

CAPÍTULO VI

PRESENTACIONES DE CARA

Presentaciones de cara.

Las presentaciones de cara no son raras, y aunque en la gran mayoría de casos terminan de un modo satisfactorio por las solas fuerzas de la naturaleza, producen á veces grandes dificultades; pueden, pues, considerarse con razón como una de las más formidables complicaciones de los partos. Es, pues, indispensable que el práctico conozca perfectamente la historia de esta variedad de presentación si quiere ser capaz de intervenir con probabilidades de éxito.

Opiniones erróneas sobre el asunto.

Los antiguos tocólogos tenían opiniones muy erróneas acerca del mecanismo y tratamiento de estos casos, pues la mayor parte de ellos creían que el parto era imposible por las fuerzas naturales y que era indispensable intervenir por la versión para efectuarlo. Smellie fué quien reconoció la posibilidad del parto espontáneo y la rotación del mentón hacia delante debajo de los pubis; pero sólo mucho más tarde, y sobre todo después que la señora de La Chapelle dió á luz sus trabajos sobre el particular, se consideró el parto como natural casi siempre.

Frecuencia.

La frecuencia de las presentaciones de cara varía de un modo curioso en los diferentes países. Así, Collins ha observado que en Rotunda Hospital no se presentaba más que una por cada 497 partos, aunque Churchill indica una por cada 249 como término medio en la práctica de la Gran Bretaña; en Alemania se presenta una vez por cada 169 partos. La única explicación racional de tan notable diferencia es que el decúbito dorsal, adoptado generalmente en el extranjero, favorece la transformación de la presentación de vértice en presentación de cara.

El modo como se verifica este cambio—pues difícilmen-

te puede ponerse en duda que, en la gran mayoría de casos, la presentación de cara es debida á una dislocación del occipucio hacia atrás después de principiado el parto, pero antes de que la cabeza se introduzca en el estrecho superior—se ha explicado de muy diversas maneras.

Generalmente se ha supuesto que el occipucio, engan- chándose al estrecho superior de la pelvis, producía la extensión de la cabeza y el descenso de la cara, favoreciendo por otra parte el fenómeno la posición oblicua del útero, tan frecuente durante el embarazo. Hecker ⁽¹⁾ concede gran importancia á una particularidad de la cabeza del feto, observada á menudo en esta presentación: la dolicocefalia; el cráneo es prominente hacia atrás, con el occipucio saliente, de donde resulta un aumento de longitud del brazo de la palanca craneana posterior, que facilita la extensión cuando existen circunstancias que la favorecen.

El doctor Duncan ⁽²⁾ cree que la oblicuidad uterina tiene en esto gran parte, pero en otro concepto del que ya he hablado. Dice que, cuando la oblicuidad es muy graduada, se produce en el conducto genital una curva cuya convexidad mira al lado hacia el que el útero está desviado. La contracción uterina empuja el feto hacia bajo, pero la región correspondiente á la concavidad de la curva recibe la mayor parte de la fuerza propulsiva y tiende á descender. Si el occipucio se encuentra en la convexidad de la curva así formada, la frente tenderá á descender. En la gran mayoría de casos impide su descenso la enorme resistencia que encuentra, á causa de la mayor longitud del brazo de la palanca craneana anterior; pero si la oblicuidad uterina es muy grande, puede ser vencida esta resistencia y se produce la presentación de cara. La observación de Baudelocque de que el occipucio, en las presentaciones de cara, corresponde casi invariablemente al mismo lado que la oblicuidad uterina, prueba la influencia de esta oblicuidad. Además, lo que la hace muy probable es que, en la presentación de cara, el occipucio se dirige con mucha más frecuencia hacia la derecha que hacia la izquierda, y la

Modo como se producen las presentaciones de cara.

⁽¹⁾ *Ueber die Schadelform bei Gesichtslagen.*

⁽²⁾ *Edin. Med. Journ.*, tomo XV.

oblicuidad lateral derecha del útero es también mucho más común.

Según estas teorías, las presentaciones de cara son producidas durante el parto. Sin embargo, á veces existen antes de que haya principiado el parto. En este caso, puesto que sabemos que existen contracciones uterinas durante el embarazo, es posible que obren también causas análogas, aunque no tan distintamente, antes de principiar el parto.

El diagnóstico es á menudo muy difícil al principio del parto, antes de que el orificio se haya dilatado por completo y roto las membranas, cuando la cara no ha penetrado aún en la excavación. El dedo toca una parte redondeada, la frente, que puede confundirse fácilmente con el vértice. En este momento facilita el diagnóstico la palpación abdominal, como indica Hecker. Estando la cara en el estrecho superior, se percibe y distingue inmediatamente por encima de los pubis un cuerpo duro, sólido y redondeado: la frente y el sincipucio; en el otro lado, una masa blanda, mal limitada: el tórax y el cuello. Si el parto está más avanzado y la cabeza ha descendido un poco, ó se han roto las membranas, se distingue con seguridad la naturaleza de la presentación. Se descubren los rebordes orbitarios, la eminencia de la nariz, las fosas nasales (sus orificios indican hacia qué lado de la pelvis está dirigido el mentón) y la cavidad de la boca con los bordes alveolares. Si se reconocen todas estas partes, no es posible equivocarse. Los casos más difíciles son aquellos en que ha permanecido mucho tiempo la cara en la excavación. Las mejillas se ponen entonces tumefactas y se unen una á otra, pareciéndose á las nalgas; la nariz puede tomarse por los órganos genitales, y la boca por el ano; pero las órbitas y los bordes alveolares no se parecen á nada de las nalgas, y bastarán para prevenir el error. Se evitarán los reconocimientos demasiado frecuentes y bruscos, por el temor de hacer sufrir serias lesiones á los delicados tejidos de la cara. Diagnosticada de un modo positivo la presentación, haremos los menos reconocimientos posibles con el solo objeto de que nos indiquen la marcha del parto.

Necesidad
de un examen
cuidadoso.

Mecanismo.

Si consideramos las presentaciones de cara como pre-

sentaciones originales de vértice—y para ello estamos plenamente autorizados—en las que se ha verificado una extensión del occipucio, comprenderemos fácilmente que la posición de la cara con relación á la pelvis corresponde á la del vértice. Y este es, en efecto, el caso; la frente ocupa la situación en que se hubiera colocado el occipucio si no se hubiese producido la extensión.

La cara, como el vértice, puede presentarse con su mayor diámetro, correspondiendo á casi todos los del estrecho superior; pero lo más común es que ocupe, ora el diámetro transversal, ora un diámetro intermedio entre el transversal y el oblicuo; después, á medida que desciende la cara á la excavación, á uno ú otro de los diámetros oblicuos. En las obras de obstetricia se tiene la costumbre de describir dos variedades principales de posiciones de la cara: la mento-iliaca derecha y la mento-iliaca izquierda, según que el mentón está vuelto hacia uno ú otro lado de la pelvis. Pero es preferible clasificar las posiciones según el punto de la pelvis á que mira el mentón. Describiremos, pues, cuatro posiciones de la cara análogas á las presentaciones ordinarias de vértice, de que son una transformación.

Primera posición (M I D P).—El mentón mira hacia la sínfisis sacro-iliaca derecha, la frente hacia el agujero oval izquierdo y el diámetro mayor de la cara corresponde al diámetro oblicuo izquierdo de la pelvis. Corresponde á la primera posición de vértice, y como en ésta, el dorso del niño mira al lado izquierdo de la madre.

Segunda posición (M I I P).—El mentón mira hacia la sínfisis sacro-iliaca izquierda, la frente al agujero oval derecho y el diámetro mayor de la cara está en el diámetro oblicuo derecho de la pelvis. Es la conversión de la segunda posición (tercera francesa) de vértice.

Tercera posición (M I I A).—La frente mira á la sínfisis sacro-iliaca derecha, el mentón al agujero oval izquierdo y el diámetro mayor de la cara al diámetro oblicuo izquierdo de la pelvis. Es la conversión de la tercera posición (segunda francesa) de vértice.

Cuarta posición (M I D A).—La frente mira á la sínfisis sacro-iliaca izquierda, el mentón al agujero oval dere-

Las posiciones
de la cara
corresponden
á las de vértice.

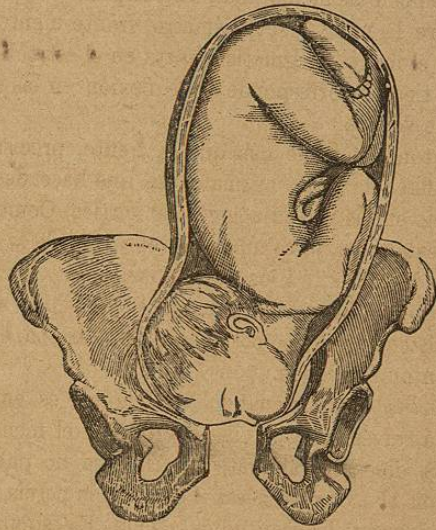
Las cuatro
posiciones
generalmente
observadas.

cho y el diámetro mayor de la cara al diámetro oblicuo derecho de la pelvis. Es la conversión de la cuarta posición de vértice.

La frecuencia relativa de estas posiciones no es aún conocida.

No se ha averiguado aún de un modo positivo la frecuencia relativa de estas posiciones. Es cierto que no hay una preponderancia tan marcada de la primera posición de la cara como de la primera del vértice, y esto se explica por la hipótesis de que una posición anormal de vértice

Fig. 113.



Tercera posición en la presentación de cara.

puede facilitar la transformación en una presentación de cara. Winckel admite que, *ceteris paribus*, la presentación de cara se produce más fácilmente cuando el dorso del niño está en el lado derecho que cuando está en el lado izquierdo de la madre, y la razón de este hecho es probablemente la frecuencia de la oblicuidad lateral derecha del útero. Más adelante veremos que, salvo muy raras excepciones, es enteramente esencial que el mentón gire hacia delante debajo del pubis para que se verifique el parto; por tanto, podemos considerar las posiciones M I I A y

M I D A, en las cuales el mentón mira hacia delante desde el principio, como más favorables que las otras.

El mecanismo del parto es prácticamente el mismo que en las presentaciones de vértice, y es fácil comprenderlo si recordamos que, en las presentaciones de cara, el mentón toma el sitio del occipucio en las presentaciones de vértice y le reemplaza. Para modelo en la descripción, tomaré la primera posición de la cara.

1.º El primer tiempo consiste en la *extensión* de la cabeza, producida por las contracciones uterinas tan luego como se rompen las membranas. El occipucio se aplica por detrás sobre la nuca, y el diámetro fronto-mentoniano, mejor que el mento-bregmático, entra en el estrecho superior. Este tiempo corresponde al de flexión en las presentaciones de vértice.

El mentón descende más que la frente, precisamente bajo la influencia de la misma causa que hace descender el occipucio en las presentaciones de vértice. Como la cabeza está extendida, la columna vertebral divide la cara en dos brazos de palanca, á los que transmite la contracción; el más largo está hacia la frente; es, pues, el que sufre la mayor resistencia y el que permanece hacia arriba, en tanto que el mentón descende.

2.º *Descenso*.—Continuando los dolores, es empujada la cabeza á través de la pelvis, estando aún el mentón por delante. Se dice generalmente que la cara no puede descender como el occipucio hasta el suelo de la pelvis, porque limita su descenso la longitud del cuello. Es este un temor mal fundado. El cuello, desde el mentón al esternón, cuando la cabeza está completamente extendida, mide de 8 á 10 centímetros, longitud más que suficiente para permitir á la cara descender hasta la parte inferior de la pelvis. No puede negarse esto, puesto que con frecuencia se ve descender bastante al mentón, en las posiciones mento-posteriores, para franquear el perineo antes de hacerse la rotación. En el estrecho superior, están al mismo nivel los dos lados de la cara; pero, á medida que avanza el parto, descende un tanto la mejilla derecha, se forma la bolsa sero-sanguínea en el hueso malar y, si hay otra secundaria, reside en la mejilla.

El mecanismo es prácticamente el mismo que en las de vértice.

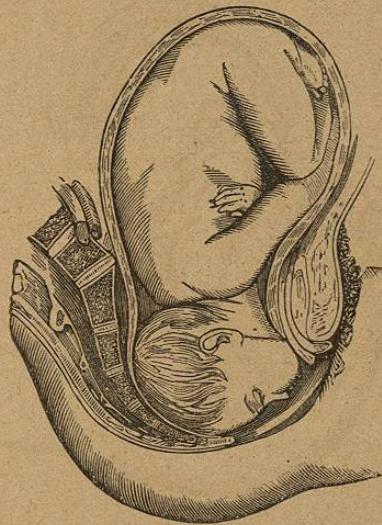
Descripción del parto en la primer posición de cara. Extensión.

Descenso.

Rotación.

3.º La *rotación* es, con mucho, el estadio más importante en el mecanismo de las presentaciones de cara; en efecto, si no se verifica, es prácticamente imposible el parto con una cabeza de dimensiones ordinarias y una pelvis mediana. Hay, sin duda, excepciones á esta regla; pero se las debe considerar aparte, y es cierto que la falta de la rotación es siempre una complicación grave y formidable de la presentación de cara. Por fortuna es muy raro que

Fig. 114.

*Rotación del mentón hacia adelante.*

no se verifique la rotación. Las causas mecánicas son precisamente las que determinan la rotación del occipucio hacia delante en las presentaciones de vértice. A medida que se verifica, pasa el mentón por debajo del arco del pubis y llega el occipucio á la concavidad del sacro (fig. 114); entonces principia el cuarto tiempo.

Flexión.

4.º La *flexión* es el movimiento que corresponde á la extensión en las presentaciones de vértice. El mentón franquea el pubis tanto como lo permite el arco, y allí permanece inmóvil. La contracción uterina obra entonces so-

bre el occipucio, que gira naturalmente sobre un eje transversal (fig. 115), descansando la cara inferior del mentón sobre los pubis como punto fijo. Este movimiento continúa hasta que, por último, la cara y el occipucio se deslizan sobre el perineo extendido.

5.º La *rotación externa* es enteramente parecida á la que se verifica en las presentaciones de vértice, y como ella, depende del movimiento comunicado á los hombros.

Rotación
externa.

Fig. 115.

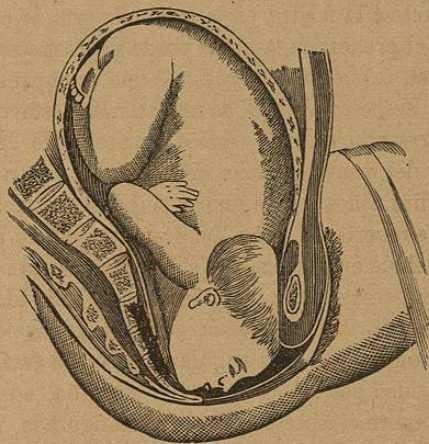
*Desprendimiento de la cabeza en la presentación de cara.*

Tal es la marcha natural del parto en la gran mayoría de casos; pero para conocer por completo el asunto, es necesario estudiar los casos raros en que el mentón mira hacia atrás y no se verifica la rotación hacia delante. Pueden considerarse como análogas á las posiciones occipito-posteriores, en las cuales es expulsada la cara bajo el pubis; pero, á la inversa de estas últimas, es muy excepcional que la naturaleza pueda terminar el parto. La razón es sencilla, pues el occipucio se enclava detrás del pubis y la pelvis no es bastante ancha para que el diámetro fron-

Posiciones men-
to-posteriores
en las cuales no
se verifica la
rotación.

to-mentoniano franquee el diámetro anteroposterior del estrecho inferior (fig. 116). Se citan, es cierto, casos en que se efectuó el parto mirando el mentón hacia atrás, pero hay razón para creer que no es posible este hecho sino cuando la cabeza es sumamente pequeña ó la pelvis muy ancha. La frente está entonces muy deprimida, hasta que aparece una porción á la entrada de la vagina, en donde se fija sólidamente detrás del pubis, y el mentón, después de muchos esfuerzos, se desliza sobre el perineo. Si

Fig. 116.



Posición de la cabeza cuando no se verifica la rotación del mentón hacia adelante.

se verifica este movimiento, se hace la flexión y es expulsado sin dificultad el occipucio. La frente se halla probablemente siempre en un plano inferior al del mentón.

El doctor Hicks (1) ha publicado una Memoria en la que trata de demostrar que esta terminación de las presentaciones de cara no es tan rara como generalmente se supone, y cita un caso en que puso término al parto con el forceps; pero creo que son indispensables para ello condiciones especiales: «el diámetro anteroposterior del es-

(1) *Obst. Trans.*, 1866, tomo VII, pág. 57.

trecho inferior muy largo», y una disminución en el volumen de la cabeza. Cuando se verifica el parto, es probable, como ha indicado Cazeaux, que la cara ocupe el diámetro oblicuo del estrecho inferior y que el mentón deprima las partes blandas de la escotadura sacro-ciática, las cuales, prestando en la extensión de seis á siete milímetros ó más, permiten el paso del diámetro occipito-mentoniano de la cabeza. Pero es preciso recordar que el parto espontáneo en las posiciones mento-posteriores es una excepción rara, y que si no se verifica la rotación (se verifica á menudo en el último momento) habrá necesidad, casi de seguro, de recurrir á un artificio en una ú otra forma.

Respecto á la madre, en la gran mayoría de casos es favorable el pronóstico, aunque puede prolongarse el parto; está, pues, expuesta á los peligros que acompañan al parto penoso. Respecto al niño, es mucho más desfavorable que en las presentaciones de vértice. Aun cuando la rotación anterior del mentón se hace de un modo natural, se cree que de diez niños muere uno; y si no se verifica, es casi segura la muerte del niño. La gran mortalidad de los niños es debida evidentemente á la enérgica compresión á que están sometidos, y es probable que dependa en muchos casos de una hiperemia cerebral producida por la compresión de las venas yugulares en tanto está el cuello en la cavidad pélvica. Si nace vivo el niño, su cara está siempre enormemente tumefacta y desfigurada. A veces la deformidad es excesiva y apenas se reconocen los rasgos fisionómicos. Este accidente desaparece al cabo de algunos días, pero el práctico debe esperar encontrarle, y al efecto prevendrá á los padres para que no se alarmen sin razón, ó no le echen á él la culpa.

De todo lo que llevamos dicho acerca del mecanismo del parto en las presentaciones de cara resulta que la mejor conducta que puede observarse es abandonar el parto á sí mismo, en la esperanza de que bastarán los esfuerzos naturales para terminarlo. Afortunadamente, en la gran mayoría de casos así sucede.

Según antes dijimos, los antiguos tocólogos creían que era absolutamente necesaria una intervención activa, y recomendaban, ora la versión podálica, ora intentar conver-

Pronóstico de las presentaciones de cara.

Tratamiento. En la mayoría de los casos debe dejarse obrar á la naturaleza.

tir la presentación en una de vértice introduciendo una mano y deprimiendo el occipucio. Baudelocque recomendaba este último método, seguido aún por algunos tocólogos. Así, el doctor Hodge (1) recurre á él en todos los casos en que se reconoce en el estrecho superior la presentación de cara; y aunque jamás ha producido consecuencias funestas en sus expertas manos, es sin duda completamente inútil, y hasta podría producir los más graves resultados si se adoptase en general. Sin embargo, se podrá recurrir á él en ciertos casos en que la cara permanece por encima del estrecho superior y rehusa descender á la excavación. Pero es probable que fuera preferible hacer la versión podálica, que es más fácil de practicar, permite vigilar mejor el parto y es menos dolorosa para la madre. La versión es, sin duda, preferible á la aplicación del forceps, que se introduce con dificultad en una posición tan alta como la cara sin punto de apoyo eficaz. Si ha pasado á través del cuello, no puede efectuarse la versión sin peligro de que se desgarre el útero.

Manera de obrar en casos en que el vértice no descende.

Rectificación por la palpación abdominal.

* Recientemente Schatz (2) recomienda la rectificación de las presentaciones de cara antes de la rotura de las membranas con manipulaciones abdominales. Con una mano ejerce presiones sobre la espalda y pecho del feto á través de la pared abdominal, mientras que con la otra sujeta las nalgas. De este modo se eleva el occipucio, deprimiéndose hacia abajo la nalga y produciéndose la flexión de la cabeza por la resistencia de las paredes pelvianas. Yo no he practicado aún este método, siendo necesario tener una gran costumbre de practicar la palpación abdominal.

Dificultades producidas por la detención en la cavidad pelviana.

Una vez la cara en la excavación, pueden surgir dificultades procedentes de dos orígenes principales: la inercia uterina y la no rotación hacia delante del mentón.

En el primer caso, el tratamiento debe fundarse en los mismos principios generales que los que se refieren al parto prolongado en las presentaciones de vértice. Se aplicará con ventaja el forceps, recordando que es indispensable llevar el mentón debajo de los pubis, y una vez obtenido

(1) *System of Obstetrics*, pág. 335.

(2) *Arch. f. Gyn.*, 1873, Bd. V. S. 313.

este resultado, se dirigirá la tracción hacia adelante, de modo que el occipucio distienda lenta y gradualmente el perineo sobre que se desliza.

Las dificultades del segundo orden en las presentaciones de cara son mucho más importantes y pueden triunfar de todos los recursos del tocólogo. Debemos procurar desde luego, si es posible, asegurar la rotación anterior del mentón. Con tal objeto se han recomendado diversas maniobras. Algunos autores aconsejan introducir el dedo con precaución en la boca del niño, y llevar el mentón hacia delante durante un dolor; otros aplicar el dedo sobre el vértice del occipucio y rechazarle hacia atrás durante una contracción. Schröder dice que la dificultad depende á menudo de que no está la cabeza bastante distendida, de tal suerte que el mentón no se encuentra en un plano inferior al de la frente, y añade que se verifica más fácilmente la rotación empujando la frente hacia arriba con el dedo durante un dolor, de modo que haga descender el mentón.

Dificultades por no verificarse la rotación hacia adelante del mentón.

Según Penrose (1), la no rotación es generalmente debida á la falta de *punto de apoyo* hacia abajo, siendo la cara incapaz de descender hasta el suelo de la pelvis, y, si se facilita este descenso, se verifica la rotación. Entonces introduce la mano ó la rama de un forceps y comprime la mejilla posterior. Esta maniobra suministra «el punto de apoyo necesario», y ha permitido á Penrose terminar rápidamente varios partos cuya marcha languidecía y cuyas interesantes observaciones refiere.

Puede ensayarse una ú otra de estas maniobras, pero debe recordarse antes de obrar que la rotación se retarda á menudo hasta que la cara está en la parte inferior de la excavación; de suerte que no debemos desesperar demasiado pronto. Sin embargo, si á despecho de nuestros esfuerzos no se verifica, ¿qué debemos hacer? Si la cabeza no ha descendido demasiado para permitir aún la versión, este es, sin duda alguna, el medio más sencillo y eficaz. He conseguido poner término al parto en casos en que habian sido inútiles todas las tentativas para producir la

(1) *Amer. Supplement to Obst. Journ.*, 1876-7, tomo IV, pág. 1.

rotación; pero, en general, la cara está introducida á demasiada profundidad para que sea posible la versión. Se puede ensayar llevar hacia abajo el occipucio por medio del gancho ó de lazos; pero si la cara está en la excavación, es también muy difícil conseguirlo por este procedimiento. Podemos intentar hacer la rotación con el forceps, pero es una operación difícil y que va seguida de consecuencias funestas para el niño, mucho más á menudo que cuando se verifica por los esfuerzos naturales. Además, la segunda corvadura, ó corvadura pélvica del forceps, puede magullar al niño, y se debe preferir un instrumento corto y recto. Si es posible hacer la rotación, se ensayará llevar la cara hacia abajo, el mentón sobre el perineo y terminar el parto en posición mento-posterior; pero á menos que el niño sea muy pequeño ó la pelvis muy ancha, no hay probabilidades de buen resultado. Por último, si son inútiles todos los medios, no queda otro recurso que disminuir el volumen de la cabeza por la craneotomía, á la cual afortunadamente se recurre muy rara vez.

Presentaciones
de
frente.

Ocurre á veces que la cabeza está parcialmente extendida y que el hueso frontal se presenta en el estrecho superior de la pelvis, variedad descrita con el nombre de *presentación de frente*. Si la cabeza desciende en esta situación, las dificultades, sin ser insuperables, son á veces muy grandes, porque el diámetro mayor *cérvico-frontal* de la cabeza está introducido en la cavidad pélvica. El diagnóstico es fácil: el hueso frontal se reconoce por su superficie redondeada, y puede tocarse en un lado la fontanela anterior y en el otro la órbita y la raíz de la nariz.

Muchos casos se
convierten espontáneamente
en presentaciones
de cara ó
vértice.

Por fortuna, en la gran mayoría de casos las presentaciones de frente se convierten espontáneamente, ora en presentaciones de vértice, ora en presentaciones de cara, según que se verifica la flexión ó la extensión de la cabeza, y éstas son las terminaciones que debemos favorecer. Con este objeto puede hacerse una compresión hacia arriba, durante un dolor, sobre uno ú otro extremo de la parte que se presenta, de modo que favorezca la flexión ó la extensión; ó bien, si el orificio está bastante dilatado, pasar la mano por el occipucio y llevarle hacia abajo, haciendo de este modo la versión cefálica. Hodge recomienda

este último método, y considera fácil la operación. Long, en una excelente tesis sobre esta cuestión, da algunas figuras para demostrar que la corrección de las presentaciones anormales por manipulación ha dado mejor resultado que cualquier otro método de tratamiento (1). Sin embargo, si se reconoce distintamente una presentación de frente, bien caracterizada, cuando la cabeza está aún en el estrecho superior, falta saber si sería más fácil y mejor la versión podálica. Si la frente está demasiado baja para permitir la versión, y si no se logra convertir la presentación en una de vértice ó de cara, habrá necesidad probablemente de recurrir al forceps. En este caso la cara gira por lo común hacia los pubis, el maxilar superior se fija detrás del arco pubiano y el occipucio se desliza sobre el perineo; pero se tropieza con muy grandes dificultades, y si no puede hacerse esta conversión, es probable que se tenga que recurrir á la craneotomía.

Puede
necesitarse
el forceps ó la
craneotomía.

(1) *American Journal of Obstetrics*, 1885, tomo XVIII, pág. 897.