

SITUACION TRANSVERSA FETAL

Dr. JOSE GORDILLO FERNANDEZ (*)

La situación transversa del feto es uno de los problemas obstétricos de mayor interés para juzgar su importancia baste señalar que la mortalidad fetal llega a ser un 49.2%, según la recopilación de 439 casos mencionada por Harris y Epperson. En la que respecta a mortalidad materna, asciende hasta el 9.2%, cifra expresada por Garber, Fayetteville y Ware.

Las cifras anteriores muestran pues el interés del tema que nos ocupa, pero además, siendo una circunstancia que, salvo en raras ocasiones, no se resuelve en forma espontánea, obliga al tocólogo a intervenir activamente. En esta intervención es donde los diversos criterios obstétricos entran en juego, ya que para alcanzar el único afán de salvar la vida fetal y preservar la materna, pueden seguirse diversos caminos; uno de ellos es la versión por maniobras internas que si bien con anterioridad fue el único medio usado para resolver el problema, conforme han ido perfeccionándose las técnicas quirúrgicas y los procedimientos anestésicos, así como por el empleo de la transfusión sanguínea y los antibióticos, ha cedido terreno progresivamente a la operación cesárea.

Disponemos pues, de dos medios para tratar la situación transversa fetal, siendo el criterio del obstetra el que elige en un momento dado entre uno u otro.

Es conveniente señalar que aun cuando algunos autores (2) piensan que la situación transversa es una de las complicaciones menos frecuentes del embarazo, en nuestro medio tiene una incidencia superior a la reportada por la generalidad de quienes se han ocupado del tema, lo que a su vez le da un mayor interés al mismo.

MATERIAL Y METODO

Este trabajo fue elaborado con el material del Centro Materno Infantil "Gral. Maximino Avila Camacho", habiéndose hecho una revisión desde febrero de 1946 hasta septiembre de 1962.

En este período encontramos 140 casos de situación transversa, de los cuales 120 eran gestaciones con producta único y 20 con embarazos gemelares.

(*) Jefe del Servicio de Gineco-obstetricia del C.M.I. "Gral. Máximo Avila Camacho". Prof. de la Escuela Nacional de Medicina de la U.N.A.M. México D.F.

Consideramos como situación trasversa del feto los casos en los cuales el eje mayor del cuerpo del producto se encuentra perpendicular u oblicuo (7,8 y 11) en relación con el eje corporal mayor de la madre. No usamos el término de presentación tranversa o presentación de hombro, en virtud de que tales denominaciones no corresponden a la clásicas definiciones obstétricas de presentación.

En los cuadros en que aparece la palabra CONTROL, se refiere a un índice que hemos obtenido de 1500 partos escogidos al azar en nuestra Maternidad, sobre el tema del cuadro en cuestión. Esto nos permite una mejor valoración de las cifras que se representan.

INCIDENCIA

En el período anteriormente señalado se atendieron en nuestra institución 22,670 partos, por lo que tenemos una frecuencia para la situación tranversa de 0.61% o sea un caso en cada 162 partos.

Considerando exclusivamente los embarazos con producto único, nuestra incidencia es de 0.53% o sea 1 por cada 188 partos. En esta forma podemos hacer una correcta comparación con las cifras de los cuatro últimos autores del cuadro N° 1, quienes no incluyen los embarazos gemelares en su estadística.

C U A D R O N° 1

PRESENTE ESTUDIO	22670	partos	140	casos	0.61%	1	en	162
Ballas	15333	"	50	"	0.32%	1	"	306
Posner, Tychowsky y Posner	39481	"	111	"	0.28%	1	"	355
Winkler y Gangello	50526	"	113	"	0.22%	1	"	379
(*) Garber, Fayetteville y Ware	27249	"	65	"	0.24%	1	"	419
(*) Kramer y Skalley	63104	"	103	"	0.16%	1	"	613
(*) Montello	54000	"	73	"	0.14%	1	"	739
(*) Hall y O'Brien	71897	"	91	"	0.13%	1	"	790

(*) Excluyen los gemelares.

EDAD

Como edades extremas encontramos la de 16 años en paciente primípara con producto único y la de 44 años en mujer para X y embarazo único.

C U A D R O N° 2

19 años o menos	7 casos	5.0%	
De 20 a 24 años	34 "	24.3%	59.3%
" 25 a 29 "	42 "	30.0%	
" 30 a 34 "	25 "	17.8%	
" 35 a 39 "	27 "	19.3%	40.7%
" 40 años o más	5 "	3.6%	
C O N T R O L			
19 años o menos	391 casos	26.07%	
De 20 a 24 años	562 "	37.47%	84.27%
" 25 a 29 "	311 "	20.73%	
" 30 a 34 "	149 "	9.93%	
" 35 a 39 "	70 "	4.67%	15.73%
" 40 años o más	17 "	1.13%	

PARIDAD

Para el estudio de la paridad hemos constituido tres grupos en la siguientes forma:

En el primero incluimos a las pacientes nulíparas y primíparas; en el segundo a las multíparas con dos partos previos o más y en el tercero a las grandes multíparas con 5 o más partos anteriores.

C U A D R O N° 3

Para O y I	37 casos	26.4%
" II, III y IV	58 "	41.3%
" V a XIV	45 "	32.2%
C O N T R O L		
Para O y I	850 casos	56.67%
" II, III y IV	462 "	30.80%
" V o más	188 "	12.53%

EDAD DEL EMBARAZO

La duración del embarazo fue calculada a partir del décimo cuarto día posterior al principio de la última menstruación.

CUADRO N° 4

			CONTROL
35 semanas o menos	39 casos	27.9%	10.2%
De 36 a 39 semanas	83 "	59.3%	77.2%
40 semanas o más	18 "	12.8%	12.6%

PESO DEL PRODUCTO

En los 140 casos obtuvimos 37 en los que el peso del producto era inferior a los 2,500 gramos, o sea el 26.43%.

La frecuencia con la que producen partos de productos inferiores a los 2,500 gramos en nuestro Centro es del 5.3%, que corresponde a la señalada por Wood y Foster de 5.6%.

TIPO DE EMBARAZO

Como ya señalamos anteriormente en 120 casos el embarazo fue de producta único, mientras que en los 20 restantes fueron gemelares. En estos últimos la situación transversa se presentó siempre en el segundo gemelo. El 14.3% de nuestros casos son en el segundo producta del embarazo gemelar.

ETIOLOGIA

Presentaremos las causas de la situación transversa que obtuvimos en los 140 casos, señalando su por ciento así como el del control de frecuencia general en nuestra Matrnidad.

CUADRO N° 5

	Situación Transv.	Control
Edad: más de 30 años	40.7 %	12.80%
Gran Multiparidad	32.2 %	12.53%
Por peso	26.43%	5.3 %
Pramaturez:		
Por tiempo	27.9 %	10.2 %
Placenta previa	6.43%	0.45%
Pofihidramnios	3.57%	0.30%
Embarazo gemelar	14.30%	0.30%

PATOLOGIA ASOCIADA

Este capítulo queda expuesto en el cuadro N° 6.

C U A D R O N° 6

Procidencia de cordón:	20	casos
miembros	28	"
Polihidramnios	5	"
Placenta previa	9	"
Desprendimiento prematuro de placenta	3	"
Hipertonía uterina	7	"
Anillo de Bandl	5	"

TRATAMIENTO

La versión por maniobras externas fue practicada en cuatro pacientes en los últimos días del embarazo; ninguna de ellas dió resultado y las mujeres llegaron al trabajo de parto con situación transverso del producto. En uno de los casos se tuvo una muerte fetal posterior a la maniobra.

Versión por maniobras internas.—Se efectuó en 104 pacientes o sea en el 74.28% y analizaremos la morbi-mortalidad tanto materna como fetal en el cuadro N° 7.

C U A D R O N° 7

Morbilidad materna:

Ruptura uterina	1	casos
Desgarro cervical	10	"
Desgarro de vagina y/o periné	15	"
Hemorragia post-partum	3	"
		29 casos 27.9%

Mortalidad materan:

Ningún caso 0%

Morbilidad fetal:

Apnea neonatorum	19	"
Hemorragia intra-craneana	1	"
Luxación de hombro	1	"
Fractura de húmero	6	"
Fractura de clavícula	1	"
		28 casos 26.9%

Mortalidad fetal:

Muerte anteparto	10	"
Muerte intraparto	12	"
Muerte post-partum	11	"
		33 casos 31.7%

Cinco productos muertos antes de la iniciación del parto fueron prematuros, hijos de madres diabéticas, luéticas o hipertensas; hubo asimismo un anencéfalo y un óbito posterior a versión externa. En dos casos no se encontró la causa siendo productos a término y en otro fue un producto de 41 semanas y 5,300 gramos de peso.

La mortalidad fetal corregida es de: 23 casos, o sea el 22.1%.

Cesárea.—Se intervinieron 36 mujeres con cesárea, siendo sus resultados los que se expresan en el cuadro N° 8.

CUADRO N° 8

<i>Morbilidad materna:</i>		
Flebitis pierna izquierda	1 caso	2 casos
Celulitis pared abdominal	1 "	5.5%
<i>Mortalidad materna:</i> Ningún caso	0%	
<i>Morbilidad fetal:</i> Ápnea neonatorum	3 "	8.3%
<i>Mortalidad fetal:</i>	5 "	13.8%
<i>Mortalidad corregida:</i>	3 "	8.3%

Sobre la mortalidad fetal expresada en el cuadro anterior hacemos las siguientes observaciones: de los cinco casos, uno murió antes de la intervención y otro era un anencéfalo: los tres productos restantes eran prematuros con pesos entre 2,200 y 2,350 gramos.

CUADRO N° 9

CUADRO COMPARATIVO ENTRE LOS RESULTADOS DE LA VERSION
Y CESAREA

Casos	%	Morb. Mat.	Mort. Mat.	Morb. Fet.	Mort. Fet.	Mort. Fet. Corregida
Versión	104	74%	27.9%	0%	26.9%	22.1%
Cesárea	36	26%	5.5%	0%	8.3%	8.3%
T o t a l	140		22.1%	0%	22.1%	18.6%

Constituiremos ahora un grupo en el cual no se incluyen los embarazos gemelares quedando los datos coma a continuación se expresan en los 120 casos restantes.

CUADRO N° 10

Casos	%	Morb. Mat.	Mort. Mat.	Morb. Fet.	Mort. Fet.	Mort. Fet. Corregida
Versión	84	70%	32.14%	0%	30.90%	25.0%
Cesárea	36	30%	5.5%	0%	8.3%	8.3%

Los 20 gemelares se resolvieron por versión sobre el segundo gemelo, habiendo obtenido solo dos casos de morbilidad fetal y dos muertes fatales.

La situación transversa es para nosotros de importancia muy particular que tiene una frecuencia superior a la que se ha reportado en estadística del extranjero. Posiblemente el alto número de paridad al que llegan las mujeres que reciben atención en nuestro medio hospitalario, sea una de las causas de esta alta incidencia.

Este alto grado de multiparidad al que nos referimos, se hace más patente al comparar el 7% que obtuvimos en mujeres con 10 o más partos previos, con el 1.13% del grupo control; sin embargo, no es el único motivo de la situación transversa del feto, su etiología es múltiple y podemos decir en términos generales, que cualquier circunstancia que altere la relación entre el continente uterino y su contenido, tanto en lo que respecta a forma como a volumen, puede producir la situación transversa fetal. En el caso de la multiparidad, se puede explicar como una modificación de la calidad intrínseca del músculo uterino, el cual teniendo una flacidez relativa, facilitaría al feto la adopción de situaciones anormales.

En lo que se refiere a la modificación en la forma del continente uterino, se encuentra un número alto de casos de placenta previa, no debiendo olvidar que aunque no se investigó específicamente en nuestro estudio, es obvio que la inserción en el fondo uterino debe contribuir también a la situación fetal que nos ocupa.

La amplia capacidad de la matriz favorece la relativa libertad del producto y se manifiesta como causa de la situación transversa en los casos de prematuridad, polihidramnios y segundo gemelo, factores que encontramos en el análisis del cuadro correspondiente.

Hemos encontrado asimismo que un gran porcentaje de nuestras pacientes eran de 30 años o más, sin embargo, esto lo consideramos paralelo a la multiparidad, ya que es después de esa edad cuando las mujeres llegan a un mayor número de embarazos, de tal forma pensamos que la mayor frecuencia de situación transversa después de los 30 años, está más bien en función del a multiparidad que de la edad misma.

Merece especial atención la consideración de la frecuencia de prematuridad, pues según las cifras que reportamos, de cada cuatro situaciones transversas tendremos una en la que el producto no sea de término.

Hablamos de prematuridad en términos generales, ya que nuestra estadística muestra datos similares en lo que respecta a tiempo de vida intrauterino y a peso del producto. El interés que tiene la consideración de este aspecto, radica principalmente en el tratamiento que se dará a la situación

transversa, en virtud de que resolviéndose por cesárea o por versión, el producto prematuro tendrá que sufrir los riesgos inherentes a estos dos procedimientos. Nuestro criterio a este respecto está de acuerdo por el sustentado por algunos autores (9), prefiriendo la vía vaginal para resolver el caso por versión por maniobras internas, siempre y cuando no exista contraindicación para efectuarla o bien se presenten condiciones en la madre que nos obliguen a intervenir por cesarea en beneficio de ella.

Según apreciamos en el cuadro N° 6, existe patología que complica a la situación transversa en un buen número de casos; entre estas destaca la procidencia de cordón, no sólo por su frecuencia sino también por la gravedad que representa por la vida fetal. La posibilidad de este accidente obliga a una correcta vigilancia obstétrica de la mujer con situación transversa y a intervenir de inmediato por cesárea cuando el accidente se produce, en atención a la vida del producto. Tanto la placenta previa como el desprendimiento placentario prematuro son contingencias que pueden poner en peligro la vida materna y fetal obligándonos a actuar con el fin de preservarlas.

Atenderemos ahora a las complicaciones de contracción uterina que se presentan en el cuadro al que nos estamos refiriendo, como son la hipertensión uterina y el anillo de Bandl. Estas anomalías ponen también en un grave predicamento la vida del feto, pero además son producto de un abandono del trabajo de parto, descuido obstétrico que no debe existir actualmente en los centros tocológicos especializados en ningún caso y menos cuando se trata de una situación transversa.

El tratamiento se realizó por dos medios: la versión y la cesárea. La versión por maniobras externas no la practicamos en nuestro servicio y de ahí el poco número de casos que presentamos en este estudio. Aún cuando algunos autores 2,3,5,8,10, piensan que es un buen medio y lo ponen en práctica, nosotros no lo hacemos en razón de que al no corregir la causa de la situación transversa fracasa en la mayor parte de los intentos; no da resultado sobre todo cuando la maniobra es fácil pues con la misma facilidad el feto repone su situación primitiva, y siendo difícil existe peligro para la vida del producto como lo pudimos evidenciar por la muerte que se mencionó en su oportunidad.

La versión por maniobras internas fue usada en el mayor número de los casos. Sin embargo, la alta incidencia de morbi-mortalidad fetal y de morbilidad materna, en comparación con la obtenida por la cesarea, nos obligan a pensar que el tratamiento de elección debe ser esta última y efectivamente la tendencia actual en nuestro servicio es resolverla por esta vía. Esta diferencia se hace más notoria en el cuadro en que se han excluido las versiones sobre segundo gemelo y esto es obvio puesto que en estos casos

la morbi-mortalidad fetal es mucho menor en virtud a que efectuada la versión en estos productos, se tienen las condiciones idales para su práctica.

En consecuencia de lo anterior, nuestra conducta ante una situación transversa es su resolución por medio de cesárea, no sólo por la frecuencia con que la versión provoca accidentes en el feto y la madre sino también porque se evitan las complicaciones que ya fueron consideradas y que aumentan el riesgo para el producto.

No queremos decir con esto que la versión quede proscrita, pues tenemos la impresión expresada en un trabajo anterior (4), que el procedimiento lleva consigo una alta morbi-mortalidad en virtud a que no se valoran estrictamente las condiciones necesarias para su realización. La usaremos como ya fue dicho de preferencia en un producto prematuro, así como también sobre el segundo gemelo y cuando la paciente se presente a su atención con dilatación completa o próxima a efectuarse y se reúnan todas las condiciones, estrictamente idales observadas para realizarla.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se hace una exposición de los resultados obtenidos en nuestro Centro en pacientes con situación transversa fetal. La incidencia de la misma es alta en nuestro medio en comparación con otras estadísticas. Se revisan las posibilidades etiológicas de la situación, así como las complicaciones que pueden agravar el problema. Se presentan los resultados del tratamiento y por los mismos hemos concluido que la situación transversa debe tratarse por medio de cesárea, excepto en ciertos casos en que puede usarse la versión por maniobras internas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—BALLAS R.: *Sem. Med.*, 3: 441, 1957.
- 2.—GARBER E.C., FAYETTEVILLE N.C., WARE H.: *Am. J. Obst. Gynec.* 61: 62, 1951.
- 3.—GARIES C.L., RITZENTHALER C.J.: *Am. J. Obst. Gynec.* 63: 583, 1952.
- 4.—GORDILLO F.J.: *Memorias XII Reunión Nal. Gin. Obst.*, 1961.
- 5.—HALL S.C., O'BRIEN F.B.: *Am. J. Obst., Gynec.*, 82: 1180, 1961.
- 6.—HARRIS B., EPPERSON J.: *Am. J. Obst. Gynec.*, 59: 1105, 1950.
- 7.—KRAMES T., SKALLEY T.: *Am. J. Obst., Gynec.*, 80: 295, 1960.
- 8.—MONTELLO S.: *Am. J. Obst., Gynec.*, 61: 1360, 1951.
- 9.—POSNER L., TYCHOWSKY E., POSNER CH.: *Am. J. Obst. Gynec.*, 83: 225, 1962.
- 10.—RINCROSE, D.: *Canad. Med. Ass. J.*, 83: 958, 1960.
- 11.—WOOD E., FOSTER F.: *J. Obst. Gynec. Brit. Emp.* 66: 75, 1959.