simpático por el plexo uterino magno formado por fibras del plexo aórtico

que a su vez dependen del plexo mesentérico. El parasimpático, formado por la 2a. 3a., y 4a. raíces sacras, todas estas raíces dan fibrillas al plexo señalado anteriormente.

Fisiología. El útero es un músculo liso, tanto en el embarazo como fuera de él, por tal motivo conserva las características de: deformidad, contractilidad, elasticidad y tonalidad; esta última característica, que se refiere a que el útero aunque en estado de reposo aparente, conserva todas sus propiedades de intercambio energético, reacciones eléctricas, de tensión, etc. Se diferencia de la contracción, en que los cambios son o bien más marcados o más breves y en que se fatiga la fibra muscular. La contracción uterina llega al máximo en los últimos meses del embarazo (Prueba de Histerodinamografía externa). Las causas que desencadenan la contracción son múltiples, tales como la baja de concentración sanguínea de progesterona y alza en la concentración de los estrógenos. Esta última hormona con doble acción: acción directa sobre la fibra uterina y acción sobre la ocitocina.

Otras sustancias parecen desempeñar también importante papel en el desencadenamiento de la contracción uterina, tales como: La simpatina (acetil-colina) que es liberada a nivel de las terminaciones nerviosas parasimpáticas, sustancia de acción doble. La Histamina, regulada por la histaminasa; factor DK de Offkeman y Werle. Es resumen, de la concentración de estas sustancias en la sangre depende la contracción uterina. Se consideran ocitócicas la parasimpatina, histamina y colessterinasa, ocitoxinasa de Dale. Fuera de estos factores existen otros cuyo papel es puramente mecánico, tal como la desproporción fetal, modificaciones de la presión intraovular, enfermedades infecciosas, cuyo papel es el de estimulador de las contracciones, por irritación.

DISTOCIAS DE CONTRACCION

Son distocias funcionales uterinas, de causa variada y que

desarmonizan el trabajo del útero grávido. Con fines didáctico se pueden dividir en **DISTOCIAS CON SINERGIA FUNCIONAL** y **DISTOCIAS SIN SINERGIA FUNCIONAL**, refiriéndose este término, al hecho de que la contracción de la fibra longitudinal no se ve obstaculizada por la fibra circular del cuello y entre estas tenemos:

10. **OLIGOSISTOLIA PRIMITIVA:** (hipodinamia, inercia uterina de los clásicos). Entidad clínica que puede observarse tanto en multiparas como en primíparas, en jóvenes o mujeres de edad. Su origen parece residir en un vicio anatómico (útero fibroso, útero escleroso, etc.) o en factores de estimulación de la fibra muscular. Se caracteriza porque el trabajo del parto desde un principio es lento, torpe, las contracciones las describe la paciente como de poca duración, muy breves en contracción (en tiempo) y son poco dolorosas, o bien las contracciones se presentan muy espaciadas. Esto se comprueba objetivamente, pues el útero queda blando después de una breve contracción y si se practica un tacto rectal en el momento de una contracción se observará que el cuello es blando, las membranas si bien se ponen tensas no llegan a adquirir la dureza, el grado de tensión característico, observable en casos normales.

Evolución y tratamiento: Si se deja que ella sola evolucione, el trabajo es ineficaz. Nunca deberá de romperse las membranas ovulares con el fin de estimular la contracción uterina, porque ello puede predisponer a distosias de cordón umbilical, infecciones, etc.

Conducta terapéutica: Teniendo la certeza de que se trata de tal entidad, lo que se debe hacer es estimular la contracción uterina. El método más empleado es el de estimulación con derivados de la retrohipófisis (pitocin) en dosis progresivas. Se diluyen para ello, 1 ampolla de Pitocin de 10 unidades en 9 c.c. de suero fisiológico y se puede poner la primera dosis

de 0.5 unidad para probar el grado de sensibilidad uterina al medicamento, recomendándose poner como dosis máxima de 2 a 2.5 unidades cada 15 a 20 minutos, o bien 5 unidades en infusión intravenosa de sol. glucosada en agua al 5% en 500 ML.

Para tener mayor ventaja, mejores resultados, es necesario que el cuello o esté completamente dilatado o en vías de dilatación.

Algunos autores recomiendan el empleo de la Quinina, a dosis de 0.02 gr. a 0.03 gr. sola o en combinación con gluconato de calcio, pero se hace la anotación de que ya han sido reportados casos de sordera en los niños. Lo mismo se describen métodos como el empleo del pitresin, otro derivado retrohipofisario, pero por sus efectos hipertensivos secundarios, por su poca acción ocitócica, es poco recomendado. Otro método, poco usado, casi dijéramos en desuso, es el del empleo de Esparteína a dosis de 0.15 a 0.20 gr. por vía intramuscular.

Se han usado también los derivados del cornezuelo de centeno, cuyo efecto es parecido a la de la pitresina, en cuanto a contracción se refiere, entre ellos se han mencionado la Ergotamina, Ergobasina, y la Dihidroergotamina (DHE45) en forma de sulfato de Esparteína, que según el decir de los autores, tiene efecto continuo ocitócico (acción tónica).

Indicaciones: los más empleados corrientemente en nuestro medio son los derivados de la retrohipófisis, casi quedan descartados los ergotínicos y el pitresin, etc., porque si bien es cierto que producen una contracción, también es frecuente que conduzcan a una dilatación menor. Los derivados del cornezuelo del centeno tienen una mayor aplicación en el tercer período del parto (expulsión placentaria).

Contraindicaciones: nunca deberán de usarse, cuando exista obstáculo en el canal del parto, sea de índole ósea o

bien formaciones de tipo blando (tumores, etc.), o en úteros muy irritables.

HIPODINAMIA SECUNDARIA U OLIGOSISTOLIA SECUNDARIA (inercia secundaria)

Cuadro sindrómico muy parecido al anterior, con la diferencia de que aquí el trabajo de parto se inició normalmente pero en un momento dado, ya sea porque hubo un tétano uterino frustrado o una polisistolia, o bien porque el útero haya tenido un excesivo trabajo (presentaciones atípicas de cara, frente o sincipucio), la actividad de éste se ve comprometida sobreviniendo el cansancio uterino y presentando una sintomatología objetiva y subjetiva semejante al caso anterior.

Evolución: Al igual que el caso anterior nos puede llevar a la detención del parto lo que implica ya, pensar en sufrimiento fetal, estados febriles consecuentes, cansancio obstétrico, etc.

Tratamiento: Aquí lo que vale no es la estimulación del útero, sino que se pondrá en completo reposo, valiéndose para ello de cualquier analgésico, gangliopléjico anestésico, etc. que tengamos a mano, así por ejemplo: desde la morfina a dosis de 0.010 gr. a 0.015 gr.; espalmagine-atropina; morfina-atropina, etc., etc. Una vez logrado el descanso obstétrico, se esperará un tiempo prudencial de unas dos horas y después se reinicia el trabajo de parto dando para ello los derivados retrohipofisarios tal como en la oligosistolia primitiva. No se dejará de mencionar también el empleo del demerol, etc. para los casos de sedación uterina.

SINDROMES DE HIPERACTIVIDAD UTERINA

POLISISTOLIA: Estado en el cual la contracción uterina es repetida, numérica, aparecida como consecuencia de tres

factores: a) una contracción enérgica del útero, es digamos así una hiperdinamia primitiva. Fuera de lo precipitado del parto y de las consecuencias que puede traer aparejadas, son raras otras consecuencias. El hecho de un parto precipitado trae consigo los desgarros perineales, partos mal asistidos con infecciones subsecuentes y por último si la evacuación uterina fuera demasiado enérgica puede suceder sufrimiento fetal o presentarse atonías uterinas con hemorragias. Este estado puede ser el resultado también, de un obstáculo para la libre expulsión fetal, observándose corrientemente en presentaciones atípicas, desproporciones pelvico-fetales. Su predilección por la edad o multiparidad no tiene ninguna importancia porque puede presentarse en jóvenes como en mujeres de edad, en primíparas como en múltiparas. Como eventualidad cito que puede ser la consecuencia de una medicación occitócica.

El diagnóstico se lleva a cabo por comparación de las contracciones con las normales, estas que nos ocupan, son contracciones que se suceden más frecuentemente y duran más, y por tacto rectal se comprobará la intensidad de las contracciones, mostrándonos unas membranas tensas sin actividad anormal del cuello.

Evolución: ya citamos que puede llevarnos a una expulsión rápida, a atonías uterinas y hemorragias del mismo sitio, a sufrimiento fetal; pero también nos puede conducir a una oligosistolia secundaria o evolucionar sencillamente hacia un tétano uterino, síndrome éste que reporta peligro tanto para la vida del feto (sufrimiento fetal, asfixia) como para la madre (ruptura uterina).

Tratamiento: Si la polisistolia no nos da un sufrimiento fetal, sólo cabe tener la Conducta expectativa, proteger bien el perineo en el momento de la expulsión fetal para prevenir los desgarros perineales o bien hacer una buena episiotomía. Si hay signos de sufrimiento fetal, entonces habrá que efectuar

sedación uterina con cualquiera de los medicamentos ya citados a propósito de las oligosistolias secundarias, o bien algunos aconsejan dar Betaglicerofosfato de sodio en solución al 50% a dosis de 10 c.c., para algunos autores este medicamento es de acción dudosa. La mayoría está de acuerdo en la Sedación en todos los casos.

4. TETANOS UTERINO. Entidad de orden clínico, pues en sí es la contracción enérgica uterina, constante; desde el punto de vista fisiológico no interesaría. Vale la consecuencia que nos puede dar, puesto que se pone en juego la vida del feto (sufrimiento fetal, asfixia, etc) y la de la madre (ruptura uterina). Causas que pueden conducir a este cuadro clínico son las mismas ya citadas en la POLISISTOLIA, agregado a que puede ser debido a una particular manera de responder del útero (irritabilidad uterina)

Sintomatología. Puede evolucionar después de un cuadro de polisistolia o instalarse como tal desde un principio. La paciente describe que los dolores se fueron haciendo poco a poco más prolongados, con menos intervalo de tiempo hasta que acusa una verdadera contracción, muy dolorosa. Los registros gráficos muestran una contracción de intensidad alta, con leves oscilaciones o bien puede darnos un gráfico de una contracción continua.

A la palpación abdominal se nos presentará un útero contraído, sin presentar la característica blandura que se observa después de una contracción normal. Al tacto rectal se comprueba que a pesar de la contracción no hay actividad del cuello, y a la auscultación puede comprobarse sufrimiento fetal, si es que ya se estableció (alteraciones en la frecuencia del foco fetal, o salida de meconio, si la bolsa de las aguas ya ha sido rota).

Diagnóstico: Los datos dados anteriormente nos ayudan a hacer el diagnóstico. Deberá de diferenciarse de la CONTRACTURA UTERINA, muy parecida al tétano, pero con la diferencia de que en aquella no hay dolor; también con la RIGIDEZ UTERINA, pero aquí es una rigidez característica que se observa sólo en los úteros cadavéricos, es un estado irreversible.

Evolución. Puede evolucionarse hacia la expulsión cuando la desarmonía pelvico-fetal no es completa, tal como se observa en los estados de eclampsia y desprendimiento prematuro de placenta eutósica.

Otras veces nos puede conducir al sufrimiento fetal, al síndrome de Bandl Frommel (inminencia de ruptura uterina) o sea la distensión del segmento inferior, o bien, hacia la oligosistolia secundaria, con mucho menor frecuencia.

Tratamiento: Desde un principio, se dará a la paciente sedativos, anestesia profunda o antinervinos (Spalmalgine para el caso), oxígeno para evitar el sufrimiento fetal. Así se tendrá una conducta expectativa, controlando cada cinco minutos el estado del útero, del feto (por auscultación) y el de la paciente (signos vitales). Si a pesar de la sedación se presentara sufrimiento fetal, reincidencia de contracción, entonces sólo cabe la posibilidad para obtener éxito, obrando radicalmente: la extracción por vía alta o baja. Si el feto ha muerto, también puede tenerse una conducta expectativa o bien si hay inminencia de ruptura uterina, efectuar la extracción por vía alta.

5. CONTRACTURA UTERINA

Es el grado máximo para el clínico de la distosia contráctil. El músculo uterino obligado a trabajo excesivo sufre trastornos metabólicos, alteraciones en el equilibrio coloidal, viscosidad, etc.

Las causas son las mismas ya señaladas anteriormente. Este cuadro se caracteriza subjetivamente porque la paciente acusa que los dolores han desaparecido y que a pesar de ello el útero continúa contracturado. Al examen se encuentra un útero contráctil en donde la tensión de las fibras se ha comprometido. A pesar de la ausencia de dolores se muestra contracturado, leñoso. A la auscultación no se escucha nada porque este cuadro es incompatible con la vida fetal, y al tacto rectal se comprueba un cuello contraído, porque la contractura es total. Aquí todo el saco ovular se encuentra adherido, pegado, a la pared uterina, el parto no progresa para nada. Los anestésicos, sedativos, etc., no tienen ningún efecto.

Diagnóstico: Desaparición del dolor, consistencia leñosa uterina, tacto vaginal o rectal, auscultación y la ineficacia de los sedantes, etc. son los datos que nos dan la certeza en el diagnóstico.

Evolución: Ya no interesa salvar la vida fetal, porque éste ha muerto, no hay tampoco peligro de ruptura uterina, pero sí que se comprometa seriamente el estado general de la paciente (fiebre, deshidratación, etc.)

Tratamiento: Creo que debería de estarse alerta para que una patología como la descrita no se presentara; en el peor de los casos, cuando ya esté establecida sólo cabe la posibilidad de extracción por vía alta, y una vez terminada la operación cesárea, inyectar intravenosamente 10 unidades de pitocin lentamente, in utero, a fin de ver si se obtiene contracción uterina, o bien puede emplearse intravenosamente, previa dilución de 9 c.c. de sol. salina, etc. Si a pesar de ello no hay evidencia de contracción uterina, entonces sólo cabe la posibilidad de hacer histerectomía total, por los peligros que en sí lleva esta entidad. No es recomendable la vía baja, porque ya se citó, que el útero está adosado a las membranas ovulares,

lo que ya nos indica el peligro de una ruptura provocada en el segmento inferior en el momento de la extracción.

II. DISTOCIAS SIN SINERGIA FUNCIONAL

Las distocias que ahora nos ocupan, son aquellas en la que la armonía entre las fibras longitudinales y circulares se ha perdido, significa que a la contracción de las fibras longitudinales se oponen las circulares. Se citó anteriormente la existencia de anillos anatómicos, tales como el de Schroeder, los anillos cervicales internos y externos y en el cuello uterino. El carácter armónico de las contracciones uterinas normales se ha perdido por completo, haciéndose entonces el parto distócico, comprometiéndose de esta suerte la buena circulación materno-fetal, predisponiendo al sufrimiento fetal, a la asfixia intrauterina y a la muerte fetal.

Las causas son variadas: exceso de volumen ovular (hidramnios, embarazo doble, fetos gigantes), falta de adaptación de la presentación al polo inferior del huevo (bolsa de las aguas prominente, estrechez pelviana, presentaciones atípicas), Adhencias del polo ovular inferior al orificio cervical; infecciones amnióticas; ruptura prematura de membranas ovulares; tactos vaginales repetidos e innecesarios; maniobras obstétricas, fallas consecutivas de las mismas; extracción manual de la placenta; expresiones inoportunas del útero, etc. Así, pues, se analizarán todas y cada una de las distocias sin sinergia funcional.

1o. CONTRACCIONES PRIMARIAS DEL CUELLO. Son trabajos que se inician torpemente con dolores a veces molestos para la futura madre, localizados en el suprapúbis. A la palpación se encontrarán contracciones irregulares, espaciadas. Al tacto el cuello se muestra tenso con cada contracción entrando en erección pero sin lograr así dilatación. A la contracción propia del cuello se agrega la corpórea que viene

a fortalecer más la primera. Causas que conducen a este estado son entre las más corrientes, la ruptura prematura de las membranas ovulares y las adherencias de las membranas en su polo inferior al orificio cervical, lo cual ocasiona una irritación que se convierte en estímulo lo que a su vez da la contracción del cuello.

Tratamiento: Existen varios caminos a seguir, según la modalidad clínica que se presente, así: si el cuello presenta una dilatación de dos centímetros es aconsejado romper las membranas y dar un sedativo. Si no hay dilatación y persisten las contracciones, entonces sólo se dará sedación, pudiendo suceder que el trabajo de parto se suspenda por un largo lapso de tiempo, indicándonos con ello que se trataba de un falso trabajo de parto; en todo caso la medicación sedativa estaba indicada.

20. PSEUDOINERCIA

Denomínase así a las contracciones muy débiles, lentas y bastante espaciadas del músculo uterino, no se puede hablar de una detención de las contracciones porque es un estado de reposo fisiológico uterino, es una cosa particular y se presenta en un bajo porcentaje. Se puede manifestar con cuello íntegro, es decir cuando se inicia el trabajo de parto requiriendo varios días para que el parto se lleve a cabo. En el momento de la dilatación y durante el trabajo de parto o período expulsivo.

Causas: puede ser reflejo de un mal estado general de la paciente, choques nerviosos, alteraciones en la inervación nerviosa, úteros infantiles, obstrucciones del canal del parto (fibromiomas, etc.), adherencias peritoneales, debilidades de la pared abdominal, cicatrices operatorias, etc., etc.

Sintomatología. Inicialmente se trata de un parto que se inició y que en un momento dado se presenta una debilidad en las contracciones, con aparente detención del trabajo del parto. La misma paciente acusa que sus contracciones ya no son tan fuertes como inicialmente, cosa que el médico comprueba por palpación, lo mismo que por tacto rectal o vaginal, al encontrar que el cuello se contrae también cuando se efectúa la contracción corpórea. Las membranas ovulares si no se han roto, se ponen poco tensas. La contracción del cuello anotada anteriormente nos está indicando que la sinergia funcional se ha roto y que a la contracción del cuerpo se opondrá la del cuello, dificultando de esta suerte, la fácil evolución del parto.

Se puede encontrar a la palpación abdominal un leve dolor o dolor difuso en todo el bajo vientre.

Diagnóstico: Los datos de la historia de la paciente, agregado a los hallazgos clínicos nos deben de poner sobre aviso para este síndrome. Se deberá diferenciar de la Oligosistolia y de la inercia secundaria con sinergia funcional.

Evolución. No debe abandonarse a su suerte la evolución de una pseudoinercia o inercia verdadera, porque fuera de que el parto se prolonga demasiado, con el consiguiente mal estado que pueda sobrevenir en la paciente, tal como deshidratación, cansancio obstétrico, peligro de infección materno y ovular, sufrimiento fetal, podemos decir también que una vez iniciado el trabajo de parto, los tejidos comprimidos se resisten sobreviniendo edema, mortificación de los mismos por falta de riego sanguíneo, etc., e incluso puede llegarse a la perforación intestinal, etc., etc. Por eso el pronóstico está en estos casos íntimamente ligado a la evolución, dependiendo por cierto, de los peligros ya citados anteriormente. En todo caso será

reservado porque pueda ser que en un momento dado el útero responda dando un cuadro de un tétano uterino, atonía, etc.

Tratamiento: La conducta terapéutica variará según se encuentre lo siguiente:

- a) Con cuello cerrado, se deberá obtener sedación local (uterina) o general de la paciente, llevarle un control posterior y juzgar la conveniencia de iniciar el trabajo de parto. A lo sumo, si es que ya está establecido el trabajo de parto —que no sea falso trabajo de parto— entonces se espera como máximo un tiempo de 8 a 10 horas, para poder tomar una conducta. En todo caso se deberán de descartar las posibilidades que existan obstáculos en el trayecto del canal del parto (del cérvix), etc., para lo cual se procederá a eliminarlos si es que hay lugar a ello.
- b) Si el cuello está en vías de dilatación, con bolsa de aguas íntegra, entonces se procede a romper éstas, iniciándose así el “parto médico dirigido”. Una vez hecho esto, se puede sedar el útero con Spalmalgine u otro medicamento similar. Se darán de Spalmalgine un promedio de tres ampollas en un tiempo de hora y media con intervalos de media hora entre dosis y dosis, y después poner cualquiera de los ocitócicos mencionados al principio de este trabajo, con preferencia el Pitocin, según las razones que se dieran.
- c) Si no se encuentra un antinervino, cualquier sedante puede ser útil en este caso, e incluso la anestesia profunda con éter, por lo que no hago mayores detalles, ya que lo que se requiere es la sedación total o parcial de la paciente.

Se investigará si la dilatación es posible una vez iniciada ésta, o bien si ya efectuada es imposible la evolución normal

del parto. Entonces, nuestra conducta consiste en corregir los defectos que puedan obstaculizar la buena terminación del parto. En un útero retrovertido por ejemplo se tratará de llevar el cuerpo uterino hacia el centro, si es materialmente imposible orientar bien el eje uterino se juzgará la conveniencia de la extracción por vía alta. En caso de bridas y estenosis cervicales se procederá a la liberación de las primeras, por maniobras digitales o bien instrumentalmente (Microcesáreas de Dürhsen, que actualmente para algunos autores ya no deben de usarse).

Algunas observaciones llevadas a cabo por algunos autores, indican que el empleo de Spalmalgine en los casos anteriores —como sedativo uterino— trae no sólo la ventaja de que es tranquilizante del útero, sino que también, aunque parece paradójica —según afirman— el segmento corporal se contrae porque en este caso obraría como ocitócico, mientras que para toda actividad del cuello uterino.

Demás está señalar, que se corregirán todas las consecuencias de un trabajo prolongado de parto, se corregirá la deshidratación, se pondrá alerta el médico para evitar neumonías por aspiración —por eso a toda parturienta se le permitirán sólo bebidas líquidas—, y por supuesto si el feto ha muerto se procederá a su extracción o bien si se presenta sufrimiento fetal, se procederá con rapidez a su práctica.

POLISTOLIA Y TETANOS

Si bien ya enunciados estos dos síndromes clínicos con anterioridad, sólo cabe hacer la anotación, que de una polistolia es muy corriente su evolución hacia una inercia uterina o al tétano uterino. Que es también frecuente que la sinergia funcional se rompa, entrando prontamente en actividad el cuello uterino (contracciones extemporáneas). Por

otro lado —como se expuso anteriormente— es muy corriente que se asista a un sufrimiento fetal, a cansancio obstétrico, etc.

Tratamiento: Se procederá a la sedación, obtenida ésta se juzgará la conveniencia horas más tarde de si se reinicia el trabajo de parto o bien se procede a terminar artificialmente el mismo.

SINDROME DE SCHIKELE

En un síndrome caracterizado porque existe una contracción extemporánea del cuello uterino simultánea con la contracción corpórea; puede presentarse en cuellos de mujeres primíparas que están en vía de dilatación o en multíparas, en vías de borramiento. La contracción puede ser simultánea a la del cuerpo, pero puede persistir después que aquella haya cesado e incluso puede llegar a mostrarse una contracción permanente, casi podría decirse semejante a una tetanización, estado que posteriormente nos conduce con mucha frecuencia a un tétano corpóreo, cuyo estudio y consecuencias se hiciera anteriormente.

Aunque algunos autores indican que no existe contracción cervical, existen muchos estudios que demuestran lo contrario. Los que sustentan el primer criterio opinan que se debe a defectos anatómicos del cuello.

Tratamiento: Si la bolsa de las aguas está íntegra, es aconsejado romperla y sedar el útero, esperando un tiempo para que se recobre la sinergia funcional y el parto siga su evolución natural, o bien efectuar un parto dirigido, mediante la estimulación con ocitócicos, una vez efectuada la dilatación completa.

SINDROME DE DEMELIN. Síndrome de causa no bien conocida, consistente en la contracción del anillo de Bandl (anillo de retracción patológica, anillo que se forma en el segundo período del parto en la unión de los segmentos superior e inferior uterino, se diferencia del anillo fisiológico, porque este último si bien corresponde a los mismos segmentos, se forma en el período segundo del parto).

La constricción se efectúa por debajo de un punto débil o una depresión fetal, se presenta comúnmente en el parto (primero, segundo o tercer período).

Este síndrome de causa aún no bien determinada, es una manifestación atábica en animales inferiores, y en la especie humana, parece ser debido a una irritabilidad indebida del útero, por ejemplo, después de manipulaciones intrauterinas y de rupturas de las membranas antes del tiempo.

Sintomatología y Diagnóstico. La paciente observa que a pesar de presentar dolor continuo, las contracciones que se verifican no son eficaces, no hacen progresar el móvil fetal. Se comprueba a la exploración que a pesar de que hay contracciones una parte del cuerpo uterino permanece flácido, en este caso el segmento inferior.

Se observa por debajo del ombligo un surco transversal marcado en uno u otro costado del útero, el cual puede hacerse más visible al anestesiarse a la paciente. Por auscultación se puede comprobar que los latidos fetales se pueden alterar. La cabeza está móvil, fácilmente se juega a la palpación. Por tacto vaginal se comprueba que cuando sobreviene una contracción, el segmento inferior permanece inactivo y se puede llegar a tectar el anillo de constricción.

En muchas oportunidades el feto está sobre el anillo de constricción.

Pronóstico. Los estudios efectuados por Rudolph, demuestran que en 15% hubo muerte materna; en 52% cansancio obstétrico, en 15% choque; 20% septicemia; 11% perforaciones del útero. La mortalidad fetal fue de 46%.

Diagnóstico diferencial. Se deberá hacer con la contracción uterina.

Tratamiento. Es básico efectuar la sedación completa del útero, ya con antinervinos o bien una combinación de morfina-escopolamina; los barbitúricos, hidrato de cloral o anestesia profunda. Lo mismo que la indicación de dar gota a gota adrenalina en solución al 1×1000 , pues ha observado un efecto ocitócico, pero si bien es cierto que pueda tener este efecto señalemos por otro lado que nos puede conducir a trastornos cardíacos tales como, ritmos ectópicos, fibrilación ventricular, etc. El empleo de sulfato de magnesio al 20% a dosis de 10 c.c. IV, o de 10 c.c. del mismo a concentración de 10% IM, está indicado con el fin de disminuir el anillo de constricción.

Si una vez obtenida la sedación de la paciente se observa el progreso en el descenso del móvil fetal, entonces se podrá ayudar a la extracción con forceps, pero de ninguna manera se procederá a efectuar extracciones como la señalada cuando aún persiste el anillo, por el peligro de las perforaciones uterinas, inversión uterina, hemorragias maternas, sufrimientos fetales, septicemias, etc., etc. Se deberán proscribir también maniobras como versiones internas, microcesáreas, etc.

Se juzgará conveniente si deberá hacerse extracción por vía alta.

Está demás indicar que como parte primordial del tratamiento, se le mantendrá en buen estado general a la paciente durante todo este tiempo, reponiéndole los líquidos necesarios, evitando enfriamientos e infecciones para cuyo caso tenemos que poner profilácticamente antibióticos. Se llevará un control de la ingesta y excreta, etc., etc.

Si se llegara al tétanos uterino, la indicación de cesárea es obligatoria. Y la histerectomía, cuando una vez efectuada aquélla y si por ningún medio se llegara a obtener contracción uterina, entonces estará indicada, por el peligro de hemorragia por atomía.

DISTOCIA DE BANDL. Es la contracción extemporánea del anillo de Bandl. Al principio es rítmica con el cuerpo, pero posteriormente se hace permanente. Se presenta de esta suerte, a equívocos con el síndrome de Demelin, porque puede ser —si así se desea— la primera fase de aquél síndrome. Puede presentarse durante el parto o bien en el alumbramiento, dando encarcelación placentaria.

Síntomas: Se observa un surco subumbilical, a la palpación se comprueban contracciones corporales normales o poco aumentadas, irregulares en amplitud e intensidad. A la auscultación signos de sufrimiento fetal. Al tacto, inactividad del cuello a pesar de que puede estar en vías de dilatación o francamente dilatado, contracción corpórea efectiva y el anillo de Bandl contraído, con sincronismo a la corpórea o bien en contracción permanente. El feto puede estar aprisionado en la región cervical por el anillo o bien ser suprasedgmentario, es decir encontrarse por sobre la contracción.

Evolución. Al no tratarse oportunamente, evoluciona hacia el síndrome de Demelin y éste si no es tratado al tétanos.

Tratamiento. Empleo de antinervinos, anestesia profunda, y las indicaciones dadas a propósito de cuidados del estado general de la paciente, señaladas anteriormente. Se ayudará a la extracción baja con forceps, o bien, a la vía alta quirúrgica. Durante el alumbramiento: antinervinos o anestesia general.

CONTRACTURA UTERINA. Este síndrome resulta a consecuencia de la evolución de cualquiera de los cuadros descritos anteriormente, cuando la sinergia funcional se ha roto. Cualquiera puede ser la contractura primordial, ya del anillo de Schoeder del músculo circular cervical, etc., lo cierto es que si no son tratados oportunamente, la contractura es la consecuencia, después del tétanos uterino. En este síndrome, ni el parto progresa ni el útero entra en atonía, etc., las paredes uterinas están pegadas al feto, se muestran francamente contracturadas.

INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA. SINDROME DE BANDL-FROMMEL

Síndrome que se presenta en algunas oportunidades, cuando existe feto gigante, estrechez pelviana, presentaciones de hombro, etc., cuando el útero después de haber adoptado un mecanismo de polisistolia, no es capaz de poder expulsar el móvil fetal. En este caso existe contracción corpórea y del anillo de Bandl, las fibras musculares se acortan y el útero está pegado al feto, lo que se comprueba a la palpación por mostrar una consistencia leñosa. A través de la pared abdominal por debajo del ombligo se dibuja un surco variable en profundidad, más acentuado a medida que va progresando la contracción. Se logran palpar los ligamentos redondos, que poco a poco se van poniendo más tensos (signo de Frommel); el anillo de Bandl se palpa y se ve progresivamente en ascenso

simultáneo al del útero, porque éste al acortarse sus fibras toma como punto de apoyo el móvil fetal, teniendo su máximo de contracción en el fondo uterino, sufriendo de tal suerte, que el segmento inferior se ve traccionado poco a poco y progresivamente. Se diferencia precisamente este síndrome del de Demelin, porque en éste es primero el anillo de Bandl el que se contrae sin que se conserve la sinergia funcional, en tanto que en el otro es primero la contracción corporal que primero es en forma de Polisistolia y posteriormente al teta- nizarse es cuando la sinergia funcional se rompe. Además, en este síndrome no existe una irritabilidad exagerada del útero, sino que resulta a consecuencia de la lucha por vencer un obstáculo, que es imposible vencerlo en la mayoría de los casos de estrechez pelviana, presentaciones de hombro, etc.

Evolución y tratamiento: Abandonado este cuadro clínico, la ruptura se presenta con las consecuencias de hemorragia, peritonitis, etc., para la madre y de muerte para el feto. Hecho el diagnóstico por los datos apuntados, más el tacto vaginal que muestra que los dedos pueden jugarse libremente sobre el pubis, los datos que se reúnen a la palpación y tacto de que hay una presentación atípica, etc., entonces sólo cabe la posibilidad de practicar la intervención cesárea.

II. DISTOCIA DEL CANAL DEL PARTO (DISTOCIA DE PARTES BLANDAS)

Anteriormente me referí a las distocias de contracción uterina, que son desde todo punto de vista fisiológica, pero las que ahora se analizarán, se hará desde el punto de vista anatómico.

En primer lugar, son distocias por anomalías congénitas, que obedecen en su gran mayoría a causas como: falta de

fusión de los Conductos de Müller, observándose desde la atrofia, falta de unión o unión incompleta de los canales, etc.,

etc., o trastornos embriogénicos o de desarrollo en los tubérculos genitales, senos urogenitales, etc. Otras veces son debidas a secuelas de infecciones, o traumatismos (aglutinaciones del cuello, bridas, etc.), o bien a malformaciones (neoformaciones), tales como fibromas, etc.

UTERO HIPOPLASTICO: uno de los más frecuentes, se asocia a otras anormalidades de infantilismo: pelvis óseas poco desarrolladas, raquíticas, estrechas, etc., deficiencias genitales de la mujer, abortos espontáneos reiterados, partos prematuros, cuando después de un tratamiento oportuno se logra un embarazo. Son muy frecuentes las presentaciones pelvianas, la falta de contracción primitiva del útero (inercia primitiva), dilataciones lentas y puede crearse desproporción cefalopélvica por anomalías pélvicas ya señaladas.

Es muy frecuente observar desgarros perineales cuando el parto es espontáneo; éste es uno de los casos en que la aplicación de forceps está indicada. Durante el alumbramiento suelen presentarse hemorragias y durante el puerperio trastornos relacionados con la lactancia: hipogalactia, agalactia, etc.

Cuando la distocia es completa, es decir, que se presenta estrechez pélvica con presentación pélvica, la operación cesárea está indicada.

UTERO TABICADO: Que puede presentar un tabique completo (dos úteros y un cuello tabicado) o bien ser incompleto, donde la división o el tabicamiento sólo es del cuerpo uterino sin llegar al cuello (dos cavidades uterinas). En estos

casos, el feto se desarrolla en una cavidad, encontrándose muy corrientemente la presentación longitudinalmente, en tanto que en la otra cavidad se observa hipertrofia y desdualización lo que hace confundir con un fibroma. Los partos prematuros son muy corrientes en estos casos y por la inserción placentaria que puede efectuarla total o parcialmente en el tabique, sobrevienen adherencias anormales y hemorragias del alumbramiento. Casi siempre se diagnostican como hallazgos casuales.

Al ser el tabicamiento incompleto se observan presentaciones transversas y situaciones oblicuas.

UTERO CORDIFORME. Es aquel que en el fondo existe un espolón, como recuerdo de una anomalía en la unión de los conductos de Müller, su eje transversal está agrandado. Los embarazos se llevan a cabo, pero son frecuentes las presentaciones transversas y podálicas variedad de nalgas. Las versiones, por más que se intenten casi siempre conducen a un fracaso, por la imposibilidad de efectuarlas. Al existir polihidramios se observa uno de los cuernos uterinos simulando a un quiste del ovario, y es hasta el momento del parto que se hace el diagnóstico diferencial por contraerse simultáneamente los dos cuernos.

UTERO DOBLE: Otra eventualidad de anomalía de desarrollo embriogénico, en cuyo caso existen dos úteros y dos vaginas. El embarazo puede efectuarse en una cavidad como particularidad o bien, llevarse a cabo un embarazo en cada una de ellas. Al efectuarse la anidación en una sola cavidad, el endometrio de la otra sufre desdualización, confundiéndose muy a menudo con un fibroma. Se descubre por tacto vaginal.

Durante el parto, las contracciones son deficientes (inercia), siendo generalmente para los dos úteros. La dilatación y

la expulsión se efectúan de manera lenta, pudiendo presentarse el caso de que el útero vacío, sea motivo de obstrucción para la expulsión (tumor previo). Asimismo durante el alumbramiento, se observa que transcurre un tiempo variable, pero en general mayor que lo corriente para que se efectúe, lo mismo que durante el puerperio, puede sobrevenir una retención de loquios, por lo cual debe de ser vigilado este período, muy estrechamente. Al cabo de 3 a 5 días, se observará la expulsión de un tapón de caduca del útero vacío.

Si se llegara a efectuar la anidación doble, no será raro que exista un tiempo de 5,10 hasta 15 y 20 días entre la expulsión de uno y otro feto, y en todo caso la lactancia no se establece durante este transcurso.

Deberá posteriormente efectuarse un estudio por histología.

UTERO UNICORNIO. Es hallazgo radiológico o quirúrgico, puede albergar un huevo pero éste se desarrolla un poco inclinadamente, y llegar felizmente al término. Muy raro que exista un útero con un cuerno accesorio y que éste llegue a anidar, dando un embarazo ectópico con hemorragia cataclísmica.

Al ser hallazgo quirúrgico, el cuerno accesorio deberá extirparse por el peligro señalado arriba.

DISTOCIAS ANATOMICAS POR LESIONES ADQUIRIDAS DEL UTERO

Pueden dividirse en corporales, cervicales, y vaginales.

Entre las corporales, tenemos en primer lugar los fibromiomas sesiles, que puede ser únicas o múltiples, submucosos,

intramurales o intersticiales y subserosos. Pueden complicar el embarazo, parto y el alumbramiento. En el embarazo pueden sufrir la degeneración granulograsosa, y los submucosos y subserosos pueden pediculizarse además también sufren variedades de posiciones de acuerdo con la rotación que el útero tome durante el embarazo, y como éste rota de izquierda a derecha, los anteriores o laterales pueden hacerse posteriores. Asimismo los fibromiomas tienen su influencia sobre el embarazo, pues pueden dar lugar a baja inserción placentaria, hemorragias e interrupciones del embarazo.

Hablando en términos generales, no es tanto por la degeneración que pueden presentarse complicaciones, sino desde el punto de vista mecánico al presentar en primer lugar un obstáculo para el progreso fetal, en segundo porque durante el embarazo pueden dar lugar a vicios de presentación, posición, etc. Durante el parto predisponen a distocias de contracción; durante el alumbramiento pueden ocasionar hemorragias por la misma distocia (inercia) y adherencias anormales de la placenta. En el puerperio puede verse una involución uterina deficiente, es de observar que durante este período se reducen en su tamaño, pero esto no nos obliga a que descuidemos la vigilancia.

Evolución: Pueden sufrir infección, degeneración quística, necrobiosis aséptica, degeneración granulograsosa, etc.

Conducta a seguir: Tarnier, aconsejaba que durante el embarazo había que dejar la evolución del embarazo y estar a la expectación, salvo que se presentaran degeneraciones entonces hacer miomectomía por vía abdominal en cuyo caso el embarazo continúa (60% o más). Son signos de degeneración cuando sobreviene reblandecimiento, dolor, fiebre irregular.

En el momento del parto, la conducta debe ser espectante, si se presentan distocias de contracción se corregirán éstas; se dejará evolucionar hasta la dilatación completa y poner forceps cuando la cabeza está encajada; si es presentación pelviana hacer extracción. Provocar el alumbramiento con Pitocin y se recomienda que durante el puerperio se empleen medicamentos ocitócicos, antinfeciosos, analgésicos; elevar el estado general de la paciente agregando a ello la rutina del puerperio.

La operación cesárea está indicada cuando en el momento del parto se presentan complicaciones tales como, procidencias del cordón, sufrimiento fetal y las condiciones de la paciente son favorables. Por supuesto que deberá serse conservador si es que el caso así lo indica, por ejemplo, puede intentarse histerectomía total cuando son múltiples los fibromas y exista posibilidad de una degeneración ulterior, en este caso, pues obramos radicalmente. Ahora si son pocos y fácilmente abordables, entonces hacer miomectomía.

Si después de un parto espontáneo, habrá necesidad de recurrir al alumbramiento manual, se deberá de desconfiar de las adherencias anormales y algunas veces efectuar la histerectomía.

DESVIACIONES UTERINAS: Estas pueden ser anteversoflexiones, lateroflexiones, según que el útero desvíe su eje hacia atrás, hacia adelante o hacia los lados.

Las desviaciones anteriores, se ven en pacientes con pared abdominal flácida y múltipara, cifoescoliótica, etc. Para evitar que se desarrolle una distosia, se aconsejará el empleo de un sostén abdominal, que puede ser la faja o un similar, y durante el parto se hará orientación a manera de que el útero oriente en forma correcta su eje longitudinal.

La retroversión, puede ocurrir que se corrija espontáneamente en el curso de los tres primeros meses del embarazo, si no se llevara a cabo entonces se observarán trastornos de compresión vesical (retención, disuria, poliaquiuria, etc.) o rectal (constipación, defecación dolorosa). Al examinar a la paciente se comprueba la tumoración fluctuante que es ocasionada por la vejiga urinaria en estado de repleción. Al tacto se encuentra el fondo posterior vaginal ocupado por una tumefacción y el cuello uterino orientado hacia atrás de la sínfisis púbica.

Si no se reduce espontáneamente en el curso de los tres meses, puede deberse a adherencias que hacen imposible que se oriente espontáneamente, pudiendo sobrevenir complicaciones desde infecciones vesicales, fístulas, hasta la perforación intestinal y peritonitis consecutiva, complicaciones que muy raramente se observan hoy día, dado el cuidado prenatal que las pacientes gozan en la actualidad.

Conducta a seguir: (Maniobra de Küstner). Si dado el caso de que llegado el tercer mes no se presentara la corrección espontánea, entonces se recomienda efectuar la maniobra de Küstner, consistente en tomar el labio anterior del cuello uterino con una pieza de garfios y tirar suavemente, mientras dos dedos a través de fondo de saco posterior rechazan el cuerpo uterino hacia arriba, hacia el seno sacroilíaco.

La laparotomía sólo estaría indicada en caso de que se fracasara en las técnicas anteriores.

Prolapso del útero grávido. Importante porque durante el parto puede presentar anomalías en la dilatación, hemorragias del alumbramiento, etc. Durante el embarazo se reduce en algunos casos en los primeros meses, si no se lograra su re-

ducción pueden sobrevenir trastornos vesicales y trastornos en el hábito de evacuación rectal, muy rara vez se presenta aborto espontáneo a consecuencia de este trastorno.

Conducta a seguir: Durante el embarazo efectuar la reducción por taxis con la paciente en posición genupectoral. En el parto, estaría indicada la intervención cesárea si se presentaran trastornos de dilatación.

DESVIACIONES DEL CUELLO UTERINO. Pueden ser laterales, anteriores o posteriores. Puede ser la secuela de una retroflexión uterina. Los trastornos que ocasionan como es natural suponer, es que durante el parto el eje longitudinal uterino no está bien orientado, y por eso es recomendable que cuando sobrevenga el trabajo de parto y entre dos contracciones, tomar el orificio cervical y orientarlo hacia el centro en medio de dos contracciones, manteniéndolo firme en esta posición hasta que se oriente perfectamente.

AGLUTINACION DEL CUELLO UTERINO. Trastornos rara vez observable. Realmente no es una aglutinación en el sentido amplio de la palabra, sino que las fibras circulares del cuello no obedecen a la dilatación, aun cuando la contracción corpórea es efectiva. Se hace el diagnóstico por espéculo y por tacto, al comprobarse que hay una induración puntiforme y que existe una especie de círculo rojizo con un orificio al centro. Se aconseja en estos casos, efectuar sedación en la paciente y esperar, si con ello no cediera se hará extracción por vía abdominal. Se ha señalado —y lo cito sólo a título de ilustración, ya que casi no se usa— el método de dilatación digital. Algunos autores están de acuerdo en que se proceda a la dilatación mecánica con metrurinter, incisiones de Dürhssen y la histerectomía vaginal, y mi opinión al respecto es que ya no deben usarse.

ALARGAMIENTO HIPERTROFICO DEL CUELLO. Rara vez observable, debe diferenciarse del prolapso uterino, trae consigo trastornos en la dilatación, de la sinergia y a veces está indicada la operación cesárea.

DISTOCIAS CICATRIZALES. Ocasionadas en su mayoría por cervicitis de carácter crónico, cauterizaciones profundas, intervenciones anteriores en el cuello uterino. La cicatriz que pueda observarse es variada, así puede ser circular, lineal, etc. Los trastornos ocasionados son en el momento de la dilatación; si la cicatriz es circular se procederá a efectuar cesárea abdominal, si es longitudinal casi no presenta problema, pero es mejor proceder a las incisiones longitudinales por el temor a los desgarros del cuello —según la opinión de algunos autores.

DISTOCIAS INFLAMATORIAS

- a) Inflamaciones por Endocervicitis: el cuello se muestra sumamente congestionado, presencia de huevos de Nabott y emisión de flujo vaginal abundante. Sangran con facilidad y durante el parto sangran profusamente. El tejido se muestra friable por lo que a la puesta del forceps —si es que se indica— dan mucha hemorragia. Es aconsejado que se proceda a la cauterización química con nitrato de plata al 5% o bien con ácido crómico en solución al 5%. En el post-partum a la 6a. semana se puede efectuar electrocoagulación.
- b) Pólipos cervicales: el peligro que presentan, son las hemorragias y la degeneración tal como se señaló a propósito de los pólipos del cuerpo uterino. Habrá que extirparlos durante el embarazo o bien toques de nitrato de plata; seda-

ción antes y después del parto. Durante el parto, se quitarán retorciendo el pedículo.

- c) Lues (lesiones sifilíticas del cuello): se deberá efectuar un estudio particular en cada caso y aconsejar la cesárea abdominal si así lo requiere el caso; las lesiones que más trastornos ocasionan son las terciarias por las esclerosis.

DISTOCIAS TUMORALES:

- a) Fibroma cervical: ocasiona trastornos que impiden la libre dilatación del cuello; la indicación de cesárea abdominal está justificada.
- b) Cáncer del cuello uterino: entidad muy temida, pero también rara (1×6000). Se manifiesta por pequeñas metrorragias durante el embarazo, el diagnóstico exacto lo da el estudio histopatológico por biopsia. Existe aumento del espesor del epitelio, hipertrofia e hiperplasia glandular, edema del estroma con reacción desidual. Los exámenes deberán ser repetidos pues así se podrá tomar una decisión serena: método de papanicólau; biopsia por espátula de Rhan o de Ayre y la prueba de la esponja gelatinosa de Gladstone. Si el cáncer es grado I, II de la liga de las naciones, lo que interesa es la vida materna, pero si es inoperable entonces interesa más caso particular— la vida fetal.

Cáncer en el primer trimestre, operable: radiumterapia por vía vaginal y seis semanas después operación de Wertheim. En el sexto mes y cáncer operable: radiumterapia vaginal, con feto vivo cesárea abdominal y operación de Wertheim.

Cáncer en el primer trimestre inoperable: radiumterapia primero, histerectomía subtotal se hace operable.

Cáncer en el sexto mes, inoperable: aplicación de radium por vía vaginal, histerectomía subtotal y posteriormente roengenoterapia.

Si se descubre el cáncer durante el embarazo entonces hacer cesárea y efectuar histerectomía subtotal, luego radiumterapia y posteriormente roengenoterapia.

DISTOCIAS VAGINALES

- A) Congénitas: por tabicamientos longitudinales o transversales de la vagina. Causan dificultad para el libre paso del feto, se acompañan casi siempre de anomalías uterinas, las cuales ya quedaron estudiadas en párrafos anteriores. En uno u otro caso deberá de procederse a su liberación, hasta en el momento del parto, para así poder clasificar bien la distosia. La liberación se lleva a cabo mediante la sección y sutura adecuada.
- B) Adquiridas: hematoma del tejido celular contiguo, cicatrices por úlceraciones anteriores, infecciones tales como vaginitis granulosa y enfisematosa, lesiones traumáticas y cicatrizales que están ligadas a intervenciones anteriores, aplicaciones de radium, etc., lesiones por enfermedades tales como difteria, escarlatina, etc. Las consecuencias que pueden ocasionar es la distocia por oponerse al libre tránsito en la expulsión fetal; causan a menudo rigideces de la vagina.

Conducta a seguir:

- A) Si se debe a lesiones inflamatorias: aplicaciones tópicas de nitrato de plata al 5% o mercurio cromo en solución al

5%, lavados vaginales astringentes. Episiotomía y debridamiento vaginal.

- B) Si es por rigidez debido a cicatrices antiguas, si estas son circulares, algunos intentan hacer incisiones longitudinales, teniendo cuidado de no tomar el recto o la vejiga. Como se comprende, si se deja que la cabeza fetal vaya abriendo paso, sobrevienen desgarros perineales. Se juzgará la conveniencia de practicar la intervención cesárea abdominal.

Si es por un hematoma: se hace incisión, se extraen los coágulos y se hace taponamiento con gasa después del parto.

DISTOCIAS TUMORALES DE LA VAGINA

- a) Quistes: rara vez son expulsados juntamente con el feto, otras veces estallan con la expulsión de éste. Se deberán intervenir en el post-partum.
- b) Fibromas y fibromiomas: si presentan dificultad antes del parto se deberán de extirpar, ahora si no las presentaran, se aplanarán en el momento de la expulsión y después del parto se intervendrán.
- c) Cáncer de la vagina: es de grado III y ya quedó sentado anteriormente todo procedimiento a seguir, se deberá hacer cesárea abdominal. Se dice que un caso operable cuando sólo está localizado a la vagina sin que invada ganglios, recto, vejiga, etc.

En el límite de la operabilidad: cuando ya hay invasión a los órganos que se excluyeron anteriormente.

En casos operables: evacuación por vía alta, radiumterapia posterior y seis meses después hacer colpohisterectomía ampliada por vía baja: operación de Schauta (extirpación de vagina, útero, anexos, tejido celular del parametrio, paracolpio y ganglios pelvianos).

Casos límites: en caso de que siga avanzando se intenta la radiumterapia y se deja evolucionar el feto hasta lo máximo. Hacer cesáreas y reengeneroterapia.

VARICES VAGINALES: Constituyen un peligro potencial en el momento de la expulsión por lo que se deberá proteger bien el perineo, procurar la máxima dilatación manual de la vagina, si causan hemorragia ligar las venas.

VAGINISMO: Se efectuará dilatación prefetal con anestesia local.

DISTOCIAS VULVARES: a) congénitas: salta a la vista del examen vaginal, las bridas, himen intacto, etc. y su tratamiento se corregirá manualmente o bien mediante la episiotomía o incisión.

- b) Adquiridas: traumáticas, cicatrizales, infecciosas, etc. Se deberá hacer episotomía y debridamiento vaginoperineal.
- c) Distocias tumorales: aumentan algunas veces con el embarazo, la extirpación quirúrgica antes del parto está indicada.
- d) Hematomas y edemas de la vulva: Se aconseja en el primer caso la incisión y taponamiento después del parto o bien hemoestasis y sutura. En el edeman, podrá intentarse la aplicación local de Hydase, Hialidase o Quinetina, tripsina o

la aspiración de líquido de ser posible, si no se reduce o se presenta por un trabajo prolongado de parto, la aplicación de forceps está indicada.

QUISTES DE LA GLANGULA DE BARTOLINO. Pueden ser uni o bilaterales, se deberán incidir y hacer tratamiento con antibióticos, bolsa de hielo local, analgésicos, etc.

QUISTES DE LOS LABIOS MENORES: Se deben extirpar quirúrgicamente.

CANCER VULVAR: Muy raramente presentan problemas de distocias, son raros y por lo general dan en mujeres de edad. Si es localizado se debe hacer vulvectomía y posteriormente resección ganglionar con roengenoterapia. En el momento del parto la cesárea abdominal es deliberada.

Otras resistencias perinales: Sedación y episiotomía.

DISTOCIAS POR TUMOR PREVIO

a) Quistes del ovario: Tienen influencias sobre el embarazo y viceversa. Sobre el embarazo porque causan desviaciones uterinas, trastornos de acomodación fetal, interrupción del embarazo. Y el embarazo ejerce influencia sobre ellos, causando hemorragias intraquísticas, degeneraciones, fácil y rápido desarrollo de los mismos, supuraciones, peritonitis, periquísticas, adherencias consecutivas a la misma, etc., etc. Durante el parto porque si constituyen tumor previo el parto por la vía vaginal es imposible. En el puerperio porque pueden **torcerse**, supurar, etc. En el embarazo es fácil el diagnóstico de la torsión de un quiste, porque asociado a la presencia de un tumor homo o bilateral, irregular, que no encaja con la forma normal de un útero grávido, el cuadro cataclísmico de un abdomen agudo hace pensar en ello.

Tratamiento: Si es el embarazo antes del 40. mes, aun cuando no hayan complicaciones se seda a la paciente y se interviene.

Si son intraligamentarios, se deberá adoptar una conducta expectante y se intervendrá si los dolores causados son insostenibles. Si ha ascendido al abdomen, esperar. Si es pelviano, intraligamentario: cesárea abdominal. Con quiste pelviano móvil, esperar hasta el momento de la expulsión y tratar de rechazarlo bajo anestesia profunda. La conducta de efectuar intervenciones cesáreas es de necesidad en estos casos, porque si fuera un quiste seroso se tratará de puncionarlo; si es un dermoide la punción es imposible, y sólo cabe la extirpación.

Se recomienda en todo caso la laparotomía con cesárea, exploración posterior de la cavidad abdominal, pinzar el pedículo y extirpación del tumor. Si es intraligamentario, se abre el ligamento ancho y se irá despegando poco a poco. Si el parto es espontáneo entonces esperar dos o tres meses y operar. Si es en el puerperio y aparecen complicaciones: intervención inmediata.

III DISTOCIAS VULVARES:
CAUSA CONGENITA: Himen intacto, falta de elasticidad del himen, fibrosis del anillo vulvar.
CAUSA ADQUIRIDA: Traumáticas, Cicatrizales, Inflamatorias: Vulvitis, Bartholinitis.
 Tumores: Tumor de la Glándula de Bartholino, hematoma vulvar, Quistes de los labios menores, cáncer de la vulva.
 Resistencia exagerada del perineo.

FUNCIONALES c) Funcionales: Vaginismo.
 b) Por lesiones adquiridas: 1o. Traumáticas; 2o. Cicatrizales; 3o. Inflamatorias; Vaginitis granulosa o entisematosa. 4o. Tumores: Quistes de la vagina, fibromas y fibromiomas, cáncer de la vagina; várices vaginales.

II DISTOCIAS VAGINALES

FUNCIONALES: Distocias de la Contracción.
 b) Cervicales =
 Aglutinación del cuello.
 Desviaciones del cuello.
 Cicatrizales, que pueden ser lineales o anulares.
 Inflamatorias: endocervicitis, pólipos, sífilis.
 Tumores: fibromas del cuello, cáncer del cuello.

Por lesiones adquiridas: a) Corporales: =
 Fibromiomas seniles: Intramurales, subserosos, submucosos
 Desviaciones uterinas: Anteversoflexiones, retroversiones laterales.
 Prolapso del útero grávido.
 Alargamiento hipertrófico del cuello.

Por lesiones congénitas: Utero hipoplásico
 Utero Tabicado
 Utero Cordiforme
 Utero Doble
 Utero Unicornio.

ANATOMICAS:

A. DISTOCIAS CON SINERGIA FUNCIONAL

Nombre Clínico	Significación Patológica	Tratamiento
Oligosistolia Primitiva	Contracciones simples espaciadas	Der. de Retrohipótesis
Oligosistolia secundaria	Relajación	Sedación Ut. absoluta y derivados retrohipótesis.
Polisistolia	Contracciones frecuentes	Efectiva: expectación con feto vivo: sedación. Sufrimiento fetal: sedación profunda y extracción.
Tétanos	Contracción tetánica	Feto vivo: sedación profunda. Sufrimiento fetal: sedación y extracción. Feto muerto: expectación y ver si no hay peligro de ruptura uterina.
Contractura	Contractura corporal	Cesárea con o sin histerectomía.
DISTOCIAS SIN SINERGIA FUNCIONAL		
Contracciones primarias del cuello	Cuello sin borramiento y activo y contracciones corporales irregulares	Parto médicamente dirigido. Gobierno y dirección parto.
Pseudoinercia	Contracción extemporánea del músculo circular y contracciones frecuentes del cuerpo uterino.	Gobierno y dirección parto.
Polisistolia	Contracciones frecuentes y extemporáneas del músculo circular y contracciones frecuentes del cuerpo uterino.	Sedación, con o sin extracción instrumental del feto.
Tétanos	Contracción extemporánea del músculo circular y contracción corporal tetánica.	Sedación profunda con o sin extracción fetal, instrumental.
Síndrome de Schikelé	Contracción cervical extemporánea y contracciones corporales frecuentes o espaciales.	Gobierno y dirección del parto.
Síndrome de Demelin	Contracción tetánica del anillo de Bandl y contracción tetánica corporal.	Sedación profunda y extracción fetal.
Distocia de Bandl	Contracción extemporánea del anillo de Bandl y contracción corporal simple.	Sedación profunda y extracción fetal.
Contractura	Contractura cervical y corporal.	Operación cesárea abdominal seguida o no por histerectomía.

CONCLUSIONES

- 1a.—En los datos obtenidos por nuestro estudio, las distocias que presentaron complicaciones fueron únicamente las de contracción.
- 2a.—En un gran número de casos, las distocias de contracción se redujeron a Oligosistolias.
- 3a.—El cuidadoso examen ginecológico en el prenatal es de gran importancia en la búsqueda de procesos patológicos que pudieran dar distocias de partes blandas en el momento del parto.
- 4a.—En la revisión de los casos observados, el número de pacientes que ingresaron con control prenatal fue muy reducido por lo que fueron hallazgos durante el trabajo y el parto. Los casos diagnosticados en el prenatal, fueron de procesos que pudieran causar distocias en un momento dado, esto es, cistocèles.
- 5a.—La mayor parte de las pacientes que presentaron estas distocias fueron primigestas, comprendidas entre los 17 y 21 años, un número reducido fue de pacientes primíparas añosas.
- 6a.—El estado nutricional deficiente de nuestras pacientes multiparas indudablemente es un factor importante en el alto porcentaje de distocias de contracción.
- 7a.—Durante el trabajo de parto, se deberá observar una conducta expectante, controlando sistemáticamente el estado de las contracciones uterinas, el foco fetal, estado general de la paciente, etc. y emplear una terapéutica a base de sedantes, etc., según el caso.

ESTADÍSTICA

Durante el año de 1956, hubo en el Hospital Roosevelt 6199 partos los cuales se distribuyen en la siguiente forma:

6,121 partos simples	98.73%
77 Partos gemelares	1.26%
1 parto de trillizos	16%

Los partos distócicos se distribuyen en la siguiente forma:

Partos distócicos gemelares 25 casos: 15 casos de oligosistolias.	
5 casos de versión y gran extracción.	
5 casos de sufrimiento fetal, gran extracción.	
300 casos: 220 casos de Parto en el trabajo de parto —Oligosistolias—.	
145 casos de parto en el trabajo de partos con sufrimiento fetal.	
15 casos, catalogados como distócicos y en los cuales se aplicó forceps por: eclampsia, preeclampsia, túberculosis, policarencia, deshidratación, várices vulvares, edema vulvar.	
Nota: la aplicación de forceps se hizo profilácticamente.	
10 casos: con el clavamiento en situación posterior.	

Y como procesos patológicos que pudieran causar distocias:

Cistocèle	15 casos	Papilomas de la vulva	12 casos
Úterocèle	7 casos	Várices de la vulva por embarazo	5 casos
Condiloma acumado de la vulva	4 casos	Fibroma del útero	4 casos
Cervicitis aguda	3 casos	Prolapso del cérvix	2 casos
Vulvitis	1 caso	Leucoplasia de la vulva	1 caso
Papilomas de la vagina	1 caso	Tumor inespecífico del útero	1 caso
Pólipos uterino	1 caso		

NOTA:

- 1) Los casos de fibroma uterino, dos de ellos tuvieron parto al siguiente año, sin que presentaron complicaciones. Los otros casos fueron remitidos al Hospital General, para su tratamiento posterior. El puerperio de estas pacientes fue satisfactorio.
- 2) El caso de Leucoplasia, existió la duda de que se tratara de una lesión de leucoplasia; no se comprobó por biopsia, etc. Fue remitida al Hospital General para que se siguiera su estudio.

Vo. Bo.

Dr. Humberto Montenegro P.

Imprímase:

Dr. Ernesto Alarcón B.
Decano.

BIBLOGRAFIA

Beck.—Prácticas de Obstétrica, 1953. Cap. VIII, Págs. 107-108

Williams.—Obstétrica, 1953. Cap. XI. Págs. 203-210.

De Lee Greenhill, Principios y Prácticas de Obstétrica, 1955. Cap. IV Págs. 320-355.

Moraguez Bernaf.—Clínica Obstétrica, 1957. Págs. 630-660.

Stander.—Textbook of Obstetric, 1945. Págs. 87-107-115.

Botellá Illusá.—Patología Obstétrica, 1954. Lección XII. Págs. 430-485.

Conferencia del Hospital Roosevelt.—Sobre Distocia de Partes Blandas.

Testut y Latarget.—Tratado de Anatomía Humana, 1951. Tomo IV.