

## **PARTO ESPONTANEO EN LA SITUACION TRANSVERSA**

Por

**Héctor Rozo Pardo<sup>1</sup>**

La situación transversa constituye durante el parto una modalidad en extremo peligrosa, afortunadamente rara, que pone en peligro la vida de la madre y hace que el niño sucumba prontamente. Existen, sin embargo, casos abandonados y extraordinarios en los que las condiciones maternas son tan excepcionales, o el producto de la concepción tan maleable, que dan lugar al parto por las vías naturales sin intervención.

Una vez que el trabajo de parto se inicia, se define la presentación de hombro que tiende a enclavarse en la excavación pélvica, sobre todo después de la ruptura de la bolsa de las aguas,

accidente éste de común ocurrencia durante el período de dilatación. La ruptura precoz de la bolsa de las aguas es facilitada por la irregularidad de la presentación y por la reacción anormal de la contractilidad uterina que lucha contra el obstáculo fetal. Como consecuencia de esta situación, es corriente que se presenten accidentes tales como procidencia de cordón, sufrimiento fetal, retracción de la matriz sobre su contenido, inminencia de ruptura uterina, y finalmente infección ovular, que viene a ensombrecer definitivamente el porvenir materno-fetal.

La expulsión fetal es imposible en las condiciones habituales; sin embargo, cuando el parto es abandonado a sí mismo, y no se presenta el estallido

---

<sup>1</sup> Instituto Materno-Infantil. Bogotá.

uterino, la espalda fetal es forzada dentro de la excavación, lo que determina un estiramiento excesivo del ángulo cérvico-dorsal del feto con elongación del cuello y descenso de la espalda fetal hacia el periné, habiéndose producido previamente la procidencia del miembro superior correspondiente. Es la presentación de hombro.

#### EVOLUCION CLINICA:

1º *Versión espontánea*: descrita por Denmann (1772), es una evolución extremadamente rara, que hace que se produzca una mutación de la presentación en el curso del trabajo de parto, influída por la contracción uterina, en grandes multíparas, o cuando existe gran cantidad de líquido amniótico (hidramnios), por la cual el feto adopta una situación longitudinal. En ocasiones este fenómeno es consecuente a una ruptura intempestiva y violenta de la bolsa de las aguas. Si las membranas están rotas, esta posibilidad desaparece.

2º *Parto por el mecanismo de Douglas*: Generalmente la evolución espontánea del parto en la situación transversa requiere fetos pequeños y maleables (macerados), de peso que oscila entre 1.000 y 2.000 gramos en los casos más comunes, siendo, por lo tanto, casi siempre, fetos prematuros muertos previamente, o durante el trabajo de parto, de tal manera que el nacimiento de un feto vivo en estas circunstancias es un hecho excepcional. En 1950, Digonet y Le Goff, en Francia, describieron un parto por el mecanismo de Douglas de un niño de 2.500 gramos que nació vivo, y vive normalmente. Un caso similar, aunque de un niño de menos peso, se presentó en el Instituto Materno-Infantil de Bogotá; más adelante será descrito.

El mecanismo de Douglas implica un primer tiempo de rotación fetal,

por el cual la parte dorsal y superior del tronco se coloca debajo de la síntesis pélvica, la cabeza se desplaza hacia arriba, a expensas de la elongación cervical, y la espalda fetal desciende hacia la vulva. El tiempo siguiente consiste en un desplazamiento progresivo del dorso fetal, iniciado por el brazo procidente, y seguido sucesivamente del desprendimiento del hombro, del tronco, de la pelvis y de los miembros inferiores. La cabeza retenida por debajo de la síntesis pélvica se desprende al final, como lo hace en el parto en presentación de pelvis.

3º Parto sin mecanismo, o por evolución espontánea, o parto en *conduplicato corpore*. La expulsión de un feto macerado y de pequeña talla puede realizarse mediante un mecanismo muy rudimentario llamado "conduplicato corpore", en el cual la maleabilidad fetal, debida a la maceración, permite al feto plegarse completamente sobre su plano ventral, e introducirse en esta forma a través de la excavación. La expulsión se hace generalmente en esta actitud, sin ninguna dificultad.

#### INCIDENCIA:

Se revisaron, en la estadística del Instituto Materno-Infantil de Bogotá, las situaciones transversas que se presentaron en el lapso de seis años, comprendidos entre el mes de octubre de 1956 y el mismo mes del año de 1962, lo que arrojó un total de 515 situaciones transversas, sobre un total de 68.251 partos, siendo la frecuencia de un 0.7%.

En el cuadro N° 1 se exponen los datos comparativos con diversos autores, en los que se aprecian incidencias que oscilan entre 0.1% y 0.47%, en distintos años, y en diversos medios hospitalarios. Es notable la alta incidencia de situaciones transversas en

## CUADRO N° 1

COMPARATIVO DE PORCENTAJES DE SITUACION TRANSVERSA Y DE PARTO  
POR LAS VIAS NATURALES

Autor	Periodo	Nº total de partos	Situación transversa	Incidencia	Partos espontáneos	Inciden-cia
Posner-Col.	10 años	39.481	111	0.2 %	18	16%
Kramer	5 años	63.103	103	0.1 %	1	1%
Vermelin	25 años	40.821	192	0.47%	8	4%
Thornton	—	—	105	—	1	0.95%
Montello	19 años	54.000	73	0.14%	—	—
Johnson	39 años	89.526	186	0.2 %	—	—
Wilson-Col.	21 años	28.092	105	0.37%	4	0.37%
I. M. I.	6 años	68.251	515	0.7 %	24	4.6 %

contrada entre nosotros. Nos la explicamos por ser el Instituto Materno-Infantil de Bogotá una institución que recibe todos los casos complicados en los domicilios y que no han tenido atención prenatal.

En 515 situaciones transversas, se observaron 24 partos por las vías naturales (por el mecanismo de Douglas, o por el de conduplicato corpore), lo que da un índice de 4.6%, que parece ser un término medio de la incidencia dada por los autores consultados, y que se ocuparon de anotar el parto en presentación de hombro al hacer estudios sobre la situación transversa.

## PARIDAD:

Primigestantes	2 casos
Secundigestantes	5 casos
Multigestantes	17 casos
Total	24 casos

La gran mayoría de partos por el mecanismo de Douglas, o por el de conduplicato corpore, en casos de situación transversa, ocurrieron en pacientes multiparas (17 casos), siendo la incidencia en secundíparas de 5 casos y en primíparas de 2 casos, cifras que, de una manera aproximada, guardan relación con la incidencia de situación transversa según la paridad de la paciente.

## CUADRO N° 2

## PARTO EN PRESENTACION DE HOMBRO CON FETO VIVO

Paridad	Edad del embarazo	Estancia pre-parto	Diagnóstico inicial	Peso	Apgar	Resultado final
G2 P1	34 semanas	10 minutos	Hombro expulsivo	2.000 grs.	4/10	Vivo
G2 P1	36 semanas	10 horas	2º gemelo no diagn.	1.190 grs.	2/10	Falleció
G8 P7	28 semanas	10 horas	Cefálica	1.100 grs.	1/10	Falleció
G4 P3	30 semanas	2½ horas	Pelvis	1.460 grs.	2/10	Falleció
G5 P4	34 semanas	4 horas	Pelvis	2.000 grs.	2/10	Falleció

Se obtuvieron en el servicio 5 fetos vivos cuyo parto se realizó por el mecanismo de Douglas, y que se discriminan en el cuadro N° 2. Se aprecia claramente en este cuadro la alta mortalidad fetal, pues sólo un caso, hecho excepcional en la literatura, sobrevivió a una prueba de tal naturaleza.

Es de anotar cómo el diagnóstico errado permitió que se dejara llegar a 4 pacientes de este grupo a la dilatación completa y a la expulsión fetal que, por así decirlo, fue una sorpresa

para quienes atendieron dichos casos. El no haberse presentado ruptura uterina en ninguna de estas pacientes se explica solamente por el bajo peso de los fetos obtenidos (máximo: 2.000 grs.). La estancia de las pacientes en el servicio antes del parto, nos revela que en sólo una de ellas éste fue inevitable: precisamente aquella secundigestante que llegó en período de desprendimiento a la sala de partos, y cuyo niño salió vivo y en buenas condiciones del servicio asistencial.

#### CUADRO N° 3

##### PARTO POR VIAS NATURALES EN PRESENTACION DE HOMBRO MORTALIDAD FETAL ANTE-PARTO

Autor	Peso del feto en gramos				Muerto y macerado	Muerto reciente	Nacido vivo	Muerto post-parto
	Menos de 1.000	De 1.000 a 2.000	Más de 2.000					
Posner-col. . . . .	7	10	1	18	—	—	—	—
Vermelin . . . . .	—	7	1	7	—	1	—	—
Thornton . . . . .	—	—	1	—	—	1	—	—
Wilson . . . . .	—	4	—	4	—	—	—	—
I. M. I. . . . .	3	12	9	16	3	5	5	4

Como se aprecia en el cuadro N° 3, la gran mayoría de partos por vías naturales en la situación transversa corresponde a fetos muertos y macerados, cuyo peso fue superior a 1.000 grs., pero ascendió hasta los 3.000 gramos, en algunos casos. Ocho casos fueron de fetos que no presentaban maceración: tres de ellos recientemente muertos, y los cinco casos de fetos vivos que ya hemos analizado. El total de los fetos muertos y macerados ascendió a 16. En la tabla número 3 se ponen de manifiesto los datos encontrados en este trabajo, comparados con los datos que se obtuvieron de otros autores, quienes, al estudiar la situación transversa, se preocuparon de anotar los partos que ocurrieron en presentación de hombro.

#### DIAGNOSTICO:

En este estudio se ha establecido si el diagnóstico de la paciente fue acertado, o si el parto en presentación de hombro se debió a un error en la conducta seguida con la paciente. También se ha establecido el tiempo transcurrido entre el ingreso de la paciente y la ocurrencia del parto, para dejar establecidos aquellos casos en los cuales la intervención del obstetra era ya tardía. De este estudio se obtuvieron los siguientes datos:

#### Diagnóstico de ingreso:

Presentación de hombro . . . . .	19 casos
Presentación de pelvis . . . . .	4 casos
Presentacióncefálica . . . . .	1 caso
Total . . . . .	24 casos

De estos datos deducimos que a la mayoría de las pacientes (19) se les hizo un diagnóstico correcto, y que, por lo tanto, se les permitió continuar el trabajo hasta obtener el parto por las vías naturales debido a las condiciones fetales (feto muerto y macerado, bajo peso relativo del feto) o maternas (pelvis amplia, multiparidad, control satisfactorio del trabajo del parto).

En cuanto al tiempo transcurrido entre el ingreso de las pacientes al servicio y la ocurrencia del parto, los datos son los siguientes:

Pacientes que llegaron en período expulsivo	11
Parto ocurrido en la hora siguiente a su ingreso	1
Parto ocurrido después de una hora del ingreso	12
 Total	24

Con estos datos corroboramos que a un buen número de pacientes se le toleró el trabajo de parto, a pesar de la situación transversa, pues 12 de ellas presentaron una estancia pre-parto en el servicio obstétrico de más de una hora. Un número de pacientes aproximadamente igual (11 pacientes), llegó al servicio en período de expulsión.

#### MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA:

No se encontraron casos de mortalidad materna. Esto se explica fácilmente si se tiene en cuenta que las pacientes que lograron efectuar un parto en presentación de hombro, superaron todos los peligros que la situación transversa representa una vez desencadenado el trabajo de parto. Son estas mujeres, pacientes que escaparon de la ruptura uterina, complicación ésta que encabeza el cortejo de graves accidentes propios de esta distocia.

En cuanto a morbilidad materna, se observaron dos casos: El primero, un

desgarro del cuello uterino por parto por el mecanismo de Douglas en una G5 P4 de 34 semanas, ya citado al mencionar los casos de feto vivo (cuadro número 2), paciente a quien se le hizo un diagnóstico de presentación de pelvis y se le reforzó el trabajo de parto con una venoclisis de oxitocina (2 unidades) en solución dextrosada. El parto se realizó en forma intempestiva y masiva, siendo el producto de éste un feto vivo de 2.000 gramos, con una calificación de Apgar de 2/10 y que falleció poco después. La madre fue intervenida con una laparotomía exploradora, pues se temía que el desgarro cervical hubiese ascendido hasta comprometer el segmento y cuerpo uterinos, lo cual no se comprobó en la exploración quirúrgica. Se le practicó una traqueorrafia.

El segundo caso de morbilidad se refiere a una paciente que ingresó con ruptura prematura de membranas de más de 72 horas de evolución, y a quien se le indujo con éxito un parto con feto muerto y macerado. Durante el puerperio presentó un estado de sepsis generalizada, la cual se controló satisfactoriamente con el adecuado uso de los antibióticos.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES:

Se ha hecho un análisis de los mecanismos de parto en la situación transversa del feto.

Se comparan estadísticas de frecuencia de la situación transversa con otros autores, y se recalca su alta frecuencia entre nosotros, con una explicación obvia.

Se discrimina la paridad de las pacientes, concluyéndose que el fenómeno estudiado se presenta principalmente en pacientes multigestantes.

Se estudian los casos de parto en presentación de hombro con feto vivo, y se anota cómo el error diagnóstico

en estos casos es responsable de la altísima mortalidad neonatal.

Se hace un análisis de la mortalidad fetal ante-parto y del peso del feto muerto, evaluación importantísima para permitir que la paciente concluya su trabajo de parto por las vías naturales.

Se insiste en la importancia de un diagnóstico correcto, el cual fue hecho en la mayoría de los casos.

Se registra el tiempo transcurrido entre el ingreso de la paciente y la ocurrencia del parto, encontrándose que, aproximadamente, la mitad de las pacientes objeto de este estudio llegó al servicio asistencial en período expulsivo.

Finalmente, se relatan dos casos de morbilidad materna como consecuencia del parto en presentación de hombro.

#### B I B L I O G R A F I A

- Johnson, C. W.**—Transverse presentation of fetus; analysis of 186 consecutive cases. Am. J. Obst. & Gynec. 57: 765-69, Abr., 1959.
- Kramer, Thomas Frère, and Thomas W. Skalley.**—Transverse presentation. Am. J. of Obst. & Gynec. 80: 291-5, Ago., 1960.
- Montello, Samuel A.**—Management of the transverse lie. Am. J. Obst. & Gynec. 61: 1360-5, Jun., 1951.
- Posner L. B., De Chabert R. A., Posner A. C.** Simulated pregnancy following pseudocyesis. Amer. J. Obst. & Gynec. 83: 976-7, Abr., 1962.
- Thornton W. N., Jr.**—The management of transverse presentation. Clin. Obstet. & Gynec. 3: 39-44, Marz., 1960.
- Vermelin, Henri.**—L'Accouplement dans les différentes présentations. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, (1) 5018 A10, pg. 1.
- Wilson, Lester A. (y otros).**—The management of transverse presentation. Am. J. Obst. & Gynec. 74: 1257-65, Dic., 1957.