

Distocia por Disectasia no orgánica del Cuello Uterino

Estudio fiso-patológico y clínico, con comentario sobre los diversos procedimientos médico obstétricos empleados hasta ahora y su valor frente a la analgesia caudal continua

ANDRES VESALIO GUZMAN
(Phar L.M.B.M.D., (Canadá))

Asistente en el Departamento de Medicina,
Hospital San Juan de Dios, San José.

Tesis presentada para merecer la posición
de Asistente en el Departamento de Cirugía
General del mismo Hospital.

El presente trabajo tiene por objeto abordar el problema de la distocia del cuello uterino durante el trabajo del parto, cuando esta última no está relacionada a causas orgánicas; y hacer la relación de la misma con el estudio de los elementos nerviosos del útero y del cuello.

En segundo lugar, me propongo hacer la crítica de los tratamientos puramente médicos de esta distocia, que llamaré funcional, para entrar luego a hablar de los casos obstétricos que presento, así como de la razón que he tenido para emplear en el tratamiento de los mismos la anestesia o analgesia caudal continua.

Sabido es que la mayoría de los autores dividen la disectasia cervical (dificultad de la dilatación del cuello uterino durante el trabajo del parto), en dos grupos: el primero debido a alteraciones en el tejido mismo, —disectasia o rigidez orgánica— y el segundo, no debido a alteraciones tisulares y que algunos dividen en rigidez espasmódica y edematosa. Esto, para no hablar de otras clasificaciones que no vienen al caso. Nos ocuparemos únicamente de la distocia de dilatación debida a causas no orgánicas.

Esta forma no orgánica de rigidez cervical es la que con mayor frecuencia impide la progresión del trabajo del parto en una mujer que por lo demás es normal y que ha soportado un embarazo normal. Es el caso frecuente en las presentaciones de

vértice posterior en una parturienta de tejidos ~~maternos~~ presentación fuera más favorable, quizás la evolución del trabajo del parto sería más rápida y la dilatación más favorable. El útero se irrita: al comienzo parece enfadarse, para luego aperezarse. Las contracciones son irregulares en frecuencia, dolor y potencia; es decir, a veces muy seguidas; otras, muy distantes, muy dolorosas, pero de poca duración. El borramiento se efectúa, pero el cuello no dilata. El tacto nos muestra un cuello delgado, tenso y doloroso. La paciente sufre y se inquieta por la duración excesiva del parto y del dolor que lo acompaña, sin ver resultado.

Este estado puede, con todo, ceder bruscamente y la dilatación llevarse a cabo, sea espontáneamente o ayudada por algún tratamiento médico a base de sedantes. Pero algunas veces puede conducir a su agravación: las contracciones provocan la ruptura de las membranas; el cuello sufre un espesamiento en su borde y se forma el edema, que puede luego generalizarse.

Varias eventualidades pueden ocurrir cuando un cuello llega a este estado: puede ceder por un desgarro y la parte presentante pasa bien. En segundo lugar, el útero se fatiga de contraerse en vano y se vuelve inerte: inercia secundaria, con sus correspondientes peligros. Una tercera eventualidad es la ruptura del segmento inferior.

La causa más frecuente de esta distocia es la falta de entendimiento y sincronización entre el cuello y el cuerpo uterino; la contracción uterina se efectúa más el cuello no cede. El trabajo ha comenzado mal y lo mejor es detenerlo, para que recomience en forma regular.

Para abordar la fisio-patología del cuello uterino durante el trabajo del parto y poder aplicar y seleccionar el tratamiento adecuado, es necesario conocer las relaciones de función entre ambas partes del útero.

Estudio neurológico del útero:

El útero deriva su inervación extrínseca de tres fuentes:

1.—Fibras motoras; Procedentes de los ganglios simpáticos torácicos superiores, pasan por el plexo aórtico y el ganglio celíaco, recibiendo refuerzos de los ganglios renal y genital. Todas reunidas, estas fibras acompañan a los vasos hipogástricos, siguen con las arterias uterinas y llegan al gran ganglio cervical

de Frankenhauser. Desde aquí, todas las fibras pasan directamente al músculo liso del útero.

2.—Fibras sensitivas:

Que son aferentes viscerales especiales y cursan con los ganglios del onceavo y doceavo nervios dorsales y sinapsan en los ganglios de las raíces posteriores de esos mismos nervios.

3.—Las fibras sensitivas y motoras del segmento inferior, el cuello y el canal del alumbramiento, se encuentran en los plexos simpáticos y parasimpáticos, comunicando con el segundo, tercero y cuarto nervios sacros. La evidencia clínica demuestra que las fibras motoras para el cuerpo uterino, salen de la médula espinal a niveles por sobre el décimo nervio torácico. Las fibras eferentes viscerales que se cree dirigen la motricidad del músculo longitudinal del segmento inferior y las fibras circulares del cuello uterino y que posiblemente inhiben el resto del útero, cursan a través de los nervios pélvicos parasimpáticos.

El estudio clínico demuestra:

1.—Que el bloqueo de las raíces nerviosas sacrales elimina el dolor de la distensión del canal del alumbramiento; paraliza los músculos del periné y elimina en tono del músculo liso del cuello uterino.

2.—Que extendiendo el bloqueo hasta incluir la onceava raíz torácica, se elimina el dolor de las contracciones uterinas sin aminorar su fuerza.

Criterio clínico y selección del tratamiento:

Hemos observado que la gran mayoría de disectasias no orgánicas del cuello uterino ocurren en primigestas de un temperamento hiperemotivo al que se suma, la mayoría de las veces, una presentación de vértice posterior. La ruptura prematura de la bolsa de agua puede también, por sí sola, o en compañía de los otros factores, formar la distocia. En las primigestas de edad avanzada se puede observar un cuadro similar. En

las presentaciones de vértice en las que el trabajo del parto ha comenzado antes del encajamiento y en que este al fin no se logra y el trabajo se prolonga durante horas.

Cuál ha sido nuestro criterio terapéutico?

Hablamos de aquellos casos en que únicamente el cuello indilatable es la causa de distocia.

En primer lugar, si la presentación es buena, si está encajada o por lo menos bien insinuada, la ruptura artificial de la bolsa de aguas permite que en la parte presentante descienda más y ejerza sobre el cuello un efecto mecánico constante y homogéneo que lo haga dilatarse.

Cuando consideramos que una terapéutica más conservadora se hace necesaria; cuando los dolores de contracción son muy fuertes, muy seguidos o han perdido su ritmo normal, creemos que la terapia sedante es la que priva. Nuestra conducta frente a estos casos es administrar, por la vía intramuscular o subcutánea un centigramo de sulfato de morfina con medio miligramo de sulfato de atropina. La parturienta entra, en un lapso relativamente corto, en un estado de quietud, tranquilidad y reposo físico y mental que contrastan con su estado anterior; puede dormir entre contracciones, cuyos dolores serán más débiles. Este alivio se prolonga por una o dos horas y en la mayoría de los casos veremos, al cabo de este tiempo de reposo, que la presentación ha encajado y descendido mejor; que el cuello uterino ya ha dilatado para permitir la expulsión.

Hemos usado también el Demerol por la vía intramuscular, a la dosis de 100 mgms., repetido cada hora si es necesario y combinado a la escopolamina. En los pocos casos en que esta forma de terapia ha sido usada, el resultado ha sido muy satisfactorio.

Quizás los barbitúricos, asociados a la escopolamina, han tenido mejor prueba, en un mayor número de casos. Hemos usado con preferencia el Seconal sódico combinado a la escopolamina, dando una dosis inicial de 0,20 Gm. y al mismo tiempo una dosis intramuscular de 0,00065 Gm., de escopolamina, repetibles, el seconal, a intervalos de dos horas a la dosis de 0,10 y la escopolamina a la misma dosis inicial.

Podemos decir, sin embargo, que de estos tres procedimientos usados en nuestros casos de disectasia cervical durante el trabajo del parto, es la morfina, asociada a la atropina, la que mejor resultado nos ha dado, debido a su rapidez de acción como antiespasmódico, y como hipno-analgésico, sin haber observado efectos secundarios nocivos para el niño ni para la madre, ni mucho menos para el progreso normal del parto.

Discutidos estos procedimientos anteriores, paso ahora a considerar un cuarto, que hemos usado en cinco casos de disectasia cervical en donde uno o más de los procedimientos anteriores han resultado mediocres o no han surtido del todo efecto. Me refiero al uso de la analgesia caudal continua con metacaína, al uno y medio (1,5%) por ciento. Hemos venido usándola desde 1944 como resultados halagüeños, reporte que hiciera personalmente al Centro de Estudios Médicos del Hospital San Juan de Dios en 1945. Del número de casos tratados por este procedimiento, extraigo estos cinco, en que la indicación de la analgesia caudal continua fué justamente la rigidez no orgánica del cuello uterino.

El procedimiento en cuestión fue aplicado a esas pacientes cuando el trabajo de parto estaba bien avanzado (cuatro de las pacientes eran primigestas y la quinta secundigesta). La bolsa de aguas había roto prematuramente en dos. La dilatación del cuello uterino osciló, al momento de aplicar la analgesia, entre dos centímetros y dilatación semi-completa; el aspecto y consistencia cervicales que privaron era de borramiento en curso o completo, con espesamiento del borde en cuatro e infiltración edematosa moderada en uno. La duración del procedimiento analgésico osciló entre una y tres horas y la cantidad de metacaína inyectada de 30 a 150 c.c. El parto, en sus etapas subsiguientes, tuvo feliz terminación, sin rasgadura apreciable del cuello uterino ni de las otras partes y los cinco niños nacieron bien.

Tres de los casos, primigestas todas, habían recibido premedicación de prueba, dos de ellos con morfina y atropina y el otro con seconal-escopolamina, sin dar resultado dentro de un tiempo prudencial, por lo que se recurrió al último procedimiento que ahora nos ocupa.

Como actúa la analgesia caudal continua sobre una rigidez no orgánica del cuello uterino?

Tendremos que explicarnos bajo dos aspectos. En el primero, es natural que al eliminarse los dolores de contracción por efecto del analgésico, vuelva cierto equilibrio nervioso a la paciente, que se sentirá aliviada y descansada y que podrá dormir; lo cual es equivalente casi a un procedimiento sedante, como los que fueron descritos. En segundo lugar, la analgesia caudal, aparte de suprimir los dolores del parto, tiene acción decidida sobre todo el sistema nervioso pélvico, lumbar y torácico si se quiere, según el nivel que se le dé; efecto por igual, sobre los sistemas simpático y parasimpático que regulan, en forma normalmente equilibrada, el funcionamiento de los órganos genitales internos.

Consideremos la dosis inicial de 30 cc. de solución anestésica como óptima en todos los casos, debido a que alcanza un nivel hasta el onceavo segmento dorsal. (Cómo actúa el analgésico?)

- 1º—Sabido es que las fibras especiales aferentes del dolor uterino, cervical, vaginal y vesical, son independientes del sistema autónomo y remontan de estos órganos cursando a través de los plexos pélvico, hipogástrico y aórtico, para luego entrar a la médula espinal después de sinapsar con los ganglios espinales de los nervios dorsales onceavo y doceavo. La cantidad de solución anestésica inyectada cubre suficientemente este nivel y bloquea las fibras del dolor, con lo cual, este último queda eliminado en un lapso entre uno y quince minutos.
- 2º—Las fibras motoras del útero son autónomas y se componen de elementos simpáticos y parasimpáticos eferentes. La división simpática se compone de fibras que dejan la médula espinal a niveles sobre el décimo nervio torácico, para cursar luego a lo largo de los plexos aórtico, hipogástrico y pélvico. Se demuestra en esta forma que la solución anestésica, que tiene como nivel superior el onceavo nervio dorsal, no bloquea estas fibras motoras al útero, cuyo origen es superior.
- 3º—Las fibras sensitivas del cuello uterino y del aspecto supe-

rior de la vagina, cursan con los nervios parasimpáticos sacrales, pero no pertenecen al sistema autónomo. La solución anestésica bloquea estas ramas dentro del espacio epidural del sacro y elimina el dolor de la dilatación cervical y distensión de la parte superior de la vagina.

4º—Las fibras sensitivas y motoras del aspecto inferior de la vagina, periné y el piso de la pelvis, cursan con los nervios somáticos perineal y pudendo y su bloqueo se alcanza en el espacio peridural sacro.

5º—La distribución nerviosa que nos interesa directamente y que se relaciona con el fenómeno fisiopatológico de la dilatación del cuello uterino, corresponde a las fibras eferentes viscerales que envían el impulso motor al músculo longitudinal del segmento inferior y a las fibras circulares del cuello uterino. Estas fibras cursan a lo largo de los nervios pélvicos parasimpáticos. La solución anestésica bloquea la comunicación de estos últimos por la vía epidural sacra.

Al bloquear estos nervios el impulso motor que imprime tono fisiológico al segmento inferior y al cuello uterino, desaparece, y como consecuencia, viene el relajamiento de los mismos. El cuello uterino se relaja y se dilata, en ausencia de dolor y con la permanencia de las contracciones normales del útero. La placenta previa es la única contraindicación para que este procedimiento sea aplicado.

Dejo en esta forma demostrada la razón fisiopatológica del tratamiento de la rigidez o disectasia del cuello uterino, durante el trabajo del parto, por medio de la analgesia caudal continua.

BIBLIOGRAFIA

De Lee, Joseph B.; *The Principles and Practices of Obstetrics*.
— 7th Ed. 1938.

Stander, H. J.; *Williams Obstetrics*, 8th Ed. 1941.

Metzger, Marcel; *L'Accoucheur Moderne, Précis d' Obstétrique*.
Deux. Ed. 1936.

Doderlein, Prof. Dr. A.; *Tratado de Obstetricia*, II ed. 1938.

Fabre; *Précis d' Obstétrique*, Octava Ed. 1941.

Recasens, S.; *Tratado de Obstetricia*, VI, Ed. 1932.

Lull and Hingson; *Control of Pain in Childbirth*. II ed. 1945.