

TRABAJOS ORIGINALES

PARTO PELVICO EN PRIMIGESTA*

DR. ALCIBÍADES MARVÁN
DR. PABLO GARZA RÍOS

QUINCE o veinte años hace, que el señor doctor don Atanasio Garza Ríos maestro que fue de muchos de nosotros, escribió un trabajo destinado a esta Honorable Corporación sobre "Parto Pélvico en Primigenia"; entonces, el tema era interesante y problema de actualidad; hoy, a nuestro juicio, sigue teniendo ambas características.

En efecto, la morbilidad y mortalidad fetal altas, son fenómenos que se siguen presentando como intrínsecamente ligados a la presentación pélvica o podálica. Las comunicaciones personales de ayer, cayeron en discrepancias como en la actualidad las casuísticas publicadas, y sigue siendo difícil, como lo fue entonces, saber cuándo el producto de la concepción muere o nace enfermo por la modalidad obstétrica en que nació, y cuándo el manejo de este tipo de partos ocasiona lesiones mortales o trascendentales desde el punto de vista nosológico.

A los obstetras de ayer como a los que hoy seguimos cultivando esta disciplina, nos siguen inquietando las mismas preguntas que ellos se hicieron.

¿Hasta dónde la presentación pélvica es causa eficiente de la mortalidad y morbilidad fetal que ha sido constadada con ella?

¿Debe o no el obstetra tratar de modificar la presentación pélvica en primigesta durante el embarazo, y, de aceptarse este criterio, en qué época del mismo debe intentarse?

¿Qué relaciones guardan entre sí las lesiones fetales observadas en los nacidos por vías naturales y en las maniobras obstétricas incorrectamente practicadas?

¿Cuándo, al final del embarazo o al principio del parto, está indicada la cesárea como operación profiláctica o electiva?

¿Cuáles son, desde el punto de vista clínico en ausencia de evidentes desproporciones fetopélvicas, los elementos que nos guían para decidir la terminación del embarazo por vía abdominal?

* Trabajo presentado por su autor en la sesión del 5 de septiembre de 1962.

Sin poder contestar categóricamente estas y otras muchas interrogaciones que podrían plantearse, nos proponemos en la presente comunicación abordar brevemente algunos de los elementos que a nuestro juicio, son básicos para el estudio del problema de que hoy nos ocupamos.

MORTALIDAD FETAL

Estudiando las casuísticas presentadas por 10 autores contemporáneos, observamos que sigue siendo alto el índice de mortalidad fetal del parto pélvico en primigesta, y que son evidentes las discrepancias que entre ellas existen. La mortalidad no depurada varía de 9.8% hasta 29.5%, y cuando se presenta intrínsecamente ligada al parto pélvico. Hay and Rand dan cifras de 1.2% y Lofquist de 9.5%. El primer porcentaje todavía alto, el segundo verdaderamente alarmante, casi increíble (Cuadro I).

MORBILIDAD FETAL

Las lesiones más importantes constatadas en productos nacidos en presentación pélvica son:

1. *Hemorragias intracraneanas*, consistentes en hematomas epi y subdurales, así como hemorragias parenquimatosas. En 3,202 partos pélvicos reportados por diversos autores encontramos el 2.1% de este tipo de accidentes, los cuales en la mayor parte de los casos fueron graves. En otras 35 necropsias practicadas en recién nacidos muertos intra y postpartum, 14 hemorragias intracraneanas fueron encontradas. Landi llega a la conclusión que el 80% de las muertes de productos nacidos en presentación pélvica son causadas por hemorragia intracraneana.
2. *Hemorragias viscerales*, producidas por rupturas pulmonares y de órganos abdominales, incluyendo las glándulas suprarrenales, son por lo general hallazgos de autopsia que habitualmente coinciden con otro tipo de lesiones.
3. *Lesiones osteoarticulares*, se producen en el parto pélvico en la columna vertebral, en los huesos largos, los de la cara, bóveda craneana y en las grandes articulaciones, principalmente la coxo femoral.
 - a) Los traumatismos de la columna acarrear consigo lesiones medulares, siempre graves, con mortalidad elevada y serias secuelas patológicas. Sabemos de 41 casos estudiados por Pierson, Crothers & Putman y Sachs. Nosotros, revisando los archivos del Departamento de Fisioterapia del Hospital Infantil de México, entre los casos constatados de 1955 a 1958, pudimos encontrar, por lo menos, dos casos perfectamente estudiados de lesión medular, que por el sitio donde fueron producidos y por su grado no demasiado grave, permitieron a estos niños llegar a buscar una etapa de rehabilitación.

CUADRO I
MORTALIDAD FETAL EN PARTO PELVICO

	Nº casos	Mortalidad no depurada	Mortalidad depurada
Olympia Do Val 1950	61	29.5%	
Gutts y Abbas 1952	867 Primíparas y múltiparas		1.8% en primíparas 4.4% en múltiparas
Lefquist 1952	357 Primíparas y múltiparas	17.3%	9.5% en primíparas 6.7% en múltiparas
Abbolins 1952	102		2. % con actitud conservadora
Ronnike 1954	711 Primíparas y múltiparas		4.1% en primíparas 2.8% en múltiparas más de 2.500 Kg. en productos
Ronnike 1954	752 Primíparas y múltiparas		4.7% en primíparas 3.8% en múltiparas menos 2.500 Kg. en pro- ductos.
Ruiz 1958	37		5.4%
Jarousse y Lerat	102 37 11		3% 8% extracción inmediata 8% extrac. tardía
Sabin & Foote 1958	244	9.8%	7.3%
Moller 1958	595 Primíparas y múltiparas		3.7% primíparas 2.7% múltiparas
Hay Rand 1959	218		1.2%

b) Fémur, húmero y clavícula son los huesos largos más fácilmente fracturables durante el parto pélvico, sobre todo en primigesta; 25 casos constatan y estudian 5 autores, sobre 2,667 partos pélvicos, incluyendo multigestas. Otro grupo de investigadores estudian 34 casos de desprendimientos epifisarios.

c) Las lesiones musculares son con frecuencia múltiples, sólo nos llamaron la atención para incluirlas en este trabajo 3 del externocleido mastoideo que fueron calificadas como "tortícolis congénita" y encontradas en los archivos de una institución privada sobre 127 partos pélvicos (lesión ya observada

por otros autores y sobre la que llamaron la atención especialmente Delarue y Röemer). (Cuadro II)

Este conjunto de lesiones pueden producirse algunas espontáneamente por la modalidad de la presentación, a nuestro juicio, las menos numerosas. La mayoría son *producidas por maniobras obstétricas inadecuadas* y son éstas las directamente responsables de la mayor mortalidad y morbilidad fetal del parto pélvico en primigestas. Sólo a modo de ejemplo trataremos de explicar la *patogenia* de algunas de ellas:

Aunque la mayor frecuencia con que se constata la hemorragia intracraneana en el parto pélvico, puede explicarse porque el obstetra y el pediatra descubren este accidente en forma más pura, es decir, en ausencia aparente de intervenciones obstétricas, existen en este tipo de partos, factores que favorecen su producción; entre éstos, nos parecen de especial importancia dos: los encabalgamientos bruscos de los huesos craneales y la frecuente necesidad o conveniencia de practicar intensas presiones sobre el fondo uterino; en efecto, durante todo el embarazo, cuando el producto está en presentación pélvica o podálica la cabeza crece y se desarrolla libremente fuera de la excavación, lo que en principio la hace poco moldeable. El encabalgamiento brusco de los huesos de la bóveda craneana producido con el descenso será siempre brusco y tendrá como consecuencia en forma contingente, pero frecuente al menos, la ruptura meníngea. Así también el empujar intensa y ciegamente la cabeza fetal, para que entre o descienda dentro de la excavación, el hecho es maniobra, que si bien es cierto que ha prestado mayor utilidad que el "jalar" el producto por su extremo podálico, en ninguna forma puede dejar de considerársele como factor etiológico y patogénico de hemorragia intracraneana, u otro tipo de lesiones centrales. Un "Kristeller" precoz, con brazo o brazos en abducción y extensión es causa eficiente de *hundimiento de los parietales*, fenómeno que, aún no siendo aparente, puede explicar la génesis de lesiones inmediatas y de *hernias de la circunvolución del hipocampo*, las que a su vez podrían dar origen tardíamente a *epilepsias del lóbulo temporal* (Esclerosis incisural).

Cuando este tipo de lesiones centrales no son mortales, la *compresión del cordón no liberando* oportunamente su procedencia, y la obstrucción parcial de las vías aéreas provocadas por *movimientos respiratorios precoces* producen *hipoxia* que a su vez, siendo génesis de lesiones centrales y con frecuencia irreversibles, complican la nosología del cuadro en forma inmediata y tardía.

Son explicables las *lesiones medulares*, por la menor elasticidad medular, comparada con la del continente óseo-ligamentario. Cualquier exageración en sentido antero posterior o lateral de las curvaturas de la columna, tiene como consecuencia elongaciones medulares segmentarias siempre graves y de secuelas difícilmente reversibles.

CUADRO II
MORBILIDAD FETAL EN PARTO PELVICO

<i>Hemorragias Intracraneas</i> Causadas por traumatismo e hipoxia desde las menos importantes hasta hematomas extra y subdurales y hemorragia cerebral.	Ludlam	En 1366 partos pélvicos, 37 hemorragias intracraneas.
	Tancer	En estadística depurada en 680 partos pélvicos constató 10 hemorragias intracraneas.
	Lebedeff	En 18 autopsias de productos muertos después de nacidos en presentación pélvica encontró 9 hemorragias intracraneas.
	Sabin y Foote	En 17 necropsias encontraron 5 hemorragias intracraneas.
	Schmitz, Smith y Clumpner	1544 partos pélvicos 44 muertes fetales 20 hemorragias intracraneas.
	Septián	Encontró una hemorragia intracraneana en 92 partos pélvicos.
	Downs	Encuentra 3 rupturas pulmonares por extracciones traumáticas en el recién nacido.
<i>Hemorragias viscerales</i> Intratorácicas y de órganos abdominales incluyendo glándulas supra-renales.	Parmlee Potter De Lee	Hacen notar la incidencia de estos accidentes aunque raros, si son hallazgos de autopsia responsables directos de la muerte fetal.
	Sabin y Foote	En 17 muertes fetales pudieron encontrar 2 hemorragias mortales.
	Pierson	Estudió 14 casos.
	Sachs	Estudió 16 casos.
	Stern y Rand, Hillman, Alexander, Zwelleger, Potters	Encontraron lesiones medulares relacionadas con el parto pélvico.
	Nosotros	Encontramos, revisando de 1955 a 1958, en Fisioterapia del Hospital Infantil, 2 casos.
	Fractura de huesos de cráneo y cara	Constantemente mencionados en textos obstétricos.

CUADRO II (Continúa)

Lesiones óseas y articulaciones.	Fracturas de huesos largos, fémur, húmero y clavícula.	Schmitz.	Encuentra 14 fracturas en 1544 partos.
		Hollsteink.	2 fracturas en 147 casos.
		Van-Waes.	3 fracturas en 250 casos.
		Tancer y colaboradores.	6 en 716 casos.
Desprendimientos epifisarios de huesos largos.	Schulman, Snedcor y Wilson. Obletz y Casagrande. Kennedy, Burman y Langsam.	34 casos en partos pélvicos.	
		Luxaciones, en especial las llamadas "congénitas" de cadera.	Nystrom.
Dröscher y Nelson.	Hacen constar la frecuencia de luxaciones congénitas en partos pélvicos.		
Lesiones nerviosas periféricas, en especial la llamada de <i>Erb-Du Chenne</i> y elongación del plexo bronquial. Lesiones del plexo bronquial. Lesiones del plexo lumbar (intrínsecamente relacionadas con las lesiones de la columna vertebral.	Nosotros.	Pudimos constatar lesiones nerviosas manifestadas por parálisis en 12 casos en partos pélvicos en el Departamento de Fisioterapia del Hospital Infantil, el año de 1958.	
	Schmitz, Tancer Riviere	Encontraron lesiones nerviosas en productos nacidos en presentación pélvica.	
Lesiones musculares (Lesiones del <i>externocleidomastoideo</i>) "Torticolis congénita" en especial.	Nosotros.	Constatamos 3 casos en 127 partos pélvicos en Hospital "A".	
	De la Ruc. Röemer.	Hacen notar la importancia del parto pélvico en la génesis de estas lesiones.	
Otras lesiones atribuidas al parto pélvico (lesiones de órganos genitales y recto).	Frecuentemente reportadas en los textos de obstetricia.		

CUADRO II (Continúa)

Limitación de los movimientos articulares. (Importantes si no son diagnosticadas oportunamente y se les moviliza antes de tiempo).	Herlitz.	Estudió la importancia de estas lesiones.
--	----------	---

Las *fracturas claviculares* producidas por la reducción brusca del diámetro biacromial, sobre todo en productos grandes, lejos de ser accidentes de importancia pueden ser útiles para evitar otro tipo de lesiones (contusión torácica prolongada y fractura del húmero). El tratar de descender el brazo anterior primero, nos da la clave de la mayor parte de las *fracturas del húmero*.

Las de *fémur*, así como la salida de este hueso de su cavidad articular se explican por maniobras inadecuadas sobre los miembros inferiores para tratar de que éstos descendan. La luxación coxo-femoral unilateral es frecuente en el parto pélvico, y es producida al intentar la rotación del producto cuando se toma como punto de apoyo y de palanca el muslo en lugar de los ilíacos para tratar de descender los hombros.

En ausencia de hemorragia intracraneana, sin fracturas ni luxaciones y sin evidentes lesiones musculares, son con mucha frecuencia las *lesiones nerviosas periféricas* las únicas manifestaciones patológicas del producto nacido en pélvica y de primigesta: la *parálisis de ERB Duchenne* es a nuestro juicio el mejor ejemplo de este tipo de lesiones. En ella los abductores y rotadores externos del brazo así como los supinadores del antebrazo son incapaces parcial o totalmente de realizar su función, de acuerdo con la intensidad de la lesión que por elongamiento sufrió el plexo braquial en su quinta y sexta raíces, elongación que siempre se producirá con facilidad cuando se exagere el movimiento de lateralización de la cabeza aumentando en grados el ángulo que forma la columna con las raíces braquiales. Doce casos de este tipo de parálisis, que en el año de 1958 recurrieron para su tratamiento al Departamento de Fisioterapia del Hospital Infantil de México, fueron constatados por nosotros, y 5 más fueron observados posteriormente en clientela privada.

Cuando la cabeza está en la excavación y es traccionado el producto en forma brusca dirigiéndolo hacia arriba y un lado, se provocan lesiones musculares del cuello muy especialmente del externo-cleido mastoideo, verdaderas rupturas que, al cicatrizar, pueden dejar como secuelas *miositis retráctiles*.

* * *

Las distintas experiencias individuales y colectivas en cuanto a la frecuencia y gravedad de las lesiones descritas, originó corrientes de conducta cuando me-

nos en apariencia totalmente opuestas. El abstencionismo sistemático o la práctica de la versión por maniobras externas, y cuando la gestación ha llegado a su término, la cesárea, con carácter profiláctico o esperar el parto por vías naturales, con la probabilidad contingente o necesaria de hacer extracción podálica. *Ninguna norma a este respecto puede admitirse como doctrina acertada si se practica en forma "sisemática"*:

1º *Durante el embarazo.* El abstencionismo durante el embarazo es la corriente que más adeptos ha venido ganando en nuestro medio, y ello se debe a que es conocimiento de todos los obstetras, el que la mayor parte de las presentaciones pélvicas se cambian en cefálicas espontáneamente entre el 6º y 7º mes, y el haber observado este mismo fenómeno sólo por excepción al final del embarazo. Esta tendencia se ha visto reforzada por las afirmaciones, más doctrinales que comprobadas estadísticamente, de los peligros que puede originar la versión por maniobras externas y por el hecho, que algunas veces, aún lograda la versión con facilidad, el producto vuelve a su presentación original. Resulta paradójico que esta actitud siempre pasiva durante el embarazo, provocada por temor o negligencia, haya tenido como consecuencia el intervencionismo exagerado al final de la gestación o en la primera parte del parto: *El abuso de la cesárea*, haciéndola prácticamente sistemática en toda presentación pélvica en primigesta.

CUADRO III
VERSION POR MANIOBRAS EXTERNAS

<i>La aconsejan</i>	
Trubowicht y Archangelsky	La utilizan aconsejándola frecuentemente.
Dieckman.	Considera que disminuye la frecuencia del parto pélvico.
Friedman.	La utiliza con éxito.
Terasvuonki.	La preconiza como útil.
Ryder.	El abstenerse de la versión por maniobras externas al final del embarazo aumenta las probabilidades de mortalidad fetal.
<i>No la aconsejan</i>	
Brosset.	Afirma que el mismo número de versiones espontáneas se efectúan con o sin versión por maniobras externas.
Lundi.	Comparte el criterio anterior.
White.	Aunque la considera peligrosa, puede llegar a utilizarla en determinados casos.
Lay.	Le atribuye alta mortalidad.
Hay Rand.	Considera la presentación pélvica motivada por factores que impiden la versión espontánea y que la versión por maniobras externas es por lo tanto inútil y peligrosa.

Versión por maniobras externas. Tanto partidarios como enemigos de practicar la versión por maniobras externas encontramos en la literatura consultada. Sólo a modo de ejemplo transcribimos las opiniones de 10 autores contemporáneos acerca de esta maniobra. (Cuadro III).

Aunque en nuestro medio prácticamente la versión por maniobras externas ha sido abandonada como inútil y peligrosa, consideramos que este hecho ha sido consecuencia más que de la experiencia individual y colectiva, de prejuicio y falta de investigación al respecto. Es cierto que la mayor parte de las presentaciones pélvicas entre el 6º y 7º mes y medio del embarazo evolucionan espontáneamente para convertirse en cefálicas, y se dice que eso es debido a que así se cumplen las decantadas leyes de la acomodación. Esta explicación demasiado simplista, en la que no se hacen intervenir las características de la dinámica uterina en esta época del embarazo, dista mucho de satisfacernos para explicar la mayor parte de las presentaciones pélvicas persistentes. Estas leyes que parecen cumplirse siempre cuando el embarazo se deja evolucionar en forma espontánea hasta el 9º mes, posiblemente se conviertan en regla llena de excepciones si en determinado momento del embarazo se hace intervenir otro elemento esencialmente dinámico: la movilización manual del producto cuando ésta es factible, a nuestro juicio alrededor del 6º y medio al 7º y medio meses. Entre los riesgos que han sido señalados a la versión por maniobras externas, están los desprendimientos placentarios provocados por estiramiento de cordón brave: comprendemos que en las brevedades de cordón accidentales (circulares) puede al menos teóricamente existir cierto riesgo si la maniobra se hace brusca y sostenida; pero quien ha tratado de desprender una placenta normalmente insertada traccionando el cordón, se da cuenta de la fuerza necesaria para lograr un desprendimiento placentario. Más real a nuestro juicio sería el riesgo de interrumpir la circulación feto-placentaria transitoriamente por estiramiento o nudos funiculares que se apretaran. En la brevedad real el riesgo es mínimo, dado que al cambiar la presentación se gira el producto sin producir estiramiento de cordón. La dificultad de cambiar en una primigesta una presentación pélvica por una cefálica al final del embarazo, depende del grado de encajamiento y de la suma de las presiones que en este momento existen sobre el feto (abdominal e intra-amniótica), hecho ya señalado por Hertig refiriéndose especialmente a las primigestas con resistencia de los tejidos correspondientes a la proyección uterina y su contenido, sobre todo en presentaciones pélvicas incompletas.

El Maestro Garza Ríos en 1946 dejó señalado, a nuestro juicio, con toda precisión un criterio acertado al respecto, en su escrito inédito al que ya hicimos referencia al principio de este trabajo, donde se describe con claridad que es factor decisivo para valorar la utilidad o inutilidad de esta maniobra la época del embarazo en que se practica.

“...No soy partidario, dice, de cambiar la presentación pélvica, porque en

las primigestas es difícil, dada la resistencia de las paredes del vientre y la tensión mayor del útero...".

"Sin embargo, *no soy exclusivista*, si al darme cuenta del tipo de presentación veo que *sin dificultad* puedo mover el producto sin encontrar ninguna resistencia, lo cambio de presentación, pero *raras veces lo he podido hacer al final del embarazo*, y por tal razón prefiero hacerlo al *7º mes ó 7 meses y medio...*".

Es por lo tanto aconsejable encontrar y fijar un tiempo óptimo para intentar la versión, ni demasiado precozmente, ni al final del embarazo dado que en esta época ya sabemos que es difícil practicarla. *Consideramos como época óptima, hecho ya señalado por otros autores, para efectuar la versión por maniobras externas, entre el 6º mes y medio al 7º mes y medio del embarazo, con la idea de disminuir la incidencia de presentaciones pélvicas al final del mismo.*

Tomado en consideración lo anteriormente expuesto, no encontramos justificación para que se considere a la versión por maniobras externas como una "maniobra obstétrica totalmente abandonada". Es más, consideramos que en presencia de una pelvis ligeramente estrecha, es útil el intentar la versión precozmente, ya que convertida la presentación en cefálica puede intentarse verdaderamente la *prueba de trabajo de parto*.

2º *Al final del embarazo*. Si la presentación llega en pélvica al final del embarazo, es a nuestro juicio injustificado indicar por sólo este hecho la práctica de la cesárea; y es falso a nuestro entender, el advertir que se intentará la prueba de trabajo de parto, dado que ésta realmente sólo existe en el parto en presentación cefálica, dado que en el pélvico, las dificultades vienen cuando la dilatación se ha completado y el polo pélvico ha descendido. Muchas cesáreas se han practicado después de estas falsas pruebas de trabajo de parto, por miedo, o conocimiento fundado antes de la falsa prueba, de los riesgos que pudiera correr el producto en el momento del descenso del tronco o de la cabeza.

Al final del embarazo con presentación pélvica persistente urge valorar con la mayor precisión posible:

a) El grado de encajamiento de la presentación, cualquiera que sea el tipo morfológico y las dimensiones de la pelvis.

b) Tamaño del producto, que junto con la variedad de presentación y la eficacia de la *dinámica uterina del embarazo*, son causas del encajamiento.

c) En presencia de producto con presentación pélvica encajada al final del embarazo, deberá en todos los casos, a nuestro juicio, esperarse el parto espontáneo; toda intervención obstétrica, cesárea o extracción podálica sólo debe ser consecuencia de accidentes intra-partum (procedencias, sufrimiento fetal o mal estado general de la enferma).

d) En productos no encajados y altura uterina de más de 30 cms., notoria facilidad para palpar los distintos segmentos fetales (signos clínicos de producto grande) o bien con pelvis asimétricas o andróides o cuellos formados al final

del embarazo (signo de una dinámica deficiente del tercer trimestre) deberá pensarse en la probabilidad de practicar cesárea.

Poca utilidad nos ha prestado la pelvi-cefalometría en presentación pélvica para fundar pronósticos, a pesar de que técnicamente ésta puede realizarse con bastante precisión; fenómeno explicable, teniendo en cuenta que no es la desproporción céfalo-pélvica la que habitualmente determina la distocia de la cabeza última sino defectos de acomodación y de actitud a los planos obstétricos, así como partes blandas insuficientemente preparadas. Es del conocimiento de todo el que haya trabajado, que un primer parto con distocia grave en presentación pélvica es seguido con frecuencia de partos eutócicos, con productos más grandes tanto en presentación pélvica como en céfálica, lo cual señala la *importancia de las partes blandas*.

Mucha utilidad nos presta por otra parte el estudio radiológico para conocer las alteraciones somáticas que pueden dificultar o imposibilitar el parto, así como para hacer el diagnóstico de actitudes que pueden ser motivo de distocia entre ellas; nos parece de especial interés la *deflexión primitiva y persistente de la cabeza fetal* y al final del embarazo, cuadro sobre el que por primera vez llamó la atención Brakemman en 1936. Hemos podido tener conocimiento de 42 casos reportados, de los cuales 10, fueron resueltos por cesárea. Los productos nacidos por vías naturales acusaron muy alta mortalidad. En los 10 casos resueltos por cesárea se encontraron dos tumores cervicales del producto y dos úteros arcuatos y en un caso varias circulares de cordón. En otro hubo una hiperextensión persistente de la cabeza del recién nacido que duró 6 semanas sin haberse explicado satisfactoriamente la causa del fenómeno. Con Gennez y Poiret consideramos que una radiografía antes del embarazo y otra al principio del trabajo de parto bastan para indicar la conducta: si la cabeza una vez iniciado el trabajo de parto no se flexiona, la operación cesárea es conducta acertada.

Cualesquiera de estos signos clínicos, que nos hagan pensar en la posibilidad de cesárea, pueden lícitamente ser valorados como determinantes de conducta, y con mayor razón cuando se encuentran en mujeres de edad avanzada con antecedentes de esterilidad o infertilidad, indicando así una cesárea bien planeada y oportuna, porque de hecho en estos casos en concreto, tiene verdadera indicación.

La conducta contraria representa el abuso de la operación, abuso de cuyas consecuencias apenas estamos viviendo la primera etapa. Observamos con alarma que existen en nuestro medio, instituciones en las cuales se practica la cesárea "*sistemática en todas las presentaciones pélvicas en primigestas*" y se ha dado como pretexto para seguir esta conducta el "cuidar la estadística".

No hay que olvidar que el indicar una cesárea en primigesta siempre entraña una grave responsabilidad, sobre todo en México en donde el coeficiente

de natalidad es muy alto; en todos los casos, al menos potencialmente, la cesárea disminuye la fertilidad y la esterilidad voluntaria; es una de sus consecuencias frecuentes. No siempre disminuye la morbilidad fetal (membrana hialina) y es factor predisponente de la ruptura uterina durante el embarazo y en el parto.

RESUMEN

Hemos presentado algunos de los elementos especialmente interesantes respecto al problema "Parto Pélvico en Primigesta"; mucho queda por exponer y más por investigar. Desearíamos que en todos sus aspectos el tema despertara inquietudes para la investigación y nueva valoración de los hechos con los recursos clínicos y terapéuticos actuales; para ello sugerimos:

1) Que en las Instituciones en que se presta servicio prenatal, se constate por medio de amplias casuísticas, si la versión por maniobras externas practicada precozmente entre el 7º y 7º mes y medio disminuye la incidencia de presentación pélvica en primigesta al final del embarazo.

2) Que se investigue si es verdad que esta maniobra entraña verdaderos peligros para la madre o el niño y cuáles son las dificultades técnicas para su ejecución.

3) Que en las maternidades de gran volumen de trabajo, cuando se decide a esperar el parto por vías naturales, se constaten por escrito, siempre, los signos clínicos y radiológicos (si estos últimos existen), huyendo de las ambigüedades en que se cae frecuentemente cuando se trata de fundar un pronóstico. Asimismo, si se decide por la cesárea antes de iniciarse el trabajo de parto, deberá señalarse con precisión cuáles fueron los signos clínicos y radiológicos (si los hubo), que llevaron a seguir esta conducta.

4) En la cátedra y en los hospitales deberá enseñarse, con prédica y ejemplo, en presencia de una lesión fetal, cuál fue su patogenia, aunque ésta, esté intrínsecamente ligada a una maniobra obstétrica torpe o precipitadamente ejecutada.

5) Si se practica una cesárea, recomendar que en la hoja operatoria queden claramente anotadas las características morfológicas del útero, así como el sitio de inserción placentaria, dado que ha sido señalado por algunos como factor determinante en la etiología de la presentación pélvica persistente.

Por último ponemos a consideración de ustedes, la conveniencia de establecer en México la costumbre de que el pediatra, llamado de "cuna" en nuestro medio oficial y privado, se convierta en un verdadero interno cuya presencia sea obligatoria en el momento del parto para que, observando la forma en que se produjo el mismo y las maniobras que se pusieron en práctica, tenga más elementos para prestar los auxilios inmediatos al recién nacido y ordenar oportunamente las exploraciones y cuidados neo-natales.

BIBLIOGRAFIA

1. Abbolins, J. A.: *Svenska Läkartida*. 49: 566, 1952.
2. Alexander, Merland y Hars.: A.M.A. A. Dischild, 85-173, 1953.
3. Brosset, A.: *Maternal morbidity and foetal mortality associated with breech delivery*. Acta Obst. Gyn. Scand. 35 (4), 546-54, 1956.
4. Burnam y Langsam: *Posterior dislocation of femoral ephysis in Breech Delivery*. N. Y. State Medical Journal. 50: 2820, 1950.
5. Crothers y Putnam, M. C.: *Medicine* 6: 41, 1927.
6. De Lee-Grenhill: *Principios y práctica de obstetricia*. Tomo II, 1945. p. 1078.
7. Delarue y Colette: Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. C. Franc. 10 (4), 1958. (406).
8. Dieckman, W. J.: *Fetal Mortality in Breech Delivery*. Am. J. Obst. and Gyn. 49: 567-575, 1945.
9. Dresch, H.: (40) *The relation of fetal position to congenital hipdislocation, with special reference to breech presentation*. Zbl. Gyn. 79 (6), 209-12, 1957.
10. Downs, J.: *Perinatal Mortality*. A. J. Gyn. Obst. 77-3, 1959.
11. Friedman, H.: *Cephalic version in Breech Presentation*. Yale B. Med. 325-6. 517129. 1955.
12. Gennez y Porit: Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 5-9. 573-81, 1953.
13. Guttis y Abbas: Ref. Ronnike Nordisk Medicin. 4: III, 33, 1954.
14. Hay Rand: *Observations on Breech presentation and delivery*. J. Obst. Gyn. B. Emp. 66-5, 529-47, 1959.
15. Herlitz, G.: Acta Paediatrica Upsala. 48 (117). Abril, 1959.
16. Hecklinger, P.: Städt Frauen Klin. Stuggart Z-Geburtsh Gynak, 1960. 1, 55-3, (300-324).
17. Hillman, S. W.: Spofkin, Am. Surgeon 20: 900, 1959.
18. Hoolstein, K.: *Experience with Löwset's method of shoulder delivery in breech presentation*. Geburtsch and Frauenh. 14 (11), 1018-24. 1954.
19. Jarousse y Lerat: *Etud estadistique d'un serie de 368 accouchements par le siège*. Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst Fr. 10-3. 345-50. 1958.
20. Kennedy: *Traumatic separation of upper femoral ephysis*. Am. J. Roentgenor. 51: 707, 1944.
21. Landil: *Fetal Risk in Breech Presentation*. Rev. Ostet. Milano, 38-2. 277-83, 1956.
22. Lay P.: *La version cephalique dans la presentation du siège*. Bruxell. Med. 34/20 911-21, 1954.
23. Lodeff, A.: *Intracranial traumatism in neonates, as related duration of labor*. A. Kusk Gynek. (14-22). 1950.
24. Lofuist: Svenska Läkartida. 49: 3003. 1952.
25. Ludlam y Winchester, G.: *Symposium of Breech Presentations*. Edinb. Med. Journ. 58-7. 1-40. 1951.
26. Marván, A.: *Indicaciones de la operación cesárea*. Rev. Fac. Med. Mex. 6: 39, 1959.
27. Moller: *Breech Delivery Analysis*. V. Geskr Laeg. 12-1. 1-7, 1959.
28. Nystrom, B. (39), Zilliacus, H.: *Congenital hip dislocation in childrenborn in breech presentation*. Nord. Med. 56 (28), 987-9, 1956.
29. Obletz y Casagrande: *Traumatic displacement of lower femoral (37) ephysis*. A. J. Roentgenol. 38: 250, 1939.
30. Olympia Do-Val: *Labour in Breech Presentation in Old Primiparas*. Rev. Obst. Gyn. 1950. 21-2. 493-500.
31. Parmlee, H. A.: *Management of the Newborn*. Chicago Year Book Publishers.
32. Pierson, R. V.: *Surg. Gyn. Obst.* 37: 802, 1923.
33. *Potters Pathology of Foetus and Newborn*. Year Book Publishers. Chicago, 1954. p. 84-104.
34. Ronnike: *The Infantile Mortality in Breech Deliveries*. Nordisk Medicin, 4: III, 331-34. 1954.
35. Ruiz, A. D.: *Sobre-conducta Expectante en Partos Pélvicos en Primiparas*. Acta Gin. Obst. Madrid. 19-11. 198. 383-87.
36. Ryder, G. H.: *Breech presentations treated by cephalic version in consecutive deliveries of 1700 women*. Am. J. Obst. Gyn. 45: 1004-1025, 1943.
37. Roemer, F. J.: *Relation of torticollis to breech delivery*. Am. J. Obst. 68-4, 1156-50, 1954. México.

38. Sabin y Foote: *The Management of Breech presentation in the primipara*. A.J.O.G. 77-3, 521-29. 1959.
39. Sachs: Ztschr. Gebonish. Gynäk. 1 (79). p. 450, 1957.
40. Schmitz, E. H., Smith, C. J. Clumpner, E. R.: *End results of breech deliveries at the Lewis Memorial Maternity Hospital; based on a twenty one year study*. A. J. Obst. Gyn. 69: 5,984-91. Discusion 991-4. 1955.
41. Schulman y Therhone: *Epyphyseal injuries in breech deliveries Paediatrics*. Vol. 18. No 5. 696-99.
42. Septién, J. M.: *Nuestra conducta en el parto pélvico; introducción*. Gin. & Obst. Mex. 13 (2). 113-19. 1959.
43. Snedcor y Wilson: *Traumatic ossifying peristitis*. Surg. Gyn. and Obst. 61: 385, 1935.
44. Stern y Rand: Am. J. Obst. Gyn. Sept. 1959. 498-511.
45. Tancer, M. L.: *Breech Presentation*. Obst. Gyn. N. Y. 9-6. 650-5. 1957.
46. Terasvouki, H.: *Management of Breech presentation in late pregnancy and in labor*. Suom. Lääk. lenti 11 (9), 443-51, 1956.
47. Trubkowitz y Archangelesky, B. A.: *Results of External Prophylactic version*. Brit. Med. S. 1: 220, 1944.
48. Waes-Van de Velde E. Van, Waes, A. Van.: *Shoulder delivery in breech presentation; Lovset's*. Ned. Tschr. velosk. 54 (2), 81-100, 1954.
49. White, A. J.: *Spontaneous cephalic version in the later weeks of pregnancy and its significance in the management of breech representation*. J. Obs. Gyn. Brit. Empire 63 (5), 706-13, 1956, Mex.
50. Zwellegger: Helvet Pediat. acta 1: 13, 1945.

COMENTARIO AL TRABAJO
"PARTO PELVICO EN PRIMIGESTA"*

DR. GUILLERMO ALFARO DE LA VEGA

EL PARTO pélvico en primigesta y multigesta, pero sobre todo en la primera, es y ha sido problema interesante y de actualidad como lo asegura el autor del trabajo que hoy comentamos.

Se ha considerado éste, como el parto que se encuentra en los linderos de la distocia ya que en ocasiones, no obstante que la calificación clínica nos obliga a pensar que es factible por vías naturales, se presentan frecuentemente incidentes o accidentes imponderables, ya sea preexistentes al trabajo de parto o que su aparición está condicionada por alteraciones de la dinámica uterina y o vicios de modalidad de la presentación.

Las premisas en que el autor basa su trabajo tienen una importancia indiscutible ya que la mortalidad y morbilidad fetales y las laceraciones del canal blando del parto y la relación explicada o no de las lesiones que pueden atribuirse a la presentación o al mal manejo de ésta siguen formando un grupo numérico importante. Consecuentemente la serie de preguntas que se derivan de estos considerandos se justifican plenamente y de su contestación se obtendrá la línea de conducta más correcta, siempre y cuando ésta, la contestación, se base en un juicio sereno y en una amplia experiencia.

Es indiscutible que la mortimorbilidad fetal en nuestras manos y en las de otros grupos sigue siendo significativa, por no llamarla alarmante, y que la mayor o menor cuantía de esta circunstancia está íntimamente ligada a la preparación y experiencia de las personas que manejan estos problemas. Queremos decir con ello que no obstante que el obstetra tenga una vasta experiencia y una indiscutible habilidad, el parto pélvico le proporcionará accidentes de cuantía variable y diversa que dejarán en su mente la preocupación o la duda de que si la conducta elegida fue la más correcta.

* Leído en la sesión del 5 de septiembre de 1962.

Las tendencias que el Dr. Marván nos señala son absolutamente ciertas y a nuestra manera de pensar también absolutamente criticables aunque algunas parezcan tener una justificación.

CONDUCTA DURANTE EL EMBARAZO

Abstencionismo sistemático. Cierto es que en nuestro medio esta conducta es la que más adeptos tiene y las razones que se aducen son en nuestro concepto poco sólidas. Los riesgos que la versión externa implica nos parecen más teóricos que reales, el hecho en que con relativa frecuencia la presentación obtenida por esta versión se substituya en el futuro inmediato por la original puede ser cierta en ocasiones pero originalmente esto sucede cuando, como lo asegura el autor, no se han valorado convenientemente las condiciones óptimas o no se ha elegido el tiempo oportuno para verificar la citada operación.

Participamos también del pensamiento del autor de que la versión externa al final del embarazo es siempre difícil y muy frecuentemente imposible por las razones que él mismo señala; esto no quiere decir que ésta no deba intentarse cuando la calorización clínica y radiológica de la mujer problema nos autorice a realizarla.

La conducta en contrario no nos parece justificada y subrayamos que el criterio mejor expuesto y más sólidamente basado es el sustentado por el Dr. Atanasio Garza Ríos en 1946 y que el ponente nos transcribe en el texto de su

CONDUCTA DURANTE EL PARTO

En la presentación pelviana, persistente sobre todo en la pelvis incompleta, los elementos de juicio de que se dispone deben ser valorados lo más correctamente posible según el grado de encajamiento de la presentación, volumen del producto, actitud del mismo, morfología uterina y pelviana, textura de las partes blandas, dinámica uterina para elegir la conducta pertinente.

La valoración radiológica volumétrica del producto cierto es que ofrece un margen de error apreciable, pero consideramos que en cualquier forma es un elemento de juicio importante.

Creemos pertinente insistir en que el estudio radiológico de la arquitectura y capacidad pelvianas es indispensable, sobre todo el estudio de los arcos de la pelvis, preconizado por el propio autor bajo el título de asimetría, ya que la disarmonía de éstos aun en presencia de una buena capacidad pélvica puede ser y es motivo de dificultades a veces invencibles en la progresión del producto.

La patología dependiente o independiente del embarazo, así como la edad de la primigesta son otros factores que no deben ser olvidados.

Así pues, en los casos problema (alteración de la arquitectura pélvica, feto

voluminoso, primípara añosa, mujer con patología asociada dependiente o independiente del embarazo), nos parece que la vía abdominal, la cesárea, es la única y pertinente solución del problema.

El extremo opuesto en embarazadas sin las características anotadas, es decir, en que el diagnóstico final nos hace sustentar la idea de un parto eutósico, éste debe realizarse por vías naturales y bajo la vigilancia y manejo de una persona absolutamente preparada.

La situación intermedia, la llamada "límite" es la que seguramente presenta más escollos, crea más dudas y congojas y exige por lo tanto una actitud más serena e inteligente. Es en ésta en que la experiencia del obstetra debe matizar todos y cada uno de los elementos de diagnóstico de que se disponga para elegir la conducta a seguir. La calificación justa de éstos, que encuadran dentro de la absoluta normalidad, pero a los que se asocian la sospecha de una alteración que modifique el mecanismo del trabajo de parto y más aún, cuando ésta se haga francamente ostensible aunque en ocasiones nos parezca poco sólida y evidente, será en nuestro concepto preferible realizar una cesárea a permitir un parto pélvico con riesgos mayores o menores que repercutirían necesariamente sobre la biología del producto y la integridad anatómica de la madre.

En suma, basándonos en nuestra experiencia y en la de otros autores creemos que el parto pélvico es un problema de solución frecuentemente escabrosa que puede corregirse en algunas ocasiones, cuando las condiciones dinámicas y somáticas de la esfera genital y físicas del propio producto son susceptibles de modificarse durante el embarazo, y que en el parto es conveniente según nuestra manera de pensar, asumir una conducta menos conservadora que la que el autor propone sin caer naturalmente en el extremo de la práctica rutinaria de la cesárea en la presentación pélvica en primigesta.