

Distocias de Origen Fetal*

Mario Beckles Maxwell**

INTRODUCCION

El parto es el acto fisiológico de la mujer mediante el cual el producto de la concepción ya viable, es desalojado del útero a través del canal vaginal en contacto con el mundo exterior. Mecanismo de parto es el conjunto de movimientos o desplazamientos que realiza la presentación en el curso del parto. Cada presentación posee un mecanismo de parto diferente; cuando este mecanismo presenta dificultades en cuanto a su desarrollo y desenlace, debido a problemas derivados exclusivamente del algún factor anormal, se produce lo que se conoce como distocia. Podemos definir distocia como la perturbación o anomalía en el mecanismo de parto, de causa fetal o pélvigenital, que interfiere con su evolución fisiológica. De acuerdo con este concepto las causas de distocia se pueden clasificar en tres grupos principales a) —Trastornos de la contracción uterina, b) —Alteraciones fetales (malposiciones, macrosomía, etc.) y c) —Anormalidades del canal genital que impiden el paso del producto de la gestación. La distocia de origen fetal, es ocasionada debido a factores mecánicos (relación feto-pélvica) y no a disturbios de la fisiología uterina. Esto es importante ya que los factores mecánicos pueden ser previstos no así, por lo general, los desordenes de la acción uterina. Las anomalías en el mecanismo del parto son ocasionados por las actitudes, presentaciones y posiciones defectuosas del producto y también por excesivo crecimiento de ésta o una parte del mismo. Las distocias constituyen un problema que frecuentemente debe afrontar el gineco-obstetra en el ejercicio diario de su especialidad y de éstas, las de origen fetal ocupa con frecuencia, lugar preponderante. Es por esto que todo especialista debe conocerlas a fondo, detectarlas en su iniciación y resolverlas oportuna, rápida y juiciosamente.

* Trabajo presentado para la inscripción de la especialidad de Gineco-obstetricia.

** Asistente del Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios.

DISTOCIAS DE ORIGEN FETAL**CLASIFICACION****I. DISTOCIAS DE PRESENTACION CEFALICA**

- a) En cuanto a la variedad de posición.
 - 1.- Occipito posteriores
 - 2.- Occipito transversas
- b) En cuanto a la actitud de la cabeza.
 - 1.- Presentación de bregma
 - 2.- Presentación de frente
 - 3.- Presentación de cara
 - 4.- Asinclitismo anterior y posterior

II. DISTOCLAS POR PRESENTACION PELVICA

- 1.- Retención de cabeza última
- 2.- Distocia de hombros

III. DISTOCIAS EN CUANTO A LA SITUACION DEL PRODUCTO

- 1.- Situación transversa
- 2.- Situación oblicua

IV. DISTOCIAS EN CUANTO A LA ACTITUD FETAL

- a) Desplanamiento dorsal de un miembro
 - 1.- Hacia el dorso
 - 2.- Hacia la nuca
- b) Procúbito de un miembro
 - 1.- Laterocidencia
 - 2.- Procidencia

V. DISTOCIA POR EXCESO DE VOLUMEN GENERALIZADO

- a) Macrosomía
 - 1.- Distocia cefalopélvica
 - 2.- Distocia de hombros
 - b) Edema generalizado
 - 1.- Hidrops fetalís
-

VI. DISTOCIAS POR EXCESO DE VOLUMEN PARCIAL DEL PRODUCTO

- a) Exceso de volúmen de la cabeza
 - 1.- Hidrocefalia
- b) Exceso de volúmen del cuello
 - 1.- Bocio congénito
 - 2.- Higroma quístico
- c) Exceso de volumen del tórax
 - 1.- Hidrotórax
- d) Exceso de volumen del abdomen
 - 1.- Ascitis congénita
 - 2.- Retención urinaria
 - 3.- Riñones poliquísticos
 - 4.- Otros tumores abdominales
- e) Exceso de volumen del polo pelviano

VII. DISTOCIAS POR OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS

- 1.- Anencéfalos
- 2.- Dicéfalos
- 3.- Cefalópagos
- 4.- Izquiópagos

DISTOCIAS DE PRESENTACION CEFALICA

Estas pueden deberse a alteraciones de la variedad de presentación o bien a la actitud de la cabeza. La última fase del mecanismo del parto implica una rotación de 45 a 135 grados, dependiendo básicamente de la variedad de posición y del tipo de pélvis, condiciones diversas en ocasiones ignoradas, pueden no permitir esta rotación, dando lugar a posiciones persistentes (posterior o transversa); en sí éstas no constituyen distocia, y solo se consideran como tales cuando se prolonga el segundo período del trabajo de parto (3-23)

DISTOCIAS EN CUANTO A LA VARIEDAD DE POSICION

- 1) Posterior persistente. La frecuencia de posiciones occipito posteriores en etapa temprana del parto ha sido estimada por varios autores entre el 15 y 30 % (5). El parto suele ser más lento, las membranas con frecuencia se rompen antes de tiempo, las contracciones uterinas pueden ser insuficientes,
-

la dilatación es incompleta ya que la cabeza no se ajusta bien a la pélvis y no hace presión uniforme en el orificio externo. La expulsión espontánea requiere acción uterina y abdominal intensa debido a que la cabeza recorre el pélvico en sus diámetros mayores (occipito frontal y occipito mentoniano) (4-7).

- 2) **Transversa persistente.** La pélvis misma es el factor principal en lo que se refiere a la *variedad de posición transversa*. Puede resultar de desproporción no muy notable o de insuficiencia de las fuerzas del parto.

Conducta: Estaría supeditado a diversas circunstancias.

a) Cuando la variedad de posición está asociada a una desproporción o a una distocia dinámica irreductible, debe recurrirse a la cesárea, b) en ausencia de otras complicaciones se impone la prueba de trabajo de parto; con lo que en ocasiones se logra elevado promedio de rotaciones espontáneas. c) si se descubre que la presentación está enclavada y por lo tanto la progresión del parto está detenida y los demás factores que intervienen son normales; como dinámica uterina, relaciones cefalopélvicas y existe sufrimiento fetal, o bien, no hubiera rotación pasadas dos horas de contracciones expulsivas normales, se intervendrá obstétricamente. El método de elección dependerá de la localización de la presentación. A nivel del estrecho superior o en planos muy altos, con el vértice arriba del tercer plano de Hodge, se practicará cesárea. No debe hacerse rotación manual porque ésta ocurre fisiológicamente en los planos bajos de la pélvis y es impropio rotarla cuando está alta. Tampoco debe aplicarse forceps por no cumplirse los requisitos. Por debajo de las espinas ciáticas lo primero que debe intentarse es la rotación manual de la cabeza, lo que no siempre es posible; si no se obtiene éxito, entonces estaría indicado la aplicación de forceps rotador Tipo Kielland, que es ideal para estas distocias y ocasionalmente el empleo de la técnica de Scanzoni (3-7-23).

DISTOCIA EN CUANTO A LA ACTITUD DE LA CABEZA

La presentación normal de vértice, con flexión de la cabeza que pone en contacto la barbilla con el pecho del producto, es la más favorable para el parto. Las desviaciones de esa posición producen anomalías que ocasionan a) presentación de bregma, cuando la cabeza queda erguida en posición militar, sin flexionarse ni extenderse sobre el cuello, b) presentación de frente, cuando la cabeza está en extensión parcial sobre el cuello, y c)

presentación de cara, en la cual la cabeza está en extensión completa sobre el cuello (7-13).

1) PRESENTACION DE BREGMA

Esta presentación es probable que aún siendo poco frecuente cause las más común de las distocias por falta de flexión de la cabeza fetal. El pronóstico es mas desfavorable que en la presentación de vértice, pero más favorable que la frente (24).

Conducta.—Tomando en cuenta de que en la mayoría de los casos evolucionan espontáneamente, la conducta expectante es lo indicado. Es aconsejable el decúbito lateral correspondiente al occipicio para contribuir a la flexión de la cabeza. Con la misma finalidad se puede ejercer durante la contracción una ligera presión sobre la frente con dos dedos introducidos en la vagina. La falta de progresión del parto (trabajo prolongado, sufrimiento fetal, agotamiento materno) en la segunda fase, hace necesario la aplicación de fórceps. Se puede emplear diferentes clases de fórceps, dependiendo del tipo de pélvis de la madre y predilección del operador, sin embargo el más empleado es el Simpson De Lee (23)

2) PRESENTACION DE FRENTE

50 % de las presentaciones de frente no son debidas o desproporción feto-pélvica, sino a actitud fetal anormal (3)

Conducta.—Su diagnóstico suele ser casual, sin embargo en aquellos casos en que durante el embarazo se logra realizar; la conducta será expectante. Si se comprueba desproporción cefalo-pélvica, se hará cesárea antes de la iniciación del trabajo de parto. Si el diagnóstico se efectúa al principio del trabajo de parto, la expectación es lo indicado, pues puede suceder que la cabeza se flexiona, convirtiéndose en vértice o en cara espontáneamente favorecida con el decúbito lateral de la parturienta (correspondiente al plano ventral del feto), o bien ocurrir el parto espontáneamente en presentación de frente. Varios autores señalan éxito con maniobras con el fin de convertir la presentación de frente en presentación de cara o de vértice; mediante la maniobra de cerrar la boca del feto o bien maniobra de rotación o flexión. Cuando la presentación está alta y enclavada estaría indicando la operación cesárea. Cuando se encuentra por debajo del tercer plano de Hodge, la aplicación de fórceps es lo indicado.

3) PRESENTACION DE CARA

Generalmente esta presentación ocurre una vez en cada 200 casos.

Conducta.—La presentación de cara debe manejarse en forma conservadora ya que la distocia que ocasiona puede considerarse semejante a la de presentación de vértice. La conducta expectante, en ocasiones con prueba de trabajo de parto, así como con los métodos actuales de conducción, analgesia y anestesia obstétrica, son la base principal para obtener resultados favorables (6-19). Se debe controlar la dinámica, la dilatación evitar la ruptura precoz de la bolsa, indicando el decúbito lateral, del lado hacia el cual mira el mentón (con lo que se favorece la rotación de ésta hacia adelante, impedir los "pujos" intempestivos y evitar tactos innecesarios. Es preciso tener presente el que si bien es cierto que el parto en posición mento posterior es incompatible por vía vaginal, siempre existe la posibilidad de rotación espontánea, siendo estadísticamente menos del 1% en los que no se efectúa la rotación. Se debe actuar hasta que el producto no rote ni descienda, deteniéndose el trabajo de parto; en tal caso si la presentación está entre el primero y el segundo plano de Hodge, lo indicado es la cesárea; en el tercer y cuarto plano es aceptable la aplicación de Forceps (Kielland o de Simpson De Lee), con lo cual en la mayoría de los casos resuelve el problema con éxito. En este tipo de distocia las maniobras flexionadoras así como la versión por maniobras internas, no deben intentarse ya que la posibilidad de éxito es muy remota la morbimortalidad fetal se aumenta considerablemente (3-8-23).

4) PRESENTACION ASINCLITICAS

Las distocias de este tipo son poco frecuentes. Pueden ser anterior y posterior. La primera se conoce también con el nombre de oblicuidad de Neagale, en el cual la sutura sagital se encuentra más próxima al promontorio llegando en ocasiones a ser tan pronunciada que se percibe francamente el pabellón auricular. La segunda también se conoce con el nombre de oblicuidad de Litzman, es cuando la sutura sagital se encuentra cerca del pubis.

Conducta.—La actitud expectante es la correcta, ya que en muchas ocasiones se realiza la corrección espontánea, sucediéndose el parto sin problema alguno. En los casos en que persiste el asinclitismo, se soluciona con la aplicación de fórceps, siendo el Kielland el de elección. Sin embargo, en ocasiones cuando el

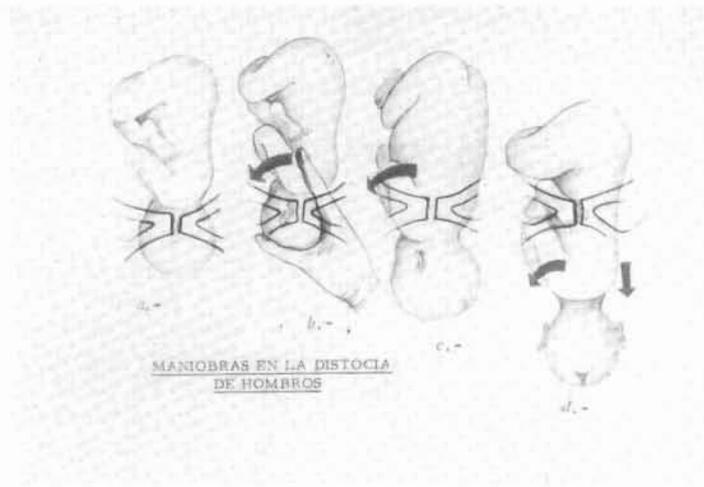
volumen de la presentación implica desproporción cefalopélvica agregada, la operación cesárea será lo indicado. (23)

LA DISTOCIA POR PRESENTACION PELVICA

Existe en la actualidad gran controversia en la que se refiere a la clasificación de la presentación pélvica. Para muchos autores es un parto eutócico, para otros como Eden, debido a la morbi-mortalidad materno fetal, es una distocia. A mi juicio considero que siempre que se presente un parto pélvico se debe tener en cuenta que se trata de un parto potencialmente distócico. Esta entidad se presenta según Greenhill en 3 de los casos. Ha sido llamada la "piedra de toque", para catalogar el buen discernimiento, juicio clínico y habilidad del tocólogo, siendo la paciencia y la diligencia, los atributos presentes en la atención del parto en el cual la pelvis es el polo conductor. Las complicaciones más frecuentes en el parto pélvico las cuales aumentan la morbimortalidad materno fetal son compresión del cordón, retención de cabeza última (debido a desproporción inesperada), aprisionamiento de la cabeza por espasmo cervical particularmente en partos prematuros), prolapso de cordón umbilical (sobre todo en presentación pélvica incompleta) y estimulación con ocitocina. (3-10-14). El diagnóstico puede hacerse durante la gestación y siempre es importante encontrar la etiología. La exploración clínica ayudada por los exámenes de gabinete como la radiología, son de gran valor. Reunidos todos los datos el respecto se esta en posibilidad de discernir si el caso cae dentro de los límites de la normalidad. Cuando existe la menor duda o se tiene escasa experiencia en el manejo de este tipo de parto es preferible la vía abdominal y no la vaginal. Para gran número de obstetras estaría indicada la cesárea, cuando ésta se presenta en paciente primigesta (29). Si se elige la vía vaginal, una vez valorada y colocada dentro del terreno eutócico se deben tener en cuenta los problemas que en cualquier momento se pudieran presentar, para lo cual contamos con los recursos inmejorables de la pequeña y grande extracción, maniobras de hombros, fórceps para cabeza última y la episiotomía (14).

1) RETENCION DE CABEZA ULTIMA

Por fortuna suele presentarse con poca frecuencia. Se han ideado muchas maniobras para la extracción de la cabeza. El fórceps de Piper que es el ideal para estos casos (14).



FIGURAS 1 y 2

II) DISTOCIA DE HOMBROS

La distocia de hombros constituye una complicación obstétrica que representa una grave amenaza para el feto y determina una situación de urgencia en la que es preciso actuar con serenidad y prontitud, pero con conocimiento profundo de las maniobras adecuadas y bajo un plan bien trazado en la ejecución de las mismas, la falta de experiencia, lo mismo que los esfuerzos desmedidos, solo conducen a trastornos tanto en la madre como en el producto. (2-6-35).

III) DISTOCIA EN CUANTO A LA SITUACION DEL PRODUCTO

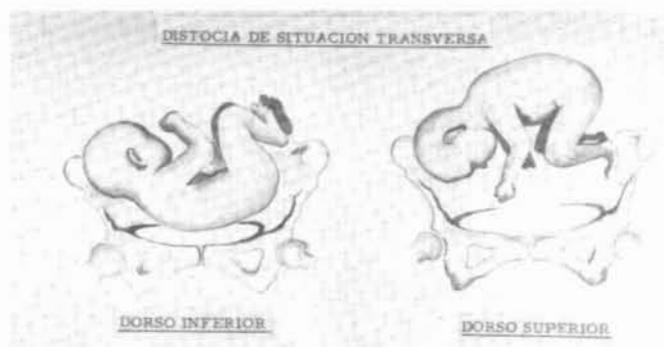
- 1) *SITUACION TRANSVERSA.*—Es un defecto de polaridad en el cual el eje longitudinal del producto queda en dirección transversal respecto al eje longitudinal del útero y de la madre, debido a que el hombro ocupa ordinariamente el estrecho superior, la cabeza está en una fosa iliaca y las nalgas en la otra, se le da el nombre de presentación de hombro y técnicamente el de presentación acromical. Su frecuencia aproximada es de una en cada 200 partos, más frecuente en múltiparas que en primíparas y se observa más a menudo en prematuros que en productos de término. Es ocasionado por cualquier circunstancia que impide el encajamiento de la cabeza en la pélvis o bien por excesiva movilidad del feto. Esta situación del producto durante el embarazo puede ocasionar ruptura prematura de membranas, prolapso de cordón umbilical, procidencia de un miembro y desencadenamiento prematuro del trabajo de parto. El diagnóstico de la situación transversa es en realidad fácil pero lo más importante es investigar la causa que lo condicionó. Precisar, además si el producto está vivo o no, ya que la conducta a seguir será totalmente diferente en uno y otro caso al llegar el momento del parto. También es importante determinar la posición del dorso, ya que si es superior o inferior la conducta será diferente. Su evolución espontánea proporciona un porcentaje mínimo de éxitos, sin embargo es posible que se verifique el parto en esta situación, pudiendo suceder dos cosas; primero, que el feto se deslice a lo largo del resto del cuerpo y se restablezca en esta forma la situación longitudinal, segundo, que se doble produciéndose el llamado "conduplicado corpore", siendo excepcional que éste se verifique si se trata de un producto a término y vivo. Sin embargo la
-

mayoría de los autores señalan que esta condición cuando se abandona determina la muerte materna en un 95% y fetal en casi el 100%. Ninguna presentación presenta tantas contingencias tan graves. Sin embargo, cuando el diagnóstico se realiza a tiempo y se interviene oportuna y juiciosamente, el pronóstico no es bueno pero si menos desfavorable (36).

Conducta.—Considerando que carece de mecanismo de parto propio y que el parto espontáneo con persistencia de situación transversa, es casi imposible, se requiere para su resolución de la operación cesárea o de la versión por maniobras internas y extracción podálica. La cesárea es en la actualidad la que ofrece más seguridad de éxito, tanto para la madre como para el producto. La versión interna sólo estaría indicada en la extracción del segundo producto de embarazo gemelar. Esta intervención siempre se debe realizar con anestesia adecuada y en centros hospitalarios, donde en un momento dado se cuenta con la colaboración de un equipo quirúrgico para intervenir ante una complicación (2-3).

- 2) **SITUACION OBLICUA.**—Es este caso el eje longitudinal del feto no coincide con el del útero, sino que cruza el eje mayor de la madre formando un ángulo agudo. Esta situación oblicua suele ser pasajera y frecuentemente se convierte en situación longitudinal o transversa al comenzar el parto.

Conducta.—En principio debería ser expectante con vigilancia estrecha. En caso de persistir, estaría indicada la operación.



IV) DISTOCIA EN CUANTO A LA ACTITUD FETAL

Desplazamiento y procidencia de miembros (presentación compuesta). Es una complicación que se presenta una en cada 350 partos. Cuando un miembro o varios miembros, que no forman parte de la presentación desciende hacia el orificio cervical, estando las membranas íntegras, se trata de un procúbito. Si estando las membranas rotas el o los miembros se deslizan en la misma forma permaneciendo al lado de la presentación se trata de laterocidencia; si el miembro o los miembros están por debajo de la presentación se habla de procidencia. Es importante señalar que en ocasiones el médico puede ser el factor causante de una presentación compuesta al realizar maniobras obstétricas sin éxito como versiones.

Conducta.—En general la mayoría de los autores están de acuerdo en que el mejor método para manejar una presentación compuesta sin complicaciones como prolapso de cordón o placenta previa, es la observación cuidadosa sin manipulación. Varios casos de presentación de cabeza y mano pueden ser manejados conservadoramente, colocando a la paciente en decúbito lateral adecuado o Trendelenburg, con lo que se consigue en la mayoría de los casos que evolucione a la rectificación espontánea; cuando esta no acontece, la operación cesárea estará indicada. Por otro lado la presentación de cabeza-pie, es una complicación obstétrica mayor y generalmente requiere intervención. Cuando se lleva a cabo una conducta expectante, el médico debe de estar alerta por cualquier signo de sufrimiento fetal en cualquier momento. Si después de una hora de conducta expectante no se observa ningún progreso y la paciente ha tenido buena actividad uterina con buenas contracciones, se debería realizar operación cesárea (50).

DISTOCIAS EN CUANTO A LA
ACTITUD FETAL



DESPLAZAMIENTO DORSAL
DE UN MIEMBRO

FIGURA 4

V) DISTOCIA POR EXCESO DE VOLUMEN GENERALIZADO

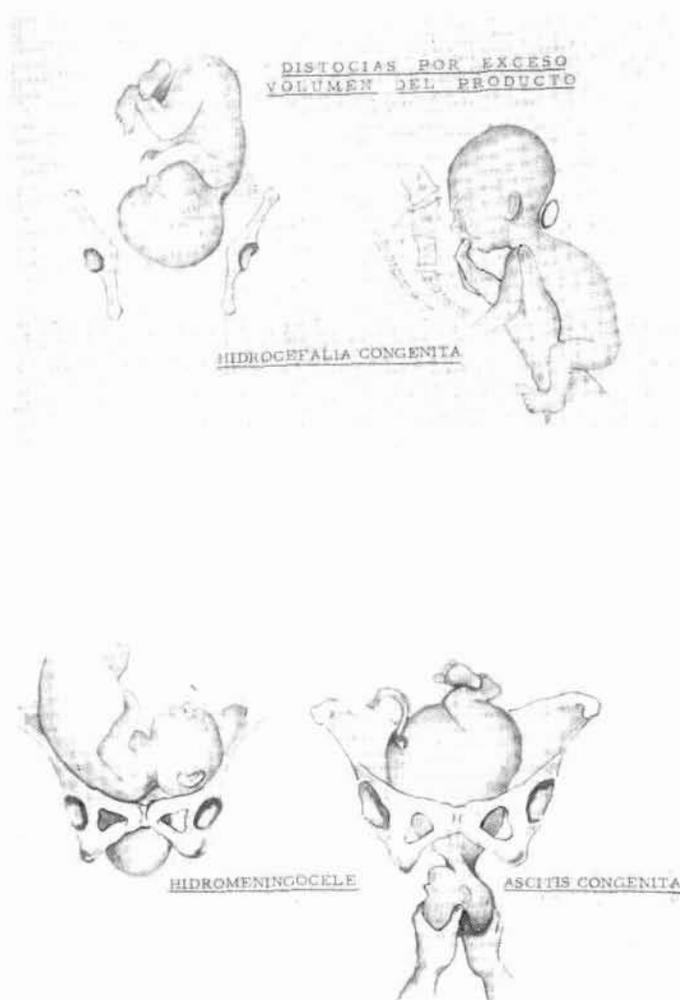
El exceso de volumen generalizado del feto en la mayoría de los casos se debe a su desarrollo exagerado. El producto mecosómico representa mayor riesgo durante el trabajo de parto ya que éste altera el mecanismo dinámico armónico existente entre pelvis ósea, producto y útero. A medida que el producto es de mayor tamaño, aumenta la frecuencia de desproporción fetopélvica. En presentación pélvica, teniendo en cuenta las dificultades que pueden presentarse durante el parto, la mejor solución es la vía abdominal. Si en una presentación cefálica ocurre distocia de hombros, debemos tener en cuenta si el producto está vivo o muerto; en el primer caso con los hombros en el estrecho superior no hay que empeñarse en desprender el hombro anterior con tracciones excesivamente enérgicas, de la cabeza, puesto que con esto lo único que se consigue es producir una parálisis radicular del plexo braquial; debe recurrirse a maniobras especiales tales como la de rotación de la cintura escapular desplazando el hombro anterior con los dedos índice y medio de la mano del operador hacia uno de los diámetros oblicuos de la pelvis, si esto se consigue se hará presión en el fondo del útero y tracción simultánea de la cabeza fetal en el eje del canal del parto. En algunos casos se podrá efectuar la rotación de la cintura escapular, siguiendo el principio de la cuerda del tornillo preconizado por Woods, girando el hombro posterior 180 grados hacia la posición anterior para que el hombro anterior que se encontraba por encima del pubis caiga a la excavación del sacro (20-21). En caso de producto muerto, cuando el tamaño de los hombros impide su expulsión después de ser extraído la cabeza, a menudo se puede fácilmente terminar el parto después de disminuir el diámetro biacromial, seccionando las clavículas, según fue señalado anteriormente (2-23-40). Algunos autores preconizan para la solución de la distocia de hombros, el empleo de fórceps de ramas paralelas, con lo cual se logra rotar el tórax y los hombros del feto de manera que estos últimos se pongan en relación con el diámetro más favorable, señalan que esta técnica permite solucionar esta distocia más rápida y eficazmente que las maniobras manuales (43).

VI) DISTOCIAS POR EXCESO DE VOLUMEN PARCIAL DEL PRODUCTO

A.— Exceso de volumen de la cabeza

- 1.- Hidrocefalia. Es una anomalía no muy rara. En la mayoría de los casos. La distocia que ocasiona es grave
-

y si no se soluciona rápidamente, ocasiona la ruptura del útero y la muerte de la madre por hemorragia intra-abdominal. El pronóstico para el producto es siempre malo; si no fallece durante el parto, muere posteriormente por la misma enfermedad, o sus complicaciones. Para la madre el pronóstico está en relación con el manejo adecuado y oportuno.



FIGURAS 5 y 6

Conducta.—Una vez dilatado el cérvix, si la presentación es cefálica, y la hidrocefalia acentuada, se acepta en general que la punción transvaginal, para extracción de líquido cefalorraquídeo, resuelve satisfactoriamente la gran mayoría de los casos. En ocasiones cuando la punción no ha sido suficiente y el feto está muerto y la dilatación completa, la craneoclasia estaría indicada. También se menciona como método de solución la punción transabdominal de la cabeza fetal. En los casos en que se realiza punción debe tenerse en cuenta la precaución para evitar la atonía uterina y el shock obstétrico por la descompresión brusca del abdomen sobredistendido (40). En los casos de presentación pélvica en los que la expulsión se estaciona por detenerse la cabeza en el estrecho superior, casi siempre se trata de fetos muertos y se considera la craneocentésis como un recurso drásticamente salvador. La operación cesárea se realiza sólo en casos excepcionales, ya que estos productos o están muertos o bien tienen muy pocas posibilidades de sobrevivir. (23-40).

B.— Exceso de Volumen del Cuello

El bocio congénito y el higroma quístico son causa de distocia fetal por aumento del volumen del cuello. En ocasiones cuando son muy voluminosas, llegan a impedir la flexión de la cabeza, dando lugar a presentaciones primitivas de cara y frente.

Conducta.—En ocasiones, cuando la tumoración no es de gran tamaño, es posible con un poco de tracción extraer el producto sin mayores problemas. Pero cuando el tamaño es considerable es necesario puncionarlo para que el parto se lleve a cabo. En los casos en que la tumoración es de consistencia sólida sería necesario su extirpación previa. La fetotomía estará indicada en situaciones extremas cuando se trata de producto muerto (23).

C.— Exceso de volumen del tórax.

El aumento del volumen del tórax se debe principalmente a hidrotórax y neumotórax, ambas entidades son muy raras.

Conducta.—La distocia que suele presentarse en estos casos es la de hombros la cual puede ser resuelta favorablemente por medio de maniobras adecuadas, tales como la de Rojas o la de Pajot. En productos muertos la cleidotomía resuelve el problema.

D.— Exceso de Volumen del Abdomen

El aumento de volumen del abdomen generalmente es resultado de ascitis, de la distensión excesiva de la vejiga, o de un

tumor de los riñones, hígado o bazo, peritonitis meconial, etc. En la mayoría de los casos esta situación escapa al diagnóstico hasta que en el parto, los inútiles intentos para expulsar el producto, demuestran la existencia de alguna obstrucción y obliga al obstetra a introducir toda la mano en el útero. En estas circunstancias, si la distocia es exagerada el parto solamente puede realizarse después de la punción y en ocasiones de la evisceración del producto (32-38). El líquido de ascitis es la causa más frecuente. En los casos de presentación cefálica, cuando el abdomen fetal no puede ser extraído se deberá efectuar la punción abdominal. Frente a una presentación pélvica debe evacuarse el contenido líquido incidiendo el abdomen si el feto está muerto o puncionándolo con un trocar fino si está vivo (11-21-23). La distensión anormal y repleción de la vejiga del producto originada frecuentemente por atresia, o considerable estenosis de la uretra, puede ocasionar distocia, la cual se corrige al puncionar la vejiga fetal (30-41-45-47).

E.— Exceso de Volumen del Polvo Pélvico

Este tipo de distocia es poco frecuente. Podemos mencionar el teratoma congénito del sacro, que es una malformación bastante rara, que puede llegar a alcanzar gran tamaño (15 a 20 cms), y causar considerable dificultad durante el parto. El parto por lo general es prematuro y espontáneo. Cuando la presentación es de vértice, con una tracción firme es suficiente para que se realice el parto. Cuando la presentación es pélvica dan mayores dificultades. En ocasiones no podría ser extraído el producto a menos que el tumor sea previamente removido. Sin embargo algunos autores, cuando el tumor es de gran tamaño, prefieren usar la vía abdominal (125).

VII) DISTOCIAS POR OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS

Otras malformaciones del feto como causa de distocia son poco frecuentes. Entre estas podemos citar anencéfalos; dicéfalos, cefalópodos, izquiópodos, arcadias, condrodistrofia fetal, etc. Actúan aumentando la periferia o volumen fetal, ocasionando distocias (28-30).

Conducta.—Cuando el aumento de la periferia o volumen fetal no es exagerado, el parto se realiza fácilmente ayudado por maniobras obstétricas, sencillas. En los anencéfalos el parto generalmente es más fácil cuando la presentación es de pelvis. En los casos de monstruos dobles el parto suele ser más fácil de lo que se podría esperar; los productos rara vez llegan a término por lo que son menores que lo normal. La unión entre ambos es a menudo

tan laxa que permite la expulsión primero de uno y después del otro. Si el monstruo está macerado es aún más fácil. Sin embargo existen casos en que es necesario utilizar operaciones mutiladoras. Es importante tener presente que ciertos monstruos dobles, entre ellos los pigopágos y los xifopágos, son susceptibles de ser separados después de nacer y continuar su vida independiente. Por esta circunstancia y por el hecho de que las intervenciones por vía natural a menudo son sumamente peligrosas para la madre, la operación cesárea ha sido practicada en forma deliberada (23-26).

DISJOIAS POR OTRAS
ANOMALIAS CONGENITAS



TORACOPAGOS



DICEFALOS

FIGURA 7

RESUMEN

El presente estudio es una revisión de la bibliografía mundial de los últimos 10 años, en lo referente a distocia de origen fetal. No hay duda de que el manejo de las distocias de origen fetal ha sido y sigue siendo problemático; debido a que en general existe falta de experiencia y unidad de criterio para afrontar y resolverlos con éxito. Es interesante señalar que un gran porcentaje de la morbimortalidad del binomio madre-hijo es aumentado iatrogénicamente debido al desconocimiento de los métodos o a la falta de medios para aplicarlos. Por lo que es indispensable que el gineco-obstetra conozca estas distocias a fondo, las diagnostique y trate oportunamente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ABBOTT P.D. - Dystocia caused by sacrocociggeal teratoma
Obstet. Gynec. 27: 571, 1966.
 - 2.- AGUIRRE René A., Martínez S.H. - Distocia de presentación de hombros. Memoria IV Congreso Mex. Ginec. Obst. 53, 1963.
 - 3.- BROWNE A.D. Difficult vaginal delivery. J. Obstet. Gynaec. Brit. Comm 72: 866, 1965.
 - 4.- CHALMERS J.A. - The vacuum extractor in difficult delivery J. Obst. & Gynec. 72: 886, 1965.
 - 5.- CHEN H.Y. - Occiput posterior position. J. Formosa Med. Ass. 61: 1047, 1962.
 - 6.- CUNNINGHAM I. - Iniencephalus: a case of dystocia J. Obstet. Gynaec. Brit. Comm 72: 299, 1965.
 - 7.- DE LARA Dávila S., Iturriaga A. M. - Distocia de presentación cefálica. Memoria IV Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. 45, 1963.
 - 8.- DELGADO U.J., Ramírez S.E., Pérez D.A., Ruíz C.R., Presentación de cara. Ginec. y Obstet. de Mex. 22: 501, 1967.
 - 9.- DRIPS R.C. - Meconium peritonitis with masive abdominal distention resultive in dystocia. Report of a case. Obstet. Gynec. 27: 335, 1966.
-

- 10.—EASTMAN Nicholson J. - Distocias causadas por anomalías de la posición o del desarrollo del feto. *Obstetricia de Williams, Tercera Edición, Pag. 810, "UTEHA", México, 1960.*
- 11.—EASTON L. - Obstructed labour due to foetal abdominal distention. *J. Obstet Gynaec Brit. Emp. 67: 128:1960.*
- 12.—FRANCIS R.C. - An unusual case of shoulder dystocia. *J. Obstet. Gynaec. Brit. Comm. 71: 637, 1964.*
- 13.—FRIEDMAN E.A., *Dysfunctional Labor VI abnormal progress in the multipara. Obstet. Gynec. 22: 478, 1963.*
- 14.—GONZALEZ Negrete D., Pérez M. V. - Distocia de presentación pélvica. *Memoria IV Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. 49. 1963.*
- 15.—GONZALEZ V. J., Cinco A. M., Karchmer K.S. - Fórceps de Kielland en el manejo de las variedades occipito transversas. *Análisis de 500 casos. Gynec. Obst. Méx. 24: 351, 1968.*
- 16.—HARER W. B. Jr. - Fórceps delivery of persistent brow presentation. *Obstet. Gynec. 25: 765, 1965.*
- 17.—HEERY R. D. - A method to relieve shoulder dystocia invertex presentation. *Obstet. Gynec. 22: 360, 1963.*
- 18.—KARCHMER K. S., Wulfovich B.M., *Problema obstétrico del producto macrosómico. Análisis de 1044 casos. Finec. y Obst. de Méx. 22: 1573, 1967.*
- 19.—KEMPERS R. D. - *The passenger in difficult labor. Postgrad. Med. 42: 109, 1967.*
- 20.—KHAN P. K. - *Dystocia of the fetal shoulder. Int. Surg. 45: 137, 1966.*
- 21.—KINCH R. A. - *Shoulder girdle dystocia. Clin. Gynec. Obstet. 5: 1031, 1962.*
- 22.—LAWSON B. J. - *Obstructed Labor. J. Obst & Gynec. Comm. 72: 877, 1965.*
- 23.—LEON Juan - *Distocia de causa fetal. Manual de Obstetricia. I Edición 676, Editorial Gumercindo F. Fernández. Buenos Aires, Argentina, 1967.*

- 24.—LULL Clifford B., Kimbrough R.A., Presentaciones anormales. *Obstetricia Clínica*. Pág. 516, Editorial Interamericana, México, 1964.
 - 25.—LU T., Lee K. H. - Two cases of congenital sacral teratoma obstructing labor. *J. Obstet. Gynaec. Brit. Comm.* 73: 853, 1966.
 - 26.—MAHON R., Deux nouveaux cas de dystocie gemelaire. *Bull Fed. Gynec. Obstet. Franc.* 17: 366, 1965.
 - 27.—NICKERSON C. W. - Amniotic sac dystocia in twins. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 97: 867, 1967.
 - 28.—NILES H., Lowe W. E., Helocardius acephalus as a cause of dystocia. *Obst. & Gynec.* 33: 541, 1969.
 - 29.—NUÑEZ B. M., Desproporción fetopélvica. Memoria IV Congreso Mexicano Ginec. Obst. 57, 1963.
 - 30.—PALLIEZ R., Delecour M., Deminattim., Dystocie per mal formation foetale exceptionnelle. *Bull. Fed. Gynec. Obstet. Franc.* 18: 400, 1966.
 - 31.—PRATT R. M., McLean J.H., Sutton P.D., Fetal abnormality twins with an unusual presentation causing dystocia; a comment on the obstetrical management and posible causation. *J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp.* 66: 452, 1959.
 - 32.—RADMAN H. M., Dystocia due to fetal abdominal enlargement. *Obstet. Gynec. (NY)* 19: 481, 1962.
 - 33.—RAMIREZ C., Septien J. M., Bravo M.F. y Zárate A.A. - Manejo de las variedades posteriores y transversas persistentes de occipucio. *Ginec. Obst. Mex.* 23: 123, 1968.
 - 34.—RICAUD R.L., Karchmer K.S., El fórceps en el manejo de las occipito-posteriores y transversas. *Cirugía y cirujanos*, 2: 165, 1967.
 - 35.—RODRIGUEZ Argüelles J., Saldaña García R.H. - Distocia de hombros. *Ginec. y Obstet de Méx.* 21: 453, 1966.
 - 36.—RODRIGUEZ Argüelles J., Saldaña García R., Estudio de 1000 casos de distocia. *Ginec. Obstet. de Méx.* 21: 435, 1966.
-

- 37.—RODRIGUEZ Argüelles J., Saldaña García R., Avalos Calderón, J., Manejo de la distocia de hombros en la presentación de vértice. *Ginec. y Obstet. de Méx.* 22, 53 bis, 1967.
 - 38.—ROSEMBERG M.Y. - Fetal dystocia due to urachal cept and ascites. Report of a case. *Obstet Gynec (NY)* 16: 227, 1960.
 - 39.—RUBIN A., Management of shoulder dystocia. *JAMA* 189: 835, 1964.
 - 40.—SAENZ J. - Punción transabdominal de la cabeza fetal en un caso de hidrocefalía. *Ginec. Obstet. Méx.* 16: 155, 1961.
 - 41.—SARMA V., The urinary organs of the foetus as a cause for labors dystocia. With a ilustrative case report. *Brit. J. Clin. Prac.* 13: 707, 1959.
 - 42.—SEIGWORTH G. R. - Shoulder Dystocia. Review of 5 years experience. *Obstet Gynec.* 28: 764, 1966.
 - 43.—SNUTE W. B. - Management of shoulder dystocia with the shute parallel fórceps. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 84: 936, 1962
 - 44.—STEVENSON C. S. - Management of Dystocia due to large of abnormal fetus. *Clin. Obstet. NY I* (3): 899, 1958.
 - 45.—STOLTZ C. R. - Dystocia due to distention of the bladder. Report of a case. *Obstet. Gynec.* 20: 268, 1962.
 - 46.—SWARTZ D.P. - Shoulder girdle dystocia in vertex delivery: Clinical study and review. *Obstet Gynec (NY)* 15: 194, 1960.
 - 47.—TRAIN T. S. - Dystocia due to distention of the foetal bladder. *J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp.* 66: 674, 1959.
 - 48.—WALL L. A. - Meconium peritonitis with ascites resulting in dystocia. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 78: 1247, 1959.
 - 49.—WEEKES L. S. Hobbs K.G. Jr. - Dystocia and occipito posterior. *Am. J. Nurs* 58 (12): 1314, 1958.
 - 50.—WEISSBERG S. M., Compoud presentation of fetus. *New York J. Med.* 67: 936, 1967.
-