

DISTOCIA POR ANOMALÍAS DEL CANAL DEL PARTO

DISTOCIA POR ANOMALÍAS DE LA PARTE ÓSEA

Distocia en pelvis con

Morfología normal

Reducción de los diámetros
del estrecho superior

Reducción de los diámetros del estrecho medio

Reducción de los diámetros
del estrecho inferior

Combinación de las anteriores

Distocia en pelvis con

morfología anormal

Anomalías de la columna

Anomalías de las extremidades inferiores

Anomalías propias de la pelvis

DISTOCIA POR ANOMALÍAS DE LA PARTE BLANDA

Útero

Malformaciones congénitas

Malposiciones uterinas

Prolapso

Tumores

Cuello

Distocia cervical primaria

Distocia cervical secundaria

Vagina

Malformaciones congénitas

Cirugía vaginal previa

Tumores

Vulva

Edema

Lesiones infecciosas

Tumores

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

La integridad anatómica y funcional de las estructuras que componen el canal del parto es indispensable para el progreso normal del nacimiento. Las distocias por anomalías del canal del parto se dividen en: distocia por anomalías de la parte ósea y por anomalías de la parte blanda.

DISTOCIA POR ANOMALÍAS DE LA PARTE ÓSEA

La pelvis ósea constituye la parte más importante del canal del parto y está formada por la unión de cuatro huesos: el sacro, el coxis y los dos ilíacos. El ilíaco es producto de la fusión del ilium, el isquión y el pubis (fig. 8-1).

Para su estudio se divide en tres estrechos: superior, medio e inferior; cada uno de ellos con varios diámetros, siendo los más importantes los anteriores, posteriores y transversos. Los valores normales de estos diámetros, cuando se practica la radiopelvimetría por la técnica de Snow y Lewis, se pueden apreciar en el capítulo 8. Para que ocurra el mecanismo normal del parto el feto debe oponer sus diámetros menores a los diámetros mayores de la pelvis

Cualquier disminución de los valores normales es capaz de condicionar una distocia. En ocasiones, en un estrecho determinado puede haber reducción de uno de los diámetros que se puede compensar con un aumento del otro diámetro; de tal manera que, el área de la pelvis se mantiene normal y el parto vaginal es posible. También puede ocurrir que los diámetros sean normales, pero el diámetro fetal sea mayor de lo normal, como ocurre con los fetos voluminosos. En esta eventualidad no se puede hablar de estrechez pélvica, sino de desproporción feto-pélvica (Morgan et al, 1986). Por otra parte, cualquier alteración de la morfología de la pelvis puede producir una alteración de su capacidad y ocasionar distocia. Las distocias por anomalías de la parte ósea se dividen en: distocia en pelvis con morfología normal y distocia en pelvis con morfología anormal.

Distocia en pelvis con morfología normal

Existen pelvis aparentemente normales, pero por tener disminución de los diámetros son capaces de provocar distocia. La confirmación del diagnóstico se debe hacer mediante la evaluación de la pelvis materna por cualquiera de los métodos descritos en el capítulo 8.

Según el nivel donde se encuentre la reducción de los diámetros, existen los siguientes tipos.

Reducción de los diámetros del estrecho superior.

Es el tipo más frecuente. Se considera que el estrecho superior es reducido, cuando el diámetro antero-posterior es menor de 10,5 cm y el transversal de 11,5 cm (Mengert, 1948). Existen varias manifestaciones clínicas durante el curso de la gestación que hacen sospechar una desproporción en el estrecho superior, la de mayor significación es la presencia de una presentación móvil, no encajada, en una primigesta con embarazo a término.

Se ha observado que las presentaciones de cara y de hombro son tres veces más frecuentes y el prolapso del cordón umbilical es seis veces más frecuente cuando hay reducción de los diámetros del estrecho superior, por lo que la presencia de una presentación viciosa, en ausencia de otras causas que la expliquen, debe hacer sospechar de estrechez a este nivel (Critchlow et al, 1994).

Durante el parto se puede notar la falta de encajamiento, una dilatación que progresa lentamente y que no suele ser mayor de 5 cm, y moldeamiento de la cabeza fetal con una gran bolsa serosanguínea. En casos severos que se dejan evolucionar puede haber ruptura uterina, infección intraparto y trauma fetal.

En gestantes con un diámetro antero-posterior menor de 9 cm, diagnosticado antes del inicio del trabajo de parto, se debe practicar una cesárea porque el pronóstico del parto vaginal es malo. Mientras que en el grupo de embarazadas con pelvis límite, que son las que tienen el diámetro antero-posterior alrededor de 10 cm, el pronóstico está influenciado por las variables que se señalan a continuación.

1. Tipo de presentación.
2. Tamaño y peso fetal.
3. Configuración de la pelvis.
4. Frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas.
5. Modificación cervical durante el trabajo de parto.
6. Asinclitismo y moldeamiento de la cabeza fetal.
7. Características del trabajo de parto anterior.

8. Alteración de la perfusión útero-placentaria.
9. Peso de fetos anteriores.

En estos casos se puede permitir la oportunidad de parto vaginal con vigilancia del progreso del descenso y la dilatación durante el trabajo de parto.

Reducción de los diámetros del estrecho medio. Se considera que el estrecho medio es reducido, cuando la suma del diámetro sagital posterior y del diámetro biciático es igual o menor de 13,5 cm (Chen and Huang, 1982). Durante el embarazo no hay signos que hagan sospechar en estrechez a este nivel y sólo mediante un tacto vaginal hecho a término se pueden notar unas espinas ciáticas prominentes. Durante el parto la distocia se manifiesta por detención del móvil a nivel del segundo plano de Hodge y al tacto se palpa una cabeza forrada por las paredes vaginales.

La aplicación de fórceps se acompaña de una alta morbilidad materno-fetal porque muchas veces se aplica el instrumento con la creencia de que la parte que se presenta está en tercero o cuarto plano de Hodge, cuando en verdad es la bolsa serosanguínea la que está a ese nivel. Cuando la cabeza está en occipito-posterior se puede intentar la rotación digital para colocar la cabeza fetal en un diámetro más favorable para el descenso; si esta medida falla, lo más correcto es practicar una cesárea.

No se deben usar oxitócicos para aumentar la contractilidad uterina, ni tampoco realizar presión sobre el fondo del útero porque se pueden favorecer las lesiones fetales. En caso de utilizar la ventosa obstétrica, la cabeza debe pasar el estrecho medio antes de ser aplicada (ver cap. 43).

Reducción de los diámetros del estrecho inferior.

Se considera que el estrecho inferior es reducido cuando el diámetro antero-posterior es menor de 11 cm y el transversal (bisiático) de 8 cm. Es la estrechez menos frecuente con una incidencia de 1/1 400 nulíparas (Floberg et al, 1987). No hay signos durante el embarazo que hagan sospechar su presencia, sólo el tacto vaginal hecho a término puede mostrar un ángulo subpúbico cerrado.

Cuando la estrechez es importante está indicada la cesárea, de lo contrario se puede permitir el parto vaginal. El efecto sólo se manifiesta al momento de la expulsión porque el arco subpúbico cerrado altera el

mecanismo de extensión de la cabeza y es empujada hacia la zona perineal. Generalmente la expulsión es prolongada y si el médico no se percata del problema y no realiza una episiotomía adecuada, puede ocurrir un desgarro extenso del periné con compromiso o no del esfínter anal y/o de la mucosa rectal. La conducta es la aplicación profiláctica de fórceps para evitar la expulsión prolongada, la tracción se debe hacer hacia afuera y abajo para vencer el obstáculo del ángulo subpúbico y la episiotomía debe ser amplia.

Combinación de las anteriores. La reducción de los diámetros de la pelvis se puede presentar en forma aislada; sin embargo, las combinaciones son más frecuentes lo que agrava el pronóstico del parto y, en la mayoría de los casos, es necesario practicar una cesárea.

Distocia en pelvis con morfología anormal

La pelvis puede ser anormal por las siguientes causas.

Anomalías de la columna. Las anomalías de la columna tipo lordosis, cifosis y escoliosis que aparecen al momento del nacimiento o se desarrollan durante el crecimiento, tienden a producir deformidades secundarias de la pelvis; así son posibles pelvis lordóticas, cifóticas, escolióticas y combinaciones de las mismas: cifoescolióticas, cifolordóticas, etc. Estas últimas son las más frecuentes porque la mayoría de las deformidades a este nivel tienden a acompañarse de deformidades compensatorias a nivel lumbar. Sólo cuando estos cambios son pronunciados es que son capaces de producir anomalías de la pelvis que ocasionen distocia.

Anomalías de las extremidades inferiores.

Cuando existen anomalías tipo dislocación uni o bila-teral de caderas, coxitis, fracturas mal consolidadas, poliometritis, etc. con trastornos importantes de la marcha se pueden producir anomalías de la pelvis que ocasionan distocia al momento del parto. Gracias a los avances médicos en la prevención de enfermedades como la polio y el desarrollo de mejores medidas ortopédicas estas anomalías son cada vez más raras.

Anomalías propias de la pelvis. Éstas son también cada día más raras. Algunas de ellas son: la pelvis de **Robert**, que se produce por osteoartritis de ambas articulaciones sacroilíacas; la pelvis de **Litzmann**, en la que hay ausencia del sacro; la pelvis de **Naegele**, que se produce por procesos inflamatorios

de una de las articulaciones sacroilíacas, etc. Generalmente, la deformidad es severa y el parto vaginal imposible.

Las fracturas bilaterales de la pelvis a nivel de las ramas púbicas son las más frecuentes de este grupo y la causa más común son los accidentes automovilísticos. Después de la fractura se puede formar un callo óseo que compromete el canal del parto y puede ocasionar distocia (Speer and Peltier, 1972).

DISTOCIA POR ANOMALÍAS DE LA PARTE BLANDA

Útero

Malformaciones congénitas. De las anomalías congénitas en las que puede ocurrir el embarazo, la que con mayor frecuencia presenta alteraciones en el desarrollo fetal es el útero unicorne. Sólo el 40% de los embarazos que ocurren en mujeres con esta malformación tienen sobrevivida fetal y la tasa de abortos, partos pretérminos y presentación podálica es muy alta, por lo que la cesárea es frecuente (Heinonen, 1983). Cuando el embarazo ocurre en el cuerno uterino rudimentario suele ocurrir ruptura uterina en etapas precoces de la gestación debido al poco desarrollo de la pared uterina. El cuadro clínico es similar a del embarazo extrauterino y muchos consideran a esta entidad como un embarazo ectópico (Holden and Hart, 1983). Cuando el embarazo ocurre en el cuerno bien desarrollado de un útero bicorne, didelfo o tabicado, el parto suele ser pretérminos; por tanto, existe aumento de las presentaciones viciosas y, en ocasiones, el cuerno no grávido puede ser un obstáculo en el desarrollo del parto.

Malposiciones uterinas. Cuando el útero está muy desplazado hacia adelante se produce el llamado abdomen péndulo. Es una complicación de la multipara que puede ocasionar distocia a término porque, en esta posición, el polo de presentación fetal no se orienta en el sentido del eje de la pelvis, ocasionando trastornos de la maduración y dilatación cervical que favorece las anomalías de posición (fig. 38-1). En estos casos es recomendable el uso de fajas durante el embarazo para evitar el desplazamiento anterior del útero.



Figura 38-1.
Abdomen péndulo.

Sólo la retrodesviación forzada con adherencias fuertes que no permitan la movilización del fondo uterino, es capaz de causar aborto y parto pretérmino. En estos casos, la fijación del útero en el fondo de saco de Douglas impide que, con el progreso de la gestación, se dirija hacia el abdomen; de tal forma, que el crecimiento uterino se hace a expensas de su cara anterior, fenómeno conocido como saculación (fig. 38-2). Si el embarazo llega al término, durante el trabajo de parto el feto se coloca contra la pared uterina anterior y el cuello se dilata parcialmente, aunque la mayoría terminan en cesárea.

Prolapso. Debido a que el prolapso es generalmente una patología asociada a multiparidad, es infrecuente observar pacientes con prolapso grado III y embarazo; los pocos casos que ocurren suelen terminar en cesárea. Los casos de prolapso grado I y II pueden presentar distocia cervical cuando se acompañan de hipertrofia del cuello.

Tumores. En los úteros muy deformados por fibromas se puede producir distocia por anomalías de la contracción y presentaciones viciosas. Los subserosos rara vez ocasionan problemas; los intramurales pueden ocasionar distocia cuando son voluminosos, están situados en el segmento uterino inferior o cuello y se interponen entre la parte que se presenta y el canal del parto (fig. 38-3). Los submucosos grandes pueden obstruir el canal de parto y, si no se practica cesárea, la parte que se presenta puede empujar el tumor y ocasionar su desprendimiento (ACOG, 1994). Otros

tumores pélvicos, como los quistes de ovario gigantes, se pueden interponer entre la presentación y el canal de parto pero es una eventualidad rara; igual sucede con el riñón ectópico pélvico localizado en el fondo de saco de Douglas.

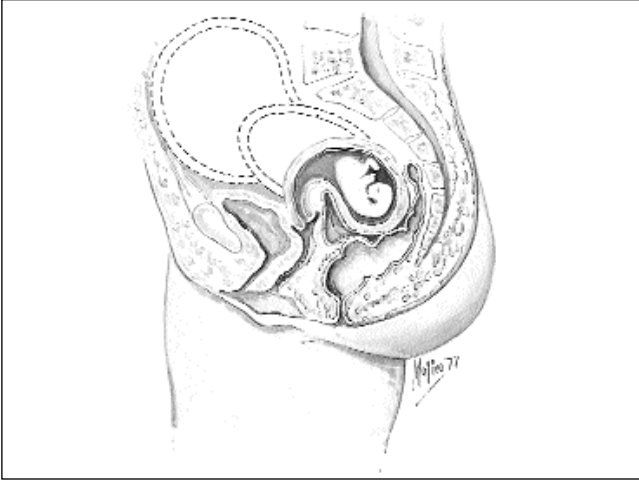


Figura 38-2. Saculación ocasionada por el crecimiento fetal en un útero fijo en retroflexión.

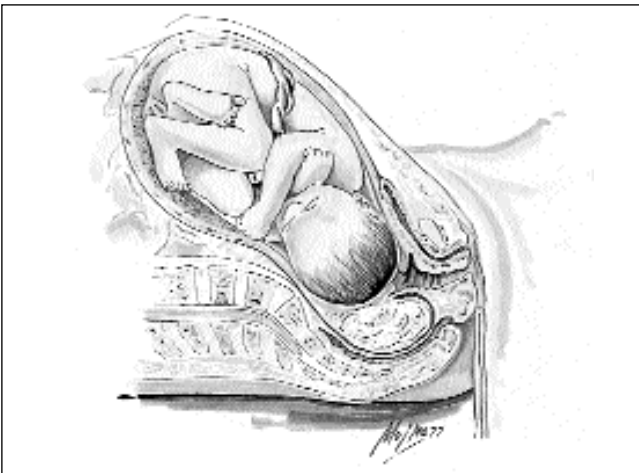


Figura 38-3. Fibroma intramural del segmento uterino inferior, localizado en el fondo de saco de Douglas, que condiciona una distocia.

Cuello

La distocia ocasionada por el cuello uterino se conoce con el nombre de distocia cervical. Este término se reserva para aquellos casos en los que la contracción es normal, hay buena formación del segmento y el parto puede ocurrir normalmente si no fuera por el

obstáculo mecánico que significa el cuello rígido. Desde el punto de vista clínico, las contracciones son normales y la distensión del cuello provoca dolor intenso en cada contracción, sobre todo en las caderas, que persiste aún entre contracciones. La distocia cervical se clasifica en primaria y secundaria.

Distocia cervical primaria. Se incluye bajo esta denominación cuando no existe el antecedente de lesiones. Algunas veces es debido a hipoplasia congénita del orificio interno del cuello; sin embargo, en la mayoría de los casos, no se encuentran alteraciones ni macro ni microscópicas que expliquen el problema.

Distocia cervical secundaria. Es cuando la falla del cuello para dilatarse es debida a lesiones o enfermedades del mismo. Es más frecuente en multíparas, con antecedente de desgarro cervical extenso en partos anteriores, cervicitis crónica, neoplasias y de intervenciones tales como conización, electrocoagulación, etc. La mayoría de los casos se deben resolver con cesárea, si el cuello no se dilata, aunque muchas de las pacientes con estos antecedentes tienen un parto vaginal normal.

Vagina

Malformaciones congénitas. Los casos de vagina doble con un septo longitudinal completo, generalmente se asocian con útero doble. El parto suele cursar sin problemas porque la hemivagina se distiende fácilmente. Cuando el septo es incompleto puede ocurrir distocia porque la banda de tejido impide el descenso de la cabeza. Si el caso se deja evolucionar, puede ocurrir desgarro del septo y continuar el descenso, aunque lo indicado es practicar la resección quirúrgica una vez hecho el diagnóstico.

Cuando existe un tabique vaginal transverso perforado puede ocurrir el embarazo; sin embargo, durante el parto puede ocasionar distocia si es resistente a la dilatación. Si no cede, las incisiones del septo en las horas 2, 6 y 10 permiten el descenso de la cabeza, aunque es preferible practicar una cesárea.

La atresia de vagina, bien sea congénita o adquirida por sustancias químicas irritantes o cirugía suele producir distocia por la resistencia que ofrece a la distensión. En estos casos es mejor practicar una cesárea porque puede ocurrir un estallido de vagina (Stassar et al, 1992).

Cirugía vaginal previa. Cuando la paciente tiene el antecedente de cura operatoria de prolapso, se debe practicar cesárea en forma electiva, no sólo porque la pérdida de la elasticidad de la vagina puede ser un obstáculo al descenso de la cabeza sino porque, si se permite el parto vaginal, se pierde el objeto primario de la operación y el prolapso puede reaparecer.

Tumores. Los quistes de Gartner muy rara vez ocasionan distocia porque no suelen adquirir gran tamaño y son muy elásticos. Los tumores sólidos como sarcomas, fibromas, carcinomas, etc. cuando adquieren gran volumen pueden ocasionar problemas. Cuando el parto es prolongado, puede ocurrir retención de orina con distensión de la vejiga que protruye hacia la vagina produciendo obstrucción. En estos casos, está indicado colocar una sonda vesical con lo que la presentación puede descender.

Vulva

Edema. En aquellas pacientes que presentan edema generalizado, así como en los casos de un período expulsivo prolongado o a las que se les practican tactos repetidos pueden presentar edema de la vulva que, en casos muy severos, puede hacer difícil la expulsión. Si no se tiene cuidado, pueden haber desgarros extensos y no son raras las complicaciones infecciosas de la episiotomía.

Lesiones infecciosas. De las infecciones de la vulva, las más frecuentes capaces de ocasionar distocia, son los abscesos de la glándula de Bartholino y el condiloma acuminado. Si ambas lesiones son extensas, y están en plena actividad está indicada la cesárea. En los casos de herpes genital activo, se debe practicar la cesárea, no porque sea capaz de ocasionar obstrucción al parto, sino por el peligro de contaminación fetal (ACOG, 1988) (ver cap. 31). De las otras enfermedades venéreas sólo el linfogranuloma y el granuloma inguinal, cuando están en una etapa avanzada, hacen el parto vaginal imposible por la magnitud de las lesiones vulvares.

Tumores. Los tumores de la vulva deben ser voluminosos y sólidos para que produzcan distocia (fibromas, sarcomas, carcinomas, etc.), los otros rara vez ocasionan problemas. Cuando el quiste de Bartholino no tiene un proceso infeccioso agudo, puede ser un problema cuando adquiere un gran volumen. La episiotomía se debe hacer en el lado opuesto al del quiste

y tener el cuidado en no romperlo. Lo ideal es practicar el tratamiento quirúrgico antes del parto una vez hecho el diagnóstico (Jones, 1991).

CONCLUSIONES

Para que ocurra el parto es necesaria la integridad del canal del parto. Las alteraciones de la pelvis ósea son las que con más frecuencia ocasionan distocia. La distocia puede ocurrir en pelvis con morfología normal donde puede haber problemas cuando los diámetros menores de la pelvis son reducidos. Esto se conoce con el nombre de estrechez pélvica que es diferente a la desproporción céfalo-pélvica, en el que los diámetros son normales pero el feto es voluminoso. Las distocias en pelvis con morfología anormal menos frecuentes y pueden ocurrir como consecuencia de anomalías de columna, extremidades inferiores y propias de la pelvis.

La distocia por anomalías de la parte blanda puede ocurrir por problemas de útero, cuello, vagina y vulva. Las primeras pueden ser por malformaciones congénitas, malposiciones uterinas, prolapso y tumores, de los cuales el más frecuente es el mioma. La mayoría de estos casos produce distocia porque favorecen las presentaciones viciosas.

La distocia cervical puede ser primaria o secundaria. La secundaria ocurre por enfermedades o lesiones del cuello, mientras que en la primera no existe el antecedente anterior. Las lesiones vaginales pueden ser por problemas congénitos, cirugía vaginal previa y tumores. Las lesiones vulvares capaces de producir distocia son el edema por tactos repetidos o expulsión prolongada, las lesiones infecciosas y los tumores.

REFERENCIAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. Perinatal herpes virus simplex infections. Washington: ACOG Technical Bulletin 1988; No. 122.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Uterine leiomyomata. Washington: ACOG Technical Bulletin, 1994; No. 142.
- Chen HY, Huang SC. Evaluation of midpelvic contraction. *Int Surg* 1982; 67(4 Suppl):516-20.
- Critchlow CW, Lee TL, Benedetti TJ, Daling JR. Risk factors and infant outcomes associated with umbilical cord prolapse: a population-based case control study among births in Washington state. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170(2):613-18.

- Floberg J, Belfrage P, Ohlsén H. Influence of pelvic outlet capacity on labor: a prospective pelvimetry study of 1429 unselected primiparas. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987; 62(2):121-6.
- Heinonen PK. Clinical implication of the unicornuate uterus with rudimentary horn. *Int J Gynaecol Obstet* 1983; 21(2):145-50.
- Holden R, Hart P. First-trimester rudimentary horn pregnancy: prerule ultrasound diagnosis. *Obstet Gynecol* 1983; 61(3 Suppl): 56S-58S.
- Jones WH III. Enfermedades benignas de vulva y vagina. En: Jones JH III, Wentz AC, Burnett LS, editores. *Tratado de ginecología de Novak*. México: Nueva Editorial Interamericana S.A., 1991.
- Mengert WF. Estimation of pelvic capacity. *JAMA* 1948; 138:169-70.
- Morgan MA, Thurnau GR, Fishburne JI Jr. The fetal-pelvic index as an indicator of fetal-pelvic disproportion: a preliminary report. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155(3):608-13.
- Speer DP, Peltier LF. Pelvic fractures and pregnancy. *J Trauma* 1972; 12(6)-80:474-80.
- Stassar JP, Nagel TC, Prem KA, Phipps WR. Uterus didelphus, obstructed hemivagina, and ipsilateral agenesis: the University of Minnesota experience. *Fertil Steril* 1992; 57:756-61.