

gemelar que tienen estudio céfalo-pelvimétrico, y de estos 52 casos sus radiografías fueron medidas y 32 no lo fueron. Es necesario aclarar que estas placas no fueron medidas, por causas diversas: por ingresar la paciente en período expulsivo, otras por tratar de valorar los casos por experiencia personal y las más por falta de disciplina en una conducta que creemos de extraordinario beneficio. El método utilizado, fue el de valoración céfalopelviana, por medio del índice cefalopélvico.

EDAD

	D.C.P.	Sin D.C.P.	Placas sin medir
-15	—	—	—
16-20	2	2	8
21-25	7	10	8
26-30	2	6	10
31-35	3	9	8
36-40	1	7	—
+ 40	—	1	2

La edad de la gestante no interesa en la determinación de la D.C.P., pues esta se presenta en cualquier edad de la paciente embarazada.

EDAD DE GESTACION

Edad Sem.	D.C.P.	Sin D.C.P.	Placas sin medir
36	2	7	8
37	4	1	4
38	4	13	5
39	2	5	3
40	3	9	9
+40	—	2	3

1). El gran número priva entre las 37, 40 semanas.

- 2). No es escaso el número de casos en las 36 semanas, y llama la atención que en esa edad gestacional también se observa la D.C.P. Esta observación es de suma importancia en nuestro concepto.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

	Con D.C.P.	Sin D.C.P.	Placas sin medir
Cesárea anterior	1	4	1
D.C.P. anterior	1	—	—
Expulsivo prolongado Y	1	—	—
Obito anterior	1	3	1
Gemelar anterior	1	1	1

- 1). Los antecedentes obstétricos apuntados deben tomarse en cuenta por la posibilidad de que el factor materno pueda ser el causante de la D.C.P.
- 2). Se señala con importancia especial el antecedente de D.C.P. anterior y expulsivo prolongado anterior.

PARIDAD

	D.C.P.	Sin D.C.P.	Placas sin medir
Nulíparas	5	5	4
1 a 6	7	16	17
+6	3	16	11

- 1). Los casos de D.C.P. se presentan en cualquier paciente obstétrica, trátase de primípara, multipara y gran multipara.

DESpropORCION CEFALOPELVIANA

	R.E.S.	R.E.M.	A.E.S.	A.E.M.	Causa Nat.	Causa fetal
I gemelo	2	11	—	1	8	4
II gemelo	2	12	1	1	11	3

- a) Como en los casos de feto único, en la gemelaridad la D.C.P. es de tipo relativo en gran proporción y radica en el E.M.
- b) La D.C.P.A. aparece en menor proporción que en la estadística general de D.C.P. Ello se explica por el perímetro cefálico promedio, que es menor en los casos de gemelaridad, oscila entre 33 y 34 centímetros. El promedio en feto único es de 35 cms.
- c) Se explica por la misma razón que la D.C.P. en gemelaridad, la causa materna sea mayor.
- d) La proporción de D.C.P. es parecida en ambos gemelos.

PRESENTACIONES

	D.C.P.	Sin D.C.P.	Placas sin medir
Cef-Cef.	6	7	8
Cef-Pelv.	5	10	15
Pel-Cef.	1	8	2
Pel-Pel.	1	7	5
Cef-Transv.	1	1	2
Pel-Transv.	—	2	—
Transv. Transv.	1	2	—

- 1). Cuando ambos productos son cefálicos, debe tenerse en cuenta la radio céfalo-pelvimétrica antes de practicar una intervención obstétrica que varíe la presentación, pues ello sería con riesgo fetal, en caso de D.C.P.
- 2). Presentación Céfalo pélvica: Nos hace afirmar que, el segundo gemelo pélvico con D.C.P. aún relativa es tributario de vía abdominal, como así trata la D.C.P. en presentación pélvica y feto único.

- 3). Toda indicación obstétrica deberá regirse por la norma de que solo se dará prueba vaginal a los fetos en presentación cefálica, con D.C.P. relativa.

ANESTESIA

	D.C.P.	Sin D.C.P.	Placas sin medir
Saddle Block	11	28	22
	13	28	22
General	1	1	1
	1	1	1
Sin anestesia	1	9	12
	1	9	14

- 1). Creemos que el Saddle Block es la anestesia adecuada para el manejo del parto gemelar.

TIPO DE PARTO

	Con D. C.P.		Sin D.C.P.		Placas sin medir	
	I	II	I	II	I	II
Cesárea	6	8	2	2	1	1
Fórceps	5	4	10	6	15	4
Asistido	1	1	6	2	4	3
Extracción pélvica	0	0	12	15	3	16
Versión - interna y E. pélvica	0	0	0	5	0	4
Espontáneo	32	2	7	8	10	3

- 1). Llama la atención la cesárea en segundo gemelo, una demostración clara de que en casos en que el primer gemelo ha sido expulsado espontáneamente y existe distocia del segundo, debe descontarse la posibilidad de D.C.P. antes de cualquier manobra.

DURACION DEL PARTO

I PERIODO

	D.C.P.	Sin D.C.P.	Placas sin medir
0-6 Hs	5	16	23
6-12 Hs	4	14	8
+12 Hs	1	5	1

II PERIODO

0-30'	6	32	28
30-60'	3	2	1
+60'	1	1	2

DURACION DE LOS PERIODOS

No hay grandes diferencias con respecto a duración normal de los primeros y segundos períodos del parto. Cabe destacar una duración de más de una hora en un segundo gemelo en quien se comprobó D.C.P.A., después de la salida del primer gemelo.

CONDICION RECIEN NACIDO

		D.C.P.	Sin D.C.P.	Placas sin medir
Resucitación	1	—	2	4
	2	—	2	6
Obito	1	—	1	—
	2	1	1	—
S.I.R.	1	—	1	2
	2	—	1	2
Anemia	1	—	1	1
	2	—	1	1
Circular del cordón	1	—	—	—
	2	1	—	1
+ Post par- tum.	1	—	—	3
	2	—	1	4
Enfermedad Hemolítica	1	—	2	1
	2	—	3	—
Ictericia R. N.	1	—	1	1
	2	—	1	1
Prolapso cor- dón. Suf. fetal.	1	—	—	1
	2	—	1	—
Bronconeu- monia.	1	—	—	—
	2	—	—	1

- 1). Las alteraciones del recién nacido no fueron inculpables a la D.C.P.
- 2). Los trastornos en el recién nacido se presentan con mayor incidencia en los casos en los cuales las placas radiográficas no fueron medidas por las razones antes apuntadas. Ello hace pensar que en algunos de esos casos la D.C.P. no fue detectada.

A P G A R

		D.C.P.	Sin D.C.P.	Placas sin medir
0	I	—	1	—
	II	1	1	—
3	I	—	—	1
	II	—	—	1
5	I	—	—	—
	II	—	—	1
6	I	—	1	2
	II	—	1	—
7	I	—	1	2
	II	—	1	3
8	I	—	—	1
	II	—	1	5
9	I	—	1	—
	II	—	1	—
10	I	15	33	26
	II	14	32	22

- 1). Se nota como dato fundamental el aumento de Apgar 10 en los casos de D.C.P. Ello se explica por que al haberse estudiado y aumentar la cesárea en D.C.P., la morbilidad fetal disminuye.
- 2). En las placas sin medir, el incremento del Apgar bajo, es notorio.

PESO DE LOS PRODUCTOS

		D.C.P.	Sin D.C.P.	Placas sin medir
— 2500	I	6	17	21
	II	8	17	21
2501-	I	9	14	9
3000	II	7	16	8
3001	I	—	5	3
3500	II	—	4	4
+ 3500-	I	—	1	—
	II	—	—	—

- 1). El peso del feto no tiene relación con la posibilidad de D.C.P.
- 2). Hay casos de D.C.P. tanto en productos menores de 2500 grs. como entre 2500 y 3000.

PERIMETROS CEFALICOS

		D.C.P.	Sin D.C.P.	Placas sin medir
29	I	0	0	0
	II	0	2	0
30	I	0	2	4
	II	0	3	2
31	I	1	3	0
	II	0	2	3
32	I	3	7	5
	II	0	4	6
33	I	4	8	12
	II	7	9	5
34	I	2	10	7
	II	4	14	10
35	I	3	4	3
	II	3	2	4
36	I	1	2	2
	II	1	0	1
37	I	1	0	0
	II	0	0	0

- 1). Dato importante es que el mayor número de casos de gemelalidad, el perímetro cefálico oscila entre 33 y 34 cms., y en menor frecuencia de 35 cms.
- 2). Se presenta D.C.P. tanto en perímetros de 33 cms. como de 34 cms.
- 3). Véase la importancia de la céfalo-pelvigrafía, por cuanto en el mayor número de casos el factor de la D.C.P. es materno.

COMENTARIO FINAL

Al presente, podemos afirmar que nada o casi nada se ha escrito sobre la Desproporción Céfalo Pelviana (D.C.P.) en el embarazo múltiple. En los libros de texto clásicos, se insiste ampliamente en el diagnóstico, evaluación, conducta y pronóstico materno fetal, sin mencionar la posibilidad de partos distócicos por D.C.P. Afirma nuestro pensamiento, la conducta ecléctica aconsejada por los clásicos para la atención del embarazo gemelar. En cuanto a la utilidad de la radiografía, ellos han insistido en tomar placas A.P. y Lateral, con el fin de confirmar el diagnóstico y determinar con exactitud las variantes de actitud, situación, presentación y posición de los fetos. Esto quiere decir que la conducta radiológica nunca ha sido orientada a valorar la D.C.P. en el embarazo múltiple. Ahondando en los estudios realizados en el Instituto Materno Infantil Carit, sobre el tema de D.C.P. y especialmente convencidos en la disparidad que existe entre talla, peso y perímetro cefálico, hemos llegado a la conclusión de que existe la D.C.P. en el Embarazo Gemelar. Este hecho fue

comprobado inicial y afortunadamente, en la distocia de un segundo gemelo en Presentación Cefálica, que tuvo un período expulsivo de más de 60' con contractilidad uterina normal, y en que antes de indicar una conducta para la finalización del parto, se procedió a la Valoración radiocefalopelvométrica del caso. Esta valoración nos demostró que se trataba de una D.C.P. absoluta. A partir de este caso, se decidió establecer la siguiente conducta del embarazo gemelar próximo al parto: Toma de radiografías A.P. y Laterales con el objeto primordial de establecer una relación céfalo pélvica de cada uno de los fetos. Quiere decir esto, que las cabezas de los fetos deben ser relacionadas con la capacidad de la pelvis en sus estrechos superior y medio. En el Instituto Materno Infantil Carit, usamos para esta valoración, el método del índice céfalo pélvico, que permite establecer el volumen céfálico y los volúmenes del estrecho superior y medio de la pelvis. En el caso de que se compruebe la D.C.P., la conducta se seguirá como si se tratara de feto único. Creemos que antes de realizar cualquier maniobra obstétrica, máxime si existiera alguna distocia, debe tenerse la seguridad que no existe D.C.P. Para ello debemos firmemente desechar la conducta expectante y decidir disciplinadamente una actitud más activa como la que nosotros recomendamos. Creemos que siempre que sigan las normas antes mencionadas, estaremos seguros de poder brindar seguridad a la madre y bienestar a los futuros hijos. Principal objetivo de la obstetricia moderna.

RESUMEN

- 1). Se analizaron 84 casos de Embarazo Gemelar con radiocefalopelvigrafas.
- 2). De éstos, 15 casos presentaron D.C.P. relativa o absoluta.
- 3). Se observó D.C.P. a partir de las 36 semanas de gestación.
- 4). Debe tomarse en cuenta los casos que tienen Historia de Parto Distócicos.
- 5). El mayor número de D.C.P. se presenta en el Estrecho Medio tanto en primero, como en segundo gemelo.
- 6). La D.C.P. en la mayoría de los casos, es de causa materna; Ello es debido a que los perímetros céfálicos promedios en gemelaridad son menores (33 a 34) que aquellos de Embarazo de feto único (34 a 35).
- 7). Las presentaciones fetales no modifican la incidencia de la D.C.P. Esta puede presentarse en cualquier caso de embarazo gemelar.
- 8). La anestesia regional fue la de preferencia en nuestro trabajo.
- 9). La mitad del número de casos con D.C.P. se resolvió por Cesárea.
- 10). Un caso presentó segundo período del parto prolongado (más de 60 minutos) en segundo gemelo, razón por la cual se sospechó y comprobó la D.C.P. en dicho gemelo.
- 11). La morbilidad del recién nacido, no puede inculparse a la D.C.P.
- 12). El Apgar 10 está en relación con la conducta adecuada en el momento del parto.
- 13). De los 30 gemelos de los casos con D.C.P., 14 pesaron menos de 2.500 gramos.
- 14). Los perímetros céfálicos promedios de los casos con D.C.P. oscilaron entre 33 y 34 cms.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—GREEN HILL F.P. M.D., 2ª Edición, Capítulo XXXII Pág. 555.
- 2.—LEON JUAN., Tomo II, Pág. 259.
- 3.—MEYER ROBERT., 2ª Edición, Pág. 197.
- 4.—MORAGUES BERNAT J., VII Edición, Capítulo XLIX., Inciso II, Pág. 500.
- 5.—TERAN V., - Aspectos clínicos de la desproporción céfalo-pélvica. V Congreso Mexicano de Obstetricia y Ginecología, Junio 1967.
- 6.—TERAN V., ARANDA M., BRICEÑO B., CHAVES Q. y TERAN T. Índice Céfalo-pélvico en la presentación podálica. Revista de la FCASOG N° 2 - 1961.
- 7.—TERAN V., R. A. BRICEÑO B., J. J. CHAVES Q., M. TERAN T., C. SERAVALLI J., Y SR. H. GONZALEZ. La Presentación Pelviana-. Su Tratamiento. Revista de la FCASOG N° 1. Volumen IX, 1969.
- 8.—WILLIAMS., 2ª Edición en español., Pág. 629, Capítulo XXV.