

CAPÍTULO VIII

PRESENTACIONES DE HOMBRO, BRAZO Ó TRONCO. PRESENTACIONES COMPLEJAS. — PROLAPSO DEL CORDÓN.

En las presentaciones hasta aquí estudiadas el diámetro mayor del feto correspondía al diámetro mayor de la cavidad uterina, y el nacimiento del niño por las fuerzas naturales era la terminación normal del parto. Fáltanos estudiar los casos importantes en que el diámetro mayor del feto no corresponde al del útero, sino que se halla colocado á través en la cavidad uterina. En la mayor parte de estas complicaciones, se presenta el hombro ó alguna parte de la extremidad superior del tronco; en efecto, se admite que pueden presentarse excepcionalmente en el orificio otras regiones del cuerpo, el dorso ó el abdomen por ejemplo, en un período poco avanzado del parto; pero estas presentaciones, á medida que éste avanza, son reemplazadas casi siempre por la extremidad superior.

En la práctica podemos limitarnos al estudio de las presentaciones de *hombro*, no siendo más necesaria su subdivisión en presentaciones de *codo* ó de *brazo* que la división de las presentaciones de la extremidad pélvica en variedades de nalga, rodilla y pie, puesto que el mecanismo y el tratamiento son idénticos, sea cual fuere la parte que se presente de la extremidad superior del tronco.

Lo que distingue las presentaciones de que nos hemos ocupado de las que ahora estudiamos, es que en éstas es imposible el parto por las fuerzas naturales á causa de las relaciones del feto con la pelvis, excepto en circunstancias especiales y muy raras, con las que nunca podemos contar. Es preciso, pues, que intervenga el tocólogo, y la seguridad de la madre y del niño depende del diagnóstico rápido de la posición anormal del feto; pues el tratamiento, rela-

Casos en los cuales no corresponde el mayor diámetro del feto con el del útero.

Practicamente debemos limitarnos al estudio de las presentaciones de hombro.

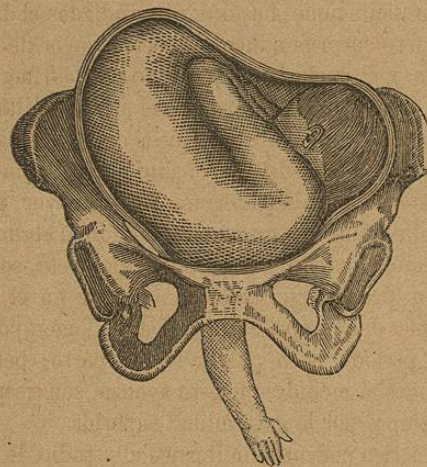
El parto por el esfuerzo natural es muy excepcional.

tivamente fácil y poco peligroso al principio del parto, se hace mucho más difícil y hasta aventurado si se acude tarde.

Las presentaciones de tronco se han llamado á menudo *presentaciones transversas* ó *nacimientos al través*, cuyos dos términos son inexactos, pues implican que el feto está colocado transversalmente en la cavidad uterina, ó que esta directamente al través del estrecho superior. Ahora bien; esto no se observa nunca, pues el niño está colocado obli-

Posición del feto.

Fig. 117.



Presentación dorso-anterior de brazo.

cuamente en el útero en una posición intermedia entre su diámetro mayor y sus diámetros transversos.

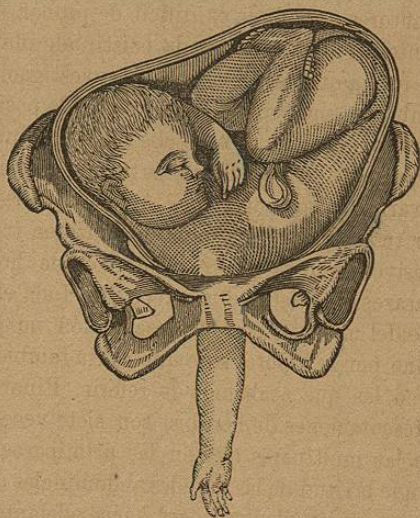
Las presentaciones de hombro se dividen en dos grandes variedades. En la una, el dorso del niño mira al abdomen de la madre (fig. 117); en la otra, está vuelto hacia su columna vertebral (fig. 118). Ambas se subdividen en dos variedades secundarias, según que la cabeza del niño está colocada en la fosa iliaca derecha ó en la fosa iliaca izquierda. Así, en las posiciones dorso-anteriores, si la cabeza está en la fosa iliaca izquierda, se presenta el hombro derecho del niño, y si la cabeza está en la fosa iliaca derecha, se presenta el hombro izquierdo. De igual modo, en

División en posiciones dorso-anterior y dorso-posterior.

las posiciones dorso-posteriores, si la cabeza está en la fosa iliaca izquierda, se presenta el hombro izquierdo, y si está en la fosa iliaca derecha, el hombro derecho (¹). De estas dos variedades, la dorso-anterior es la más común, en la proporción de dos á uno, según se dice.

No son bien conocidas las causas de la presentación del hombro. Entre las que más comúnmente se citan, encontramos la época prematura del parto y un exceso de líquido amniótico, cuyas dos circunstancias, aumentando

Fig. 118.

*Presentación dorso-posterior de brazo.*

la movilidad del feto en la matriz, deben tener probablemente gran influencia. Desde hace mucho tiempo se ha observado que esta presentación es mucho más frecuente en los nacimientos prematuros. La oblicuidad anormal del útero tiene sin duda alguna influencia, pues los primeros dolores pueden en este caso obligar á la parte que se presenta á chocar contra el estrecho superior y hacer descen-

(¹) Los lados derecho é izquierdo en esta nomenclatura se refieren, como en todas las posiciones, á los lados derecho é izquierdo de la madre sin relación con los niños.

der el hombro. La inserción viciosa de la placenta en el segmento inferior de la cavidad uterina se ha indicado como causa predisponente. Esta anomalía impide que la cabeza descansa sobre el segmento inferior del útero, y puede deslizarse sobre una ú otra de las fosas iliacas. Tal es la explicación de la frecuencia de la presentación de brazo en los casos de placenta previa parcial ó completa. Danyau y Wigand creen que las presentaciones de hombro están favorecidas por la forma irregular de la cavidad uterina, y sobre todo por un aumento relativo de su diámetro transversal. Esta teoría ha sido desechada por casi todos los autores; sin duda es difícil de probar, pero parece bastante verosímil que pueda existir alguna particularidad de forma que escape á nuestra investigación y que sea, sin embargo, suficiente para influir en la posición del feto. ¿Cómo explicar si no esas observaciones numerosas y notables, en que se reproducen las mismas posiciones viciosas en varios partos sucesivos? Así, Joulin refiere que una mujer tuvo una presentación de brazo en tres embarazos sucesivos, y otra una presentación de hombro en tres embarazos de cuatro que tuvo. Sin duda el retorno persistente del mismo vicio de presentación no puede explicarse sino por la hipótesis de una causa también persistente, como las que acabamos de referir. Pinard (¹) cree que las presentaciones de hombro son siete veces más comunes en las multiparas que en las primíparas, debido, según él, á la laxitud de las paredes abdominales de las primeras, que permite al útero caer hacia adelante, con lo cual se impide á la cabeza encajar en el estrecho superior en las últimas semanas del embarazo.

Es probable que circunstancias puramente accidentales tengan gran influencia sobre la producción de las presentaciones de hombro, las caídas por ejemplo, ó una compresión demasiado fuerte ejercida sobre el abdomen por un vestido mal hecho ó un corsé apretado. Las posiciones parcialmente transversas durante el embarazo son mucho más comunes de lo que generalmente se cree, y pueden reconocerse á menudo por la palpación abdominal. Estas po-

(¹) *Annal d'hyg. pub. et de méd.*, enero de 1879.

siones viciosas tienen tendencia á rectificarse, ora antes de que principie el parto, ora durante el primer periodo de éste; pero es muy fácil comprender cómo toda compresión persistente, como aquellas de que más arriba hemos hablado, puede hacer definitiva una posición que sin esto sólo hubiese sido temporal.

Pronóstico
y frecuencia.

Según las estadísticas de Churchill, las presentaciones de hombro se observan próximamente una vez por cada 260; son, pues, algo menos frecuentes que las de la cara. El pronóstico para la madre y para el hijo es mucho más desfavorable; Churchill dice que de 235 casos ha perdido una mujer de cada nueve, y la mitad de los niños. El pronóstico en cada caso particular varía mucho, según el momento del parto en que se reconoce la presentación. Si se reconoce pronto, la intervención es fácil y el pronóstico debe ser favorable; pero hay pocas dificultades obstétricas más serias que una presentación de hombro, cuyo tratamiento necesario se ha retardado hasta que la parte que se presenta se haya encajado mucho en la cavidad pélvica.

Diagnóstico.

Bien grabado este hecho en la memoria, es evidente que debemos asegurarnos en el diagnóstico, y es, sobre todo, importante que podamos descubrir, no sólo si es el hombro ó el brazo el que se presenta, sino también de qué lado y cómo están colocados el cuerpo y la cabeza del niño.

Generalmente no se sospecha la existencia de una presentación de hombro hasta que se hace el primer examen vaginal durante el parto. Admira entonces al médico la ausencia de la cabeza fetal, y si el orificio está abierto encuentra las membranas salientes y de forma alargada, fenómeno común á esta y á todas las presentaciones viciosas. Si la parte que se presenta está demasiado alta para que pueda alcanzarse, según ocurre á menudo al principio del parto, se hará un ensayo para reconocer la presentación por la palpación abdominal. Este es un punto muy importante, pues es mucho más fácil reconocer por este procedimiento las presentaciones de hombros que las de nalgas y pies; y en este momento es, no sólo posible, sino relativamente fácil modificar la posición del feto, merced sólo á las manipulaciones abdominales, y evitar así el hacer la versión, operación siempre seria. Ya hemos descrito

Las presentaciones de hombro suelen diagnosticarse por la palpación abdominal.

el método para descubrir las presentaciones de hombros por el examen abdominal y no es necesario repetirlo. Los signos principales son la forma diferente del útero y la presencia de dos masas sólidas, la cabeza y la nalga, una en cada fosa iliaca. La facilidad con que pueden reconocerse estas partes varía mucho en los diferentes casos. En las mujeres delgadas, de paredes abdominales laxas, es fácil tocarlas, en tanto que en las gruesas es muy difícil. Si este método no da ningún resultado, podemos atenernos al examen vaginal, aunque no siempre sea fácil adquirir por este medio datos exactos antes de la rotura de las membranas si la parte que se presenta está elevada en la pelvis. La dificultad aumenta por la importancia capital que hay en conservar intactas las membranas tanto tiempo como sea posible. Debe, pues, recordarse que cuando se sospeche una presentación de la parte superior del tronco, no deben hacerse los reconocimientos sino en el intervalo de los dolores, mientras están flojas las membranas, y no cuando están tensas por las contracciones uterinas.

Pudiendo presentarse el hombro, el codo ó la mano, describiré por separado las particularidades de cada una de estas regiones y los medios de distinguir á qué lado del cuerpo pertenece la que se presenta.

1.º Se reconoce el *hombro* por una eminencia redondeada y lisa, en la cual puede tocarse á menudo el borde agudo del acromion. Si se ha podido introducir á bastante altura el dedo, se llega á veces hasta la clavícula y la espina del omoplato. Un examen aun más completo permite descubrir las costillas y los espacios intercostales, signos patognomónicos de la presentación, porque nada se parece á ellos en otra parte del cuerpo. En un lado del hombro se descubre generalmente el hueco axilar.

La posición se determina averiguando en qué fosa iliaca se encuentra la cabeza. Esto se consigue de dos modos: 1.º Es generalmente fácil tocarla á través de las paredes abdominales por la palpación. 2.º Sabiendo que el hueco axilar debe mirar siempre hacia los pies, si está dirigido hacia el lado izquierdo, se halla la cabeza en la fosa iliaca derecha; si hacia el lado derecho, está en la fosa iliaca izquierda. Además, la espina del omoplato corresponde al

Particularidades del hombro.

Modo de diagnosticar la posición del niño.

dorso del niño, y la clavícula á su abdomen; cualquiera de estos dos signos indica si la posición es dorso-anterior ó dorso-posterior. Si no se puede determinar de un modo seguro la posición por estos medios, es una práctica legítima el llevar suavemente el brazo á la vulva para examinar la mano y ver si es la izquierda ó la derecha. Esto decidirá la cuestión; sin embargo, vale más evitar en lo posible el recurrir á este medio, pues aumenta un tanto la dificultad de la versión, sin crear por ello obstáculos serios; pero puede lesionarse el brazo en la tentativa para llevarle hacia abajo.

Diagnóstico diferencial del hombro.

La única región que puede confundirse con el hombro es la nalga; pero tenemos signos suficientes para evitar esta equivocación: el volumen de la nalga es mayor; se encuentra un surco en el que están situados los órganos genitales, una segunda prominencia formada por la otra nalga, y al mismo tiempo las apófisis espinosas de las vértebras sacras.

El codo.

2.^a Rara vez se toca el *codo* en el orificio; pero sería fácil reconocerle por la eminencia aguda del olécranon, situada entre otras dos eminencias menos distintas: los cóndilos. Si recordamos que el codo mira siempre hacia los pies, se diagnosticará fácilmente la posición del feto.

La mano.

3.^a Se reconoce fácilmente la presentación de la *mano*, que no podría confundirse sino con el pie. Se distingue por los caracteres siguientes: sus dos bordes son del mismo espesor, los dedos están más separados y se consigue separarlos más que los dedos de los pies; el pulgar es muy movable, puede cruzarse en la palma de la mano y oponerse á cada uno de los otros dedos, lo que es imposible hacer con el dedo gordo.

Manera de saber qué mano es la presentada.

Fácil es averiguar cuál es la mano que se presenta. Si está en la vagina ó fuera de la vulva, y es de fácil acceso, se la distingue cogiéndola como para dar un puñetazo. Si su palma corresponde á la del tocólogo, estando yuxtapuestos los dos pulgares, es la mano derecha; por el contrario, es la izquierda si la palma de la mano del tocólogo corresponde á la cara dorsal de la del feto. Hay otro medio muy sencillo: que el práctico suponga su mano colocada en la misma posición que la del feto; de este mo-

do podrá comprobar su diagnóstico anterior. Basta entonces hacer un razonamiento muy sencillo para reconocer cómo está situado el cuerpo del niño; en efecto, si la mano está en supinación, el dorso de ella mira al dorso del niño, la palma á su abdomen, el pulgar á la cabeza y el índice á los dedos.

Podría ponerse en duda la utilidad de una descripción del mecanismo del parto en las presentaciones de hombros, porque no debe dejarse que se efectúe; pues si se abandonan á sí mismas estas presentaciones, producen casi siempre invariablemente las más graves consecuencias. Sin embargo, la naturaleza en estas anomalías no está absolutamente desarmada, y conviene conocer los medios que emplea para terminar el parto en estas posiciones viciosas. Hay dos terminaciones posibles de la presentación de hombros. En la una, conocida con el nombre de *versión espontánea*, una región del feto sustituye á la que se presentaba en su origen; en la otra, llamada *evolución espontánea*, es expulsado el feto por compresión á través de la pelvis y sin que la parte que se presenta haya sido reemplazada por otra. Sin embargo, nunca se insistirá bastante en que, en la práctica, jamás debe contarse con uno ni con otro de estos procedimientos.

La versión espontánea puede hacerse antes ó inmediatamente después de rotas las membranas, cuando el feto es aún movable en la cavidad del útero. Se citan algunos casos auténticos en que el parto terminó de un modo feliz después de haber permanecido mucho tiempo encajado el hombro en el estrecho superior y hasta después del prolapso del brazo; pero estos hechos son muy raros. La parte que se presentaba al principio puede ser reemplazada, ora por la cabeza, ora por la nalga.

El mecanismo preciso de la versión espontánea, ó las circunstancias que la favorecen, no son bastante conocidas para admitir ninguna afirmación sobre el particular. Cazeaux creía que era producida por una contracción parcial ó irregular del útero, que se contraía enérgicamente en un lado en tanto que el otro permanecía inerte ó no se contraía sino en débil grado. Para demostrar cómo puede verificarse este fenómeno la versión espontánea, supondremos

Mecanismo.

Las dos terminaciones posibles de las presentaciones de hombro por esfuerzos naturales.

Versión espontánea.

que el niño tiene la cabeza en la fosa iliaca izquierda. Si el lado izquierdo del útero se contrae con más fuerza que el derecho, tenderá necesariamente á empujar la cabeza y el hombro hacia éste, hasta que se presente la cabeza en el sitio del hombro. Geneuil (1) refiere un caso interesante que él observó; la nalga sustituyó al hombro izquierdo, por versión espontánea, más de cuatro horas después de rotas las membranas. El útero estaba demasiado contraído para que fuese posible la versión. Dicho señor pudo observar que el lado del órgano en que se hallaba la cabeza se contraía enérgicamente, en tanto que permanecía laxo el otro, y sin intervenir llegó la nalga al estrecho superior. La acción acomodatriz natural del útero y la tendencia del eje mayor del niño á dirigirse al eje mayor del útero facilitan sin duda la transformación; por lo demás, esto depende mucho de la movilidad del feto en cada caso particular. Es cierto que estas modificaciones sobrevienen á menudo en las últimas semanas del embarazo y antes de principiar el parto, y son mucho más frecuentes de lo que se supone generalmente. Si se verifica la versión espontánea, constituye un fenómeno muy favorable, y la terminación y el pronóstico del parto son entonces los mismos que si se presentase en el origen la cabeza ó la nalga.

Evolución
espontánea.

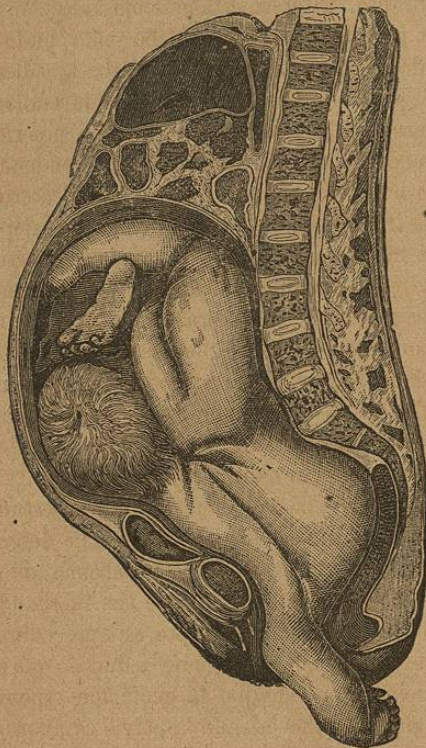
El mecanismo de la evolución espontánea, estudiado con cuidado por vez primera por Douglas, se ha descrito tan á menudo y con tanta exactitud que sabemos de un modo preciso cómo se verifica. Aunque de vez en cuando se cita algún caso de niño nacido vivo por este procedimiento, es un hecho excesivamente raro, y no es dudoso que sea exacta la creencia general de que la evolución espontánea no puede producirse sino cuando la pelvis es anormalmente grande y el niño pequeño, y que produce fatalmente la muerte del feto por la enorme compresión á que está sometido.

Se han descrito dos variedades: en la una, sale primero la cabeza; en la otra, la nalga; en ambas el brazo, que se presenta en el origen, permanece en prolapso. La primera variedad es muy rara, y se supone que sólo es posible con

(1) *Ann. de Gynec.*, 1876, tomo V, pág. 163.

niños prematuros, cuyo cuerpo es pequeño y flexible, y cuando se hace una tracción sobre el brazo que se presenta. En tales circunstancias es difícil calificar de natural esta terminación, y fijaremos toda nuestra atención en la segunda variedad, que es la más común.

Fig. 119.



Evolución espontánea. (Según Chiara.)

Este grabado ha sido tomado de una mujer que murió antes del parto y cuyo cuerpo fué abierto y disecado.

He aquí lo que ocurre. El brazo y el hombro que se presentan son empujados enérgicamente tan lejos como es posible por las contracciones uterinas y doblada fuertemente la cabeza sobre el hombro. Toda la parte del tronco del feto que puede contener la excavación se halla encaja-

da y se verifica entonces un movimiento de rotación que lleva el cuerpo del niño, poco más ó menos, al diámetro antero-posterior de la pelvis (fig. 119). El hombro sobresale debajo del arco del pubis, la cabeza está colocada por encima de la sínfisis y la nalga está más cerca de la articulación sacro-iliaca. El hombro y el cuello del niño se convierten en puntos fijos, al rededor de los cuales gira el cuerpo, y toda la fuerza de las contracciones uterinas recae sobre la nalga. Esta baja cada vez más, así como el tronco, hasta que, por último, llega el tórax á la vulva y se desprende lentamente, seguido de la nalga y de las extremidades inferiores. Tan luego como han salido los miembros, es expulsada fácilmente la cabeza.

Debe comprenderse á qué enorme compresión está sometido el cuerpo del niño por este procedimiento. Todo lo que puedo decir respecto á la conducta que debe seguirse para terminar el parto en esta variedad de presentación, es que si nos encontramos en presencia de un caso en que el hombro y el tórax están bastante encajados para hacer imposible la versión, y en que la naturaleza parece intentar la evolución espontánea, estaremos autorizados para facilitar el descenso de la nalga por una tracción sobre la ingle antes de recurrir á la embriotomía ó á la decolación, operaciones difíciles y aventuradas.

Tratamiento.

Es inútil estudiar de un modo especial el tratamiento de la presentación del hombro, porque consiste esencialmente en hacer la versión que más adelante describiremos. No insistiré sino sobre los medios que permiten hacer la operación de manera que se penetre lo menos posible en el útero. Si se diagnostica la presentación antes de romperse las membranas, se intentará—generalmente con buen resultado—la versión por solo las manipulaciones externas. Si se consigue llevar por este procedimiento la nalga ó la cabeza al orificio, no será más difícil el parto que con una presentación de estas partes. Si no da resultado, se ensayará hacer la versión por maniobras externas é internas combinadas, y se reservará la introducción de toda la mano para los casos más difíciles, en que haga tiempo que han salido las aguas y en que son, por tanto, inaplicables los dos primeros métodos.

Si son ineficaces todos estos medios, no nos quedarán otros recursos que la mutilación del niño por la embriotomía ó la decolación, las más difíciles y peligrosas de todas las operaciones obstétricas. En los Estados Unidos (América) se ha efectuado la operación cesárea bajo estas circunstancias en nueve casos, siendo satisfactorio el resultado para la madre en seis (1).

Se llaman *presentaciones complejas* aquellas en que se introducen juntas varias partes fetales. Así, puede presentarse una mano ó un pie con la cabeza, y hasta descender simultáneamente un pie y una mano. El primer caso no da lugar á ninguna dificultad seria, pues existe en general bastante sitio para que pase la cabeza. En efecto, no puede suponerse que la mano ó el pie se encaje con la cabeza en el estrecho superior, á menos que la cabeza sea anormalmente pequeña ó la pelvis mayor que de ordinario. Respecto al tratamiento, conviene hacer un ensayo para colocar en su sitio la mano ó el pie, empujándolo suavemente por encima de la cabeza durante el intervalo de los dolores; y manteniéndolo en esta posición hasta que la cabeza se encaje en la excavación pélvica de un modo definitivo. Puede apresurarse el encajamiento de la cabeza por la presión abdominal, que tiene gran valor. Si no se consigue con este procedimiento, lo mejor que puede hacerse es colocar el miembro en prolapso en la parte de la pelvis en que dificulte menos el parto y en que esté mejor resguardado de la compresión, en general hacia la sien del niño. Si este pequeño miembro se opone á la expulsión del niño, podrá ser necesaria la aplicación del forceps. Si los pies y las manos se presentan simultáneamente, no sólo hacen muy confusa la presentación todas estas partes reunidas, sino que puede temerse que descendan las manos y conviertan la presentación en una de brazo. Es deber del tocólogo prevenir este hecho facilitando el descenso de los pies por una tracción, ora con los dedos, ora con un lazo, hasta que estén completamente encajados y hayan recobrado las manos su posición normal.

Mencionaré aquí la dislocación dorsal del brazo, curioso

(1) Harris, nota de la tercera edición americana.

Presentaciones complejas.

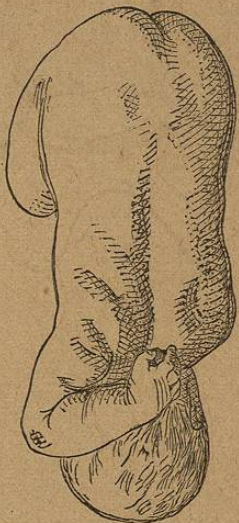
Pie ó mano con la cabeza.

Pies y manos juntas.

Dislocación
dorsal del brazo.

fenómeno descrito por vez primera por Jacobo Simpson⁽¹⁾, y en la cual el antebrazo del niño está colocado detrás de la nuca. De aquí resulta un obstáculo que impide el descenso de la cabeza á la excavación, pues el brazo se engancha en el estrecho superior (fig. 120). La dificultad del diagnóstico es muy grande, pues la complicación se halla á demasiada altura para que pueda reconocerse. Pero si se encuentra en una mujer cuya pelvis sea espaciosa y fuertes los dolores, y la cabeza no desciende al cabo de un

Fig. 120.



Dislocación dorsal del brazo.

tiempo razonable, es indispensable hacer un examen completo. En estos casos puede administrarse el cloroformo para introducir bastante la mano, y es fácil encontrar el brazo en su posición anormal. Observé este fenómeno en una señora á quien asistí; no obtuve resultado queriendo coger la cabeza con el forceps en el estrecho superior, y terminé el parto con la versión. Igual procedimiento adoptó el doctor Jardine Murray en un caso parecido⁽²⁾. Simp-

(1) *Selected Obstet. Works*, tomo I.

(2) *Med. Times and Gaz.*, 1861.

son opina que debe llevarse el brazo hacia abajo, de modo que se convierta la presentación en una ordinaria de vértice con procidencia de la mano. Si el brazo está por encima del estrecho superior, es siempre difícil esta maniobra; y cuando se diagnostica esta causa rara de distocia, creo que el procedimiento más sencillo y seguro es hacer

Fig. 121.



Dislocación dorsal de los brazos en la presentación de pies. (Según Barnes.)

la versión podálica. Una dislocación de este género puede ocasionar algunas dificultades en las presentaciones de nalgas (fig. 121) cuando se ha hecho la versión. En este caso el obstáculo es más fácil de reconocer, porque puede examinarse atentamente cuál es su naturaleza. Tirando del cuerpo del niño bastante abajo para permitir que el dedo pase por detrás de la sínfisis pubiana y por encima del