

DISTOCIAS POR CIRCULARES DEL CORDON UMBILICAL

POR EL DR. VICTOR M. BAZUL*

LA Escuela Francesa, estudia con el nombre de distocias de origen anexial, a las dificultades u obstáculos que se presentan en el parto, y que son producidas por anomalías del cordón umbilical, de las membranas, del líquido amniótico o de la placenta.

Brevedad del cordón umbilical, circulares.—Hay brevedad del cordón cuando éste, en lugar de medir, como sucede normalmente de 45 a 50 centímetros, tiene una longitud menor de 30 centímetros. La brevedad, si es pronunciada, puede ser una causa de distocia. Algunas veces el cordón es **natural o absolutamente** muy corto; otras veces se vuelve **accidental o relativamente** muy corto, porque si bien su longitud es normal o está aumentada, él se enrolla alrededor de una o varias partes del cuerpo fetal, **por circulares**, que, producen a su vez, marcado acortamiento del cordón.

La brevedad es **natural o accidental**; la primera, es una anomalía del desarrollo, rara; sólo se deben considerar los cordones muy cortos. Se ha visto la longitud de éstos llegar a 30, 20, 10, 6 centímetros y aún tener menos. Excepcionalmente, el cordón puede faltar totalmente, y el feto estar adherido a la placenta por el ombligo.

Brevedad accidental o circulares del cordón.—Las circulares del cordón son extremadamente frecuentes, (un caso en cada 6 ó 9 partos).

El cordón umbilical se enrolla por orden de frecuencia: alrededor del cuello (95 veces sobre 100); del tronco o de los miembros; o bien alrededor de dos a más partes a la vez. Algunas veces, la disposición es compleja, dando lugar a los cordones en tirantes, en estola y los terciados o en banda.

Las circulares al rededor del cuello ofrecen una, dos, tres, o más vueltas, que pueden ser laxas, mediamente apretadas, o muy apretadas.

La longitud exagerada del cordón, se ha señalado casos, que mide 1m20, 1m75 o más; coincidiendo con un exceso de líquido amniótico y un feto pequeño y muy móvil, que favorece sin duda, la producción de circulares. Estas últimas se pueden producir durante el embarazo o durante el trabajo de parto. Una circular, es decir un anillo, al rededor del cuello, acorta el cordón en 20 centímetros; una simple asa, en 12 centímetros, una circular al rededor del tronco en 32 centímetros (Leray).

(*) Trabajo presentado a la Soc. Per. de Obst. y Ginec. 25. X. 1960.

Hemos atendido en la Maternidad de la Maison de Santé, tres casos de distocia por circulares del cordón, que por sintomatología especial, nos ha parecido conveniente darlos a conocer, y cuyas Historias Clínicas son las que siguen:

Historia Clínica N° 1.— Distocia por circulares del cordón a nivel del cuello y del miembro superior izquierdo.—Parto espontáneo.

O. M. de F., de 37 años de edad, blanca casada, peruana, multípara, de cinco, ingresa a la Maternidad de la M. S. el día 26 de Enero de 1956 a las 2 a.m. con dolores de parto.

Enfermedad actual.—Refiere la paciente que los primeros dolores de parto le comenzaron a las 12 p.m. repitiéndole con intervalos de 20 minutos más o menos, siendo cada vez más marcados, lo que la obliga a internarse en la Clínica. Al examen obstétrico se encuentra: situación longitudinal cefálica, cabeza encajada, dorso a la izquierda, foco de los latidos a la izquierda; hay 154 latidos fetales por minuto, son regulares; al tacto hay dilatación de 2cm. bolsa de las aguas íntegra, las membranas tapizan la cabeza. El trabajo evoluciona con contracciones cada vez más intensas; a las 3 a.m., hay 120 latidos fetales, regulares pero con tono de galope; a las 4 a.m., los latidos fetales descienden a 96 por minuto; este descenso llama la atención de la partera y solicita mis servicios profesionales; constatamos la disminución de los latidos y al practicar el tacto encontramos 8 cm de dilatación, con cabeza en el estrecho inferior, bolsa de aguas intacta; se trata de una izquierda anterior; y frente a la alteración de los latidos del corazón pensamos en la posibilidad de existencia de circulares del cordón y en la necesidad de acelerar el parto; hacemos la rotura precoz de las membranas o inyectamos 3 unidades de pitocin en forma intramuscular; eran las 5 a.m.; se le inyecta también coramina e inhalaciones de oxígeno; a las 5 y 20 a.m. se produce el parto, en forma espontánea, el feto de sexo masculino, vivo, de 4.500 gr. de peso, presenta cuatro circulares del cordón en el cuello y una en el miembro superior izquierdo, nace ligeramente cianótico, pero se recupera rápidamente.

El cordón largo y con varias circulares, que dan lugar a la brevedad relativa del cordón, permite explicar la alteración del ritmo del corazón fetal, por que en el curso del parto, al descender el feto, las vueltas del cordón, se cerraban cada vez más, perturbando la circulación materno fetal, haciendo descender los tonos del corazón fetal que llegaron hasta 84 al minuto; felizmente la aceleración del trabajo permitió su rápida terminación y la salida de un voluminoso feto vivo, con 4.500 grs. de peso.

Historia Clínica N° 2.—Distocia por circulares del cordón a nivel del miembro inferior.—Operación cesárea segmentaria.

A. M. de R, de 25 años de edad, blanca casada, peruana, ingresa a la Maternidad de la M. S. el día 11 de Noviembre de 1956 a las 12 y 30 a.m., con dolores de parto.

Enfermedad actual.— Primípara, con embarazo a término, refiere haber perdido líquido blanquecino a las 11 p.m. iniciándose a las 12 a.m. dolores ligeros del vientre, los que la obligan a internarse en la Clínica.

Al examen obstétrico se encuentra: situación longitudinal cefálico, cabeza encajada, dorso a la izquierda y atras; foco de los latidos fetales a la izquierda hay 154 al minuto, de bajo tono e irregulares; al tacto, cuello descompuesto, el orificio uterino de bordes gruesos y un poco resistente; las contracciones son espaciadas, de corta duración y poco intensas; cabeza encajada a nivel del estrecho inferior, la bolsa de las aguas rota, se hace diagnóstico de O. I. I. P.

El parto evolucina en forma irregular, el trabajo progresa en forma lenta, a las 5 p.m. hay 2 cm. de dilatación con orificio uterino grueso, los latidos fetales en número de 170 por minuto, irregulares, de tono muy bajo, a penas perceptibles, el líquido amniótico sale teñido de verde, hay signos de sufrimiento fetal, que obliga a la Obstetrix a dar la voz de alarma.

Examinada la parturienta, por nosotros a las 5 y 15 a.m. encontramos un cuadro de oligosistolia, con rigidez del cuello, y graves alteraciones del ritmo del corazón fetal, lo que nos hizo pensar en la necesidad de terminar el parto, por existencia probable de circulares, y en defensa de la vida del feto practicamos operación cesárea segmentaria, logrando extraer un feto vivo, varón que tenía dos circulares del cordón a nivel del muslo del miembro inferior izquierdo.

La presencia de estos circulares explica las alteraciones del ritmo del corazón del feto, así como los trastornos de la dinámica del útero y dan la razón de la necesidad de la operación cesárea segmentaria en defensa de la vida del feto, que de otro modo hubiera seguramente sucumbido.

Historia Clínica N° 3.—Distocia por múltiples circulares del cordón.—Operación cesárea segmentaria.

N. de V., de 29 años de edad, mestiza, casada, peruana, ingresa a la Maternidad de la M. S. el día 27 de mayo de 1960 por pérdidas de líquido. Primípara, con embarazo a término; refiere la paciente que su menarquía comenzó a los 15 años, períodos irregulares y con cólicos (dismenorrea).

Contrae matrimonio a la edad de 25 años; cuatro años de esterilidad, sometida a tratamiento hormonal, vacunas y tónicos por su médico tratante

Dr. César Heraud, durante dos años; hasta que llega a conseguir salir embarazada. Su gestación evoluciona en forma normal; al séptimo mes se le hace una radio pelvimetría, dando dimensiones compatibles con un pelvis normal; los dos últimos meses de gestación transcurren sin ningún trastorno.

El día 27 de Mayo ingresa a la clínica por pérdidas de líquido, al examen obstétrico se encuentra: situación longitudinal cefálica, cabeza profundamente encajada, dorso a la izquierda, foco de los latidos del corazón del feto a la izquierda, 152 al minuto, ligeramente irregulares (8 a.m.); pierde líquido amniótico en pequeña cantidad; al tacto, cuello íntegro, desviado hacia atrás, cabeza encajada a nivel del estrecho inferior, no hay trabajo de parto: A la 1 p.m. se inicia la inducción del parto, dándole un comprimido de Compositrini; a los 30 minutos se producen contracciones; a las 5 p.m. un nuevo comprimido, seguido de contracciones más fuertes, latidos fetales 152 al minuto, irregulares; a las 9 p.m. se practica un tacto, cuello incorporado, su oficio interno de la sensación de anillo rígido y duro; latidos fetales 160: por minuto; a las 9 y 35 p.m. los latidos fetales pasan de 170; las contracciones han desaparecido. Se le hace inhalaciones de oxígeno a la paciente y luego de acuerdo con el médico tratante (Dr. C. Heraud) se llama en consulta al Dr. Víctor M. Bazul, quien después del examen clínico realizado, es de parecer que debe terminar el parto, por la existencia probable de circulares, que están comprometiéndose seriamente la vida del feto.

Se le practica operación cesárea segmentaria por los doctores V. M. Bazul y C. Heraud, el día 27 de mayo de 1960 a las 10 y 20 p.m. extrayéndose un feto vivo, varón, que tenía una circular en el cuello, una segunda en el miembro superior izquierdo y la tercera en el miembro inferior del mismo lado.

La presencia de las circulares explica las alteraciones del ritmo del corazón fetal, así como las alteraciones ocurridas en la dinámica uterina.

Influencia de la brevedad del cordón sobre el embarazo. Clínicamente las dos variedades de brevedad se deben confundir.

Con una brevedad mediana, se pueden observar ciertos trastornos tales como: dolores a nivel de la región renal, por tracciones sobre la inserción placentaria; falta de encajamiento del feto; disminución de los movimientos fetales; (presentación viciosa, nalgas, cara, hombros).

Cuando la brevedad es más pronunciada, otros fenómenos pueden sobrevenir: el desprendimiento parcial de la placenta normalmente inserta(con hemorragia interna, muerte del feto, parto prematuro); la dificultad para hacer la versión por maniobras externas, y en caso de insistencia, la posibilidad de la muerte fetal, por rotura o comprensión del cordón (Lefour, Budin) o el desprendimiento de la placenta; un soplo funicular, cuando el cordón pasa entre el dorso del feto y la pared uterina; la muerte del feto ya sea por detención de la circulación del cordón, si las circulares son muy apretadas; ya sea por verdadera estrangulación y comprensión de las yugulares.

Influencia sobre el trabajo del parto.—Según las mediciones de Tarnier y Leray, se admite que el parto en las presentaciones de vértices es posible cuando la longitud del cordón umbilical disponible, (del ómbigo o de la circular a la placenta) tiene un mínimum de 20 centímetros; debe de ser de 30 centímetros en la presentación de nalgas. Se debe tener en cuenta el descenso del fondo del útero durante el período expulsivo, así como la extensibilidad del cordón.

Según el grado de brevedad la distocia será nula, mediana o muy seria.

La dilatación del cuello es en general lenta; el polo fetal inferior queda alto o un descenso se opera mal. Las contracciones uterinas son irregulares, como cortadas, hay dolor agudo, localizado hacia la región de inserción placentaria. Las occipito posteriores son muy frecuentes, en especial si el cordón pasa en tirante sobre un hombro del feto; el movimiento de rotación casi siempre no se realiza o no se esboza sino durante la contracción. La cabeza no llega a apoyarse sobre el periné; presentando movimientos sucesivos de descenso durante el esfuerzo expulsivo y de ascenso inmediatamente después. El feto parece como aspirado por el cordón muy corto. La cabeza al desprenderse queda muchas veces como pegada a la vulva.

Frecuentemente, durante el trabajo, se producen signos de sufrimiento fetal, o pequeñas hemorragias por fracciones sobre la placenta. El parto puede terminar bruscamente por la rotura del cordón. Brick ha señalado un derrame de orina intermitente que se produce después de cada contracción.

Pronóstico y accidente.—Los accidentes son menos serios para la madre que para el feto.

Para la madre, el pronóstico es casi siempre benigno, porque la brevedad excesiva es muy rara. Sin embargo se pueden observar accidentes tales como el agotamiento o surmenage por la lentitud del trabajo; hemorragias por desprendimiento placentario; inversión uterina, si la placenta queda adherida al útero.

Para el feto, hay el peligro de presentar signos de sufrimiento durante el trabajo, por la lentitud de este último o por compresión del cordón en las circulares laxas. La asfixia del feto se observa, por compresión y tiramiento del cordón en las circulares apretadas, o consecutivamente al desprendimiento placentario. La rotura del cordón puede traer la muerte por hemorragia.

Se ha atribuido las amputaciones congénitas a circulares del cordón (Montgomery). El pronóstico fetal es más serio en la mujer primípara, en la presentación de nalgas, y en la brevedad excesiva del cordón.

El sufrimiento del feto es un síndrome ligado en general a la **anoxia**, pudiendo evolucionar hacia la muerte, y es siempre justificable de tratamiento de urgencia.

El estudio del sufrimiento fetal no puede ser sino esquemático. Las indicaciones de su tratamiento son estudiadas con la patología del trabajo; en

efecto, el sufrimiento fetal en el curso del embarazo existe, pero pasa casi siempre desapercibido.

La anoxia es el elemento patogénico mayor del sufrimiento fetal. El rol del traumatismo no es sino frecuentemente asociado. El sufrimiento por anoxia indica la operación, fuente de traumatismo sobreagregado. El rol de la infección se ha vuelto mínimo.

Los trastornos de la contracción uterina por exceso son las causas más comunes del sufrimiento fetal: hipertonia, hiperkinesia, contractura, retracción uterina. Esto explica que el sufrimiento fetal complica el trabajo prolongado y el trabajo muy rápido.

Todo obstáculo a la circulación funicular: circulares, compresión, nudos, tiramientos, provoca el sufrimiento fetal.

Las lesiones de la placenta que alteran sus funciones de oxigenación son causa frecuente de anoxia: síndromes vasculo-renales, gravídicos o extra-gravídicos; lesiones placentarias de las diabéticas, embarazos prolongados, cuando la contracción uterina completa una anoxia hasta entonces clínicamente latente. Ciertas placentas previas parcialmente desprendidas son causas de sufrimiento fetal.

Todo déficit de la oxigenación materna puede repercutir sobre el feto en las cardiopatías, tuberculosis extensas, y en general en todas las neumo-patías importantes. En este cuadro entran igualmente la anoxia de las anestias profundas y la acción de los medicamentos depresores de la respiración.

Clinica.— Hay dos signos de importancia desigual: las modificaciones de los latidos del corazón fetal que se traducen por alteraciones del ritmo y de la intensidad. Primero, se hacen acelerados, luego lentos, disminuyen de intensidad y se vuelven irregulares. Estos signos no tienen valor sino cuando se prolongan fuera de las contracciones. Ellos permiten afirmar el sufrimiento actual del feto; y a medida que la anoxia es más persistente, sobreviene la excitación del neumogástrico, los latidos son cada vez más lentos; el feto ejecuta movimientos respiratorios intrauterinos que aumentan la presión abdominal y traen la evacuación del meconio; que se mezcla al líquido amniótico, tiñéndolo fuertemente de color verde. Este signo no tiene significación en las presentaciones de nalgas.

Espontáneamente o bajo la influencia del tratamiento, el ritmo y la intensidad de los latidos se mejoran y permiten esperar el parto por vías naturales.

La muerte in útero, puede sobrevenir después de un período de sufrimiento prolongado, o por inspiración de líquido amniótico con asfixia inmediata, o bien el corazón continúa latiendo, y después del nacimiento, la primera inspiración es imposible debida a la obstrucción de las vías aéreas por el líquido amniótico; o también el feto puede nacer en estado de muerte

aparente, o parecer normal, con lesiones cerebro-meningias; que se manifiestan en los días siguientes y que van a terminar con la vida del feto.

Diagnóstico.— El diagnóstico de la brevedad del cordón es casi siempre imposible hacerlo durante el embarazo; es también difícil durante el trabajo. Los signos mejores son: la falta de descenso de la cabeza, mientras que el canal pelvi-genital es normal; los movimientos de descenso y ascenso de la cabeza; la fijación de esta última a la vulva.

Se debe en todo parto; después del desprendimiento de la cabeza, buscar las circulares del cuello, pasando el dedo entre la parte fetal y el pubis.

Tratamiento.— Varía según las presentaciones y los signos de sufrimiento del feto; en todos los casos, la oxigenación inmediata y prolongada de la madre a razón de 7 litros al minuto, es esencial.

En las presentaciones de vértice o de cara, cuando la dilatación del cuello no es completa, la lentitud del trabajo, los trastornos de la dinámica uterina y los signos de sufrimiento fetal, pueden indicar la necesidad de aceleración del trabajo, por medio de antiespasmódicos, acompañados de la rotura precoz de las membranas, que al disminuir la altura de la cavidad uterina, hacen cesar muchas veces el sufrimiento fetal.

Con dilatación completa: si la cabeza no encaja, la cesárea se puede imponer para salvar al feto. Pero es mejor antes de practicar esta operación, hacer la perfusión lenta de post hipófisis, que puede dar buenos resultados. Si la cabeza no se desprende, se termina el parto por aplicación de forceps, ayudado con la expresión uterina. Si el cordón se rompe durante las tracciones, se debe extraer el feto rápidamente, pinzando el cordón. La versión está siempre contraindicada.

Desde que la cabeza está desprendida (espontáneamente o no) se debe examinar el cuello, con dos dedos llevados por encima y detrás de la cabeza. Cuando las circulares son poco apretadas, se les desliza por encima de la cabeza o por encima de los hombros. Cuando son muy apretadas, se secciona el cordón entre dos pinzas y se extrae el feto.

En la presentación de nalgas, cuando éstas no han descendido y hay signos de sufrimiento fetal, se hace la gran extracción. Si el feto está a horcajadas sobre el cordón, se desprende éste por debajo de las nalgas, o se le secciona entre dos pinzas. Se debe igualmente seccionar el cordón entre dos pinzas, si está muy tirante cuando el ombligo aparece en la vulva; después se termina rápidamente la extracción.

En presentación de hombro, se hará la versión podálica, desprendiendo previamente las circulares **in útero** (Budín) siempre que esta maniobra sea posible, le damos la preferencia a la operación cesárea por tener menos peligros.

Pero, cuando los signos de sufrimiento fetal se presentan al iniciarse el trabajo, cualquiera que sea la variedad de presentación, y se sospecha la existencia de circulares, con signos ciertos y continuos de sufrimiento del feto, la operación cesárea segmentaria está indicada, en defensa de la vida del feto. La indicación es algunas veces irreprochable, por ejemplo en la primípara añosa. Esta indicación de la operación cesárea segmentaria, no debe servir nunca para realizar actos que estén reñidos con la moral y el respeto por la vida de la mujer madre y del feto.

C O M E N T A R I O S

Los tres casos de distocias por circulares del cordón que hemos estudiado nos permiten hacer algunos comentarios que facilitan comprender mejor la marcha que han tenido y la conducta terapéutica que hemos seguido.

En el primer caso, se trata de una múltipara, bien conformada, con presentación de vértice, encajada, con contracciones de tipo regular, que en el curso del trabajo presenta alteraciones de los latidos fetales que llegan a descender hasta 84 al minuto, y cuyo examen clínico, hace pensar en la existencia de circulares del cordón, que al descender el feto, las vueltas del cordón se apretaban, interrumpiendo la circulación funicular y dando lugar a la producción de signos de sufrimiento fetal; y en el cual, la aceleración del parto por la inyección de pitocín, con rotura precoz de las membranas, dio los mejores resultados.

En el segundo caso, es una primípara, con cabeza encajada, que inicia su trabajo, con contracciones espaciadas, de corta duración y poco intensas, con dilatación lenta del cuello, y alteraciones del ritmo del corazón fetal, 154 latidos al minuto, de bajo tono e irregulares; que suben después a 170, irregulares, apenas perceptibles; que estos síntomas corresponden a las distocias por circulares del cordón, y que por estar comenzando el trabajo, y con el objeto de salvar la vida del feto gravemente comprometida, imponen la operación cesárea segmentaria.

El tercer caso, es también una primípara, con cabeza profundamente encajada, que hace rotura prematura de membranas, por lo cual se le induce el parto; se le despiertan contracciones, que son cada vez más intensas, para terminar por desaparecer como cortadas; que los latidos fetales eran de 152 para subir a 160 y 170 por minuto; débiles e irregulares, lo que hizo sospechar en la existencia de circulares y en la necesidad de salvar al feto practicando operación cesárea segmentaria.

En resumen, se presentan tres casos de distocia por circulares del cordón: el primero se trata de una múltipara, con presentación de vértice encajada, contracciones regulares, que en el curso del trabajo presenta alteraciones de los latidos fetales que descienden hasta 84 al minuto y que el examen clínico

hace pensar en circulares del cordón, y en el cual la aceleración del parto por inyección de pitocín con rotura precoz de las membranas permite la expulsión del feto vivo con circulares del cordón a nivel del cuello y del miembro superior izquierdo. El segundo caso, es una primípara, con cabeza encajada, que comienza su trabajo con contracciones irregulares y alteraciones del ritmo del corazón fetal, 154 al minuto, que suben a 170 irregulares, apenas perceptibles, en la que se sospecha la existencia de circulares, que por estar iniciándose el trabajo obligan en defensa del feto a practicar cesárea segmentaria, extrayéndose feto vivo con dos circulares a nivel del miembro inferior izquierdo; el tercer caso se refiere a una primípara con cabeza profundamente encajada con rotura prematura de membranas a quien se le induce el parto, presentándose contracciones intensas que después desaparecen con latidos fetales de 152, 160, 170 al minuto, irregulares, que hace pensar en la presencia de circulares que obligan a practicar cesárea segmentaria, extrayéndose feto vivo con circulares en el cuello y en los miembros superior e inferior izquierdo.

Se estudia después la etiopatogenia de las distocias por circulares, su repercusión sobre el embarazo y el parto, el sufrimiento fetal y se termina señalando la conducta terapéutica que se debe seguir.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—JUAN LEON. Tratado de Obstetricia. T. II. Pág. 919-923.
- 2.—JUAN LEON. Tratado de Obstetricia. T. III. Pág. 687-699.
- 3.—R. MERGER, J. LEVY, J. MELCHIOR. Précis D'Obstétrique. Pág. 236, 237-292-293.
- 4.—FABRE-TRILLAT-MAGUIN. Précis D'Obstétrique. Pág. 409-410. T. II.
- 5.—CH. MAYGRIER-A. SCHWAAB. Précis D'Obstétrique. Pág. 749-753.
- 6.—L. DEMELIN-L. DEVRAIGNE. Manual de L'Accoucheur. Pág. 1123-1127.
- 7.—MANUEL LUIS PEREZ. Tratado de Obstetricia. T. II. Pág. 608-610.
- 8.—JAIME MORAGUES BERNAT. Clinica Obstétrica. Pág. 654-655.
- 9.—EASTMAN. Obstetricia de Williams. Pág. 575-577.
- 10.—DE LEE-GREENHILL. Principios y Práctica de Obstetricia. T. I. Pág. 724-728.
- 11.—V. M. BAZUL. Distocia por nudos del cordón. Revista Peruana de Obst. N° 1 Nov-Dic. 1952. Pág. 9-13.