

PRESENTACION PELVIANA. FACTORES DETERMINANTES

** Jesús R. Peña Briceño **Manuel De Oliveira Leite

PALABRAS CLAVES: Presentación Pelviana - Tumoraciones

RESUMEN

Se estudiaron 113 pacientes con embarazo de 30 semanas o más de gestación en presentación pelviana, y un grupo control de 113 pacientes con embarazo de 30 semanas o más en presentación cefálica, las cuales acudieron a la Sala de Partos del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda".

Nuestro estudio reveló que los factores predisponentes como la prematuridad, paridad, cesáreas anteriores, malformaciones uterinas, tumoraciones parauterinas, estrechez pélvica, localización placentaria, cantidad de líquido amniótico en más o menos, longitud del cordón, sexo fetal, peso fetal y malformaciones fetales, en un momento dado determinaron esta forma de presentación fetal llegando a veces a porcentajes elevados.

Pensamos que se debería hacer un estudio más amplio de todas aquellas pacientes que consultan la sala de partos con las características antes expuestas, para tener una mejor visión de este tipo de presentación.

SUMMARY

We studied 113 patients with 30 or more weeks of gestation and with a pelvic presentation of the fetus and a control group of 113 patients with 30 weeks or more of gestation but with cephalic presentation. They were assisted in the Delivery Room of the Gynecologic and Obstetric Service of University Central Hospital "Antonio María Pineda" between May 17th 1990 to January 13th 1991.

We found that conditions like prematurity parity, womb malformations, tumors, pelvic narrowness, placental localization, amniotic liquid volume, umbilical cord length, sex, weight and fetal malformations are very important in the determination of the presentation.

We suggest further studies of the type in all patients being attended at the hospital presenting these features.

* Residente de Postgrado de Ginecología y Obstetricia. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Decanato de Medicina. UCLA.

** Gineco-Obstetra. Profesor Asistente. Decanato de Medicina. Hospital Central "Dr. Antonio María Pineda". UCLA.

INTRODUCCION

La presentación pelviana, podálica o de nalgas, es aquella en la que el polo caudal del feto es el que se pone en contacto directo con el estrecho superior de la pelvis materna, siendo capaz de ocuparla y seguir en un momento determinado un mecanismo definido de parto (1).

En este tipo de presentación no solo las nalgas forman parte sino también los miembros inferiores, los cuales pueden adoptar con respecto a la primera, diferentes actitudes, originándose de principio dos tipos de presentación: la pelviana completa en la cual los muslos están flexionados sobre el tronco y las piernas entrecruzadas y flexionados contra los muslos, y la presentación pelviana incompleta cuando la actitud de los miembros inferiores antes descrita no se cumple, pudiéndose presentar tres tipos de modalidades que son:

- Modalidad de nalgas: 75%
- Modalidad de pie: 20.25%
- Modalidad de rodilla: 0 - 5910

Debido a su frecuencia, las presentaciones pelvianas de nalgas completas e incompletas son las que merecen un estudio en particular, ya que las otras casis siempre constituyen la consecuencia de una presentación de nalgas completas que se ha transformado durante el parto (2).

Después de la presentación cefálica, la pelviana se convierte en la más frecuente de todas las presentaciones; durante el trabajo de parto su incidencia alcanza el 2% al 3% (2). Al iniciarse el trabajo de parto la pelviana completa es más frecuente, pero una vez encajada en la pelvis la pelviana incompleta resulta más común en una relación de 2 a 1. Esta frecuencia resulta ser mucho mayor durante el embarazo, lo cual se explica por la ley de acomodación de Payot, siendo el polo cefálico de mayor diámetro hasta el 7° mes del embarazo y en algunos casos hasta el 8° mes, colocándose el feto prácticamente sentado sobre la pelvis, para luego entre la 32 y 40 semanas efectuar espontáneamente una versión a fin de cumplir nuevamente con la ley

de acomodación de Payot, ya que para ésta época las nalgas llegan a tener un volumen mayor; por eso siempre que se cumpla esta ley, la presentación será siempre cefálica durante el trabajo de parto (3).

La variedad de posición para la presentación pelviana sigue el mismo orden de frecuencia que la cefálica de vértice, siendo casi el 75% para la sacroilíaca izquierda anterior (S.I.I.A.), luego sigue en orden de frecuencia la sacroilíaca derecha posterior (S.I.D.P.), la sacroilíaca izquierda posterior (S.I.I.P.) y muy raras veces la sacroilíaca derecha anterior (S.I.D.A.). Como podemos ver el punto de referencia viene a ser el sacro del feto, de allí que la variedad de posición siempre lleva la palabra sacro antes de los otros puntos de orientación. Ej: S.I. D. P. (4).

Se observa presentación pelviana en el 3% al 4% de todos los partos. La incidencia es mayor en partos prematuros (18-20%) y disminuye a medida que el embarazo se acerca al término (2% a 3%) (3). Otros estudios han encontrado una incidencia que oscila entre 2, 3 y 4.8%, situándose la mayoría de las estadísticas alrededor del 3.3%, lo que significa que se produciría una presentación pelviana cada 30 partos. Esta diferencia de frecuencias se debe a que algunos autores consideran un determinado peso fetal 2.500 grs., otros tomaban un peso \geq 1.000 grs., otros han recogido en su casuística fetos con un peso \geq 600 grs. La tendencia actual es establecer el límite ponderal del feto en 1.000 grs (5).

De acuerdo a la etiología tenemos los siguientes factores:

1. Factores maternos:
 - a) Estrechez pelviana
 - b) Tumores uterinos y parauterinos
 - c) Multiparidad (por laxitud de la pared abdominal y uterina)
 - d) Malformaciones uterinas:
 - Utero tabicado
 - Utero unicorn-bicorne
 - Hipoplasia uterina

2. Factores ovulares:
 - a) Oligohidramnios
 - b) Polihidramnios
 - c) Brevedad real y no real del cordón umbilical
 - d) Placenta baja y corneal

3. Factores fetales:
 - a) Prematuridad
 - b) Macrosomia fetal
 - c) Hidrocefalia
 - d) Muerte fetal intrauterina (feto macerado)
 - e) Tumores de la cabeza o cuello fetal

Aproximadamente en el 80% de los casos, no se encuentra ningún dato que nos haga sospechar porqué se ha producido ésta presentación. Una etiología evidente en menos del 10% de los casos se ha podido establecer (1).

La probabilidad de una segunda presentación podálica en un embarazo ulterior oscila entre el 2.4% y el 10% para algunos autores (1) y del 14% para otros (4).

En el presente trabajo se estableció la frecuencia de todos estos factores de riesgo en nuestro medio, específicamente en aquellas pacientes que ingresaron a la sala de partos del servicio de ginecología y obstetricia de nuestro hospital.

PACIENTES Y METODOS

Población: Estuvo constituida por aquellas pacientes que consultaron con embarazo de 30 semanas o más por fecha de última regla con feto único en presentación pelviana y en trabajo de parto, que ingresaron a la sala de partos de nuestro hospital durante el lapso de tiempo comprendido entre el 17105190 al 13101191. Se tomó además una población control de pacientes en igual número y características pero en presentación cefálica durante el mismo lapso de tiempo.

Muestra: Se tomó un número de 113 pacientes para cada grupo (estudio y control, las cuales fueron atendidas durante las guardias de

autor en la sala de partos del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" en el lapso de tiempo señalado.

Procedimiento: La recolección de datos se hizo desde el 17/05/90 al 13/01/91, para lo cual se dispuso del siguiente mecanismo: las pacientes con las características antes expuestas que ingresaron a la sala de partos del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda", se les tomó todos los datos personales, antecedentes importantes y que podían influir en este tipo de presentación, los cuales fueron anotados en ficha anexa de recolección de datos. En caso de ser nulípara se anexó la radiopelvimetría si la traía.

Seguidamente se tomó la conducta para la vía de evacuación según las pautas del Departamento de Ginecología y Obstetricia, la cual para la presentación pelviana es la cesárea segmentaria por vía abdominal, excepto aquellos casos que llegaron en período expulsivo y que fueron atendidos por vía vaginal al igual que las pacientes del grupo control.

Vía abdominal: Se pasó la paciente a pabellón y se realizó cesárea segmentaria describiendo en la nota operatoria de intervención la forma uterina, localización placentaria, integridad de las membranas, cantidad promedio de líquido amniótico haciendo mención solamente si estaba normal, aumentado o disminuido, longitud del cordón umbilical en centímetros, si había malformaciones fetales y parauterinas y el peso fetal.

Vía vaginal: Se vigiló el parto hasta su evacuación tomando nota de las mismas características citadas para los hallazgos intraoperatorios, excepto la visualización de la forma uterina, lo cual se describió por revisión manual, tanto para los podálicos que no se les pudo realizar cesárea, como para los del grupo control o cefálicos.

RESULTADOS

Los pacientes estudiados tenían edades comprendidas entre 14 y 39 años, observando

que el grupo de estudio el 85.9% (97) tenía edades comprendidas entre los 14 y 33 años y 86.7% (98) para el grupo control. En cuanto a la edad gestacional en el grupo estudio se observó el 35.4% (40), para las semanas de gestación entre 30 y 37 semanas y para el grupo control fue de 19.6% (22). En la paridad para el grupo estudio se observó que el 57.5% (65) tenían una paridad entre 1 y 9 paras y para el grupo control con la misma paridad el porcentaje fue de 52.9% (60). Para las intervenciones anteriores (cesáreas) del grupo estudio el 16.8% (19) tenían antecedentes de cesárea, y para el grupo control el porcentaje fue de 11.5% (13).

En relación a las malformaciones uterinas en el grupo estudio se observó el 8.8% (10) de las mismas y para el grupo control fue de 2.7% (3). Las tumoraciones parauterinas en el grupo estudio el porcentaje fue de 2.7% (3) y en el grupo control no se observaron.

En cuanto a la vía de atención del parto para el grupo estudio se realizó cesárea en el 75.2% (85) de los casos y el 24.8% (28) por vía vaginal; para el grupo control el 100% (113) por vía vaginal. En el factor anatómico pelviano para el grupo estudio el 13.2% (15) tenían pelvis estrecha y en el grupo control todas las pelvis 100% (113) fueron normales. En la localización de la placenta para el grupo estudio el 0.9% (1) de anormalidad y para el grupo control fue de 1.6% (2) de anormalidad. En el líquido amniótico para el grupo estudio se observó el 20.3% (23) con oligohidramnios y el 4.5% (5) con polihidramnios, para el grupo control se observó 2.7% (3) con oligohidramnios. no hubo casos de poli- hidramnios.

De acuerdo a la longitud del cordón umbilical fetal en el grupo estudio se observó que el 30.8% (34) tenían cordones entre 30 y 49 cm. y el 28.24% (32) entre 70 y 119 cm.. para el grupo control el 10.61% (12) entre 30 y 49 cm. y el 49.54% (56) entre 70 y 119 cm. En relación al peso en el grupo estudio se observó que el 31.7% (36) tenían un peso entre 1.000 y 2.499 grs., en el grupo control el 6.16% (7) tenían un peso entre 1.000 y 2.499 grs.

De los recién nacidos vivos o muertos, para el grupo estudio el 96.4% (109) nacieron vivos y el 3.6% (4) nacieron muertos, para el grupo control el 99.11% (112) nacieron vivos y el 0.89% (1) nacieron muertos. De acuerdo al sexo de los recién nacidos para el grupo estudio el 55.7% (63) fueron femeninos y el 44.3% (50) fueron masculinos, para el grupo control el 54% (61) fueron masculinos y el 46% (52) fueron femeninos. En cuanto a los recién nacidos con malformaciones fetales para el grupo estudio fue de 6.2% (7) y para el grupo control fue de 0.89% (10). Según la variedad de posición de la presentación para el grupo estudio se observó: 66.3% (75) para las S.I.I.A., el 18.5% (21) para las S. I. D. P., el 11.5% (13) para las S.I.I.P. y el 3.7% (4) para las S.I.D.A., para el grupo control se observó: 75.22% (85) O.I.I.A., 15.04% (17) O.I.D.P., 6.19% (17) para las O.I.I.P. y 3.53% (4) para las O. I.D.A. De acuerdo a la modalidad de la presentación en el grupo estudio se observó para la modalidad nalgas el 85.8% (97), para la modalidad 1 pie 11.5% (13), para la modalidad 2 pies el 2.7% (3) y para la modalidad rodillas no hubo casos, para el grupo control la modalidad cefálica de vértice constituyó el 100% (113).

DISCUSIÓN

Dentro de los factores estudiados o determinantes de la presentación pelviana, la edad de las pacientes estaba comprendida entre 14 y 39 años, observando que el grupo estudio el 85.9% (97) correspondía al rango de edades comprendidas entre 14 y 33 años y para el grupo el porcentaje fue de 86.7% (98), comprensible esto por ser las edades de mayor vida reproductiva de la mujer (4,6).

La edad gestacional estuvo comprendido entre 30 y 43 semanas, observándose un porcentaje de prematuridad del 25.8% (28) el cual concuerda con la literatura investigada (4,5,6,7), siendo uno de los factores de mayor importancia en la determinación de ésta presentación. Se observó además que el mayor porcentaje de nacimientos podálicos, 70.6% (81) ocurrió en las semanas de gestación de 37 a 41 semanas, lo

cual según la literatura a medida que se acerca el embarazo al término el porcentaje de presentaciones podálicas disminuye al 2% - 3% (3). Para el grupo control los porcentajes fueron los esperados según la bibliografía (6).

Tomando en cuenta la multiparidad como aquella en la cual una mujer ha llevado a cabo 2 o más embarazos hasta la fase de viabilidad (4), de acuerdo a esto, éste factor se convierte en otro de importancia en la determinación de presentación pelviana, observándose en nuestro estudio un porcentaje del 57.5% (65) para los rangos de paridad de 1-9 paras (4), en el grupo control observamos el mayor porcentaje, 95.7% (108), se vieron en el grupo de nulíparas todas con pelvis normal y en el rango de paridad de 1-6 paras como es lo usual (3)

De las pacientes con antecedentes de intervenciones anteriores (cesáreas), el 16.8% (19) tenían antecedentes y el 5.3% (6) de estas fueron cesareadas por parto podálico, esto para el grupo estudio; y en el grupo control el 11.5% (13) tenían antecedentes siendo muy similares los porcentajes de los 2 grupos por lo que este factor influyó muy poco como determinante en nuestro estudio, no encontrándose porcentajes descritos en la literatura investigada, excepto que casi el 14% de las presentaciones de nalgas ha sido precedida por otras presentaciones de nalgas (4). En cuanto a las malformaciones uterinas en el grupo estudio el porcentaje fue de 8.8% (10), sobrepasando los valores de la literatura 0.5 a 2% (4) y los del grupo control 2.7% (3), convirtiéndose de esta manera en otro de los factores determinantes. De los 10 casos del grupo estudio 8 casos fueron de útero con tabique central en el fondo y 2 casos de miomatosis.

En las tumoraciones para-uterinas, se observa que ambos grupos que este factor no actuó como determinante ya que casi el 100% de la población no presentó esta anomalía, lo cual está de acuerdo con la bibliografía (4) que estos se producen 1 en 84 partos, aunque en el grupo estudio se observaron 3 casos, 2 de los cuales se diagnosticaron como varicocele pelvianos y 1 caso de mioma del ligamento ancho, siendo este último el que actuó como factor determinante.

La vía de atención de parto para el grupo estudio como estaba estipulado según las pautas del Departamento de Ginecología y Obstetricia de nuestro hospital y la conducta mundial actual fue la cesárea segmentaria por vía abdominal, realizándose en el 75.2% (85) de los casos, el porcentaje restante 24.8% (28) se atendieron por vía vaginal por razones de fuerza mayor, para el grupo control el 100% (113) fueron atendidos por vía vaginal.

El factor anatómico-pelviano en el grupo estudio el porcentaje de pelvis normales fue de 86.8% (98) clínicamente; y el 13.2% (15) fueron estrechas por radiopelvimetría, lo que duplica el valor de 6.3% de la literatura (4), por lo que ejerce también como factor determinante. En el grupo control clínicamente el 100% (113) de las pelvis fueron normales. En la localización de la placenta en el grupo estudio el 0.9% (1) correspondió a una placenta centro oclusiva total y para el grupo control se observó el 1.6% (2) correspondió a 1 caso de placenta marginal y otro caso de placenta comeal por ecografía, según la literatura (4), el porcentaje es de 0.5% para la placenta previa y de mayor frecuencia a mayor edad de la paciente, como se observa el mayor porcentaje se vió en el grupo control, no lo tomamos como factor determinante en nuestro estudio, pero debe tenerse en cuenta.

En relación con la cantidad de líquido amniótico en el grupo estudio, el oligohidramnios representó el 20.3% (23) y el polihidramnios el 4.5%, para el grupo control un porcentaje de oligohidramnios del 2.7% (3), ningún caso de polihidramnios. Como puede verse las anomalías en la cantidad del líquido amniótico en el grupo estudio contribuyen de manera importante en este tipo de presentación, ya sea por la limitación o el aumento de los movimientos fetales en la cavidad uterina (1,4,5,6,8).

En cuanto a la longitud del cordón umbilical en el grupo estudio el 30.08% (34) correspondió a la longitud de 30 a 49 cm. y el 28.34% (32) a la longitud de 70 a 119 cm.; para el grupo control el 10.61% (12) a la longitud de 30 a 49 cm y el 49.3% (50) a la longitud de 70 a 119 cm. El promedio de la longitud del cordón umbilical es

de 50-55 cm (4,5). Los porcentajes en el grupo estudio nos indican que la cordedad real o irreal del cordón (nudoscirculares) limitan la acomodación del feto y por ende actúan como determinantes en la presentación pelviana.

En relación al peso fetal en el grupo estudio el 31.7% (36) corresponde al peso de 1.000 a 2.499 y para el grupo control el 6,16% al peso de 1.000 a 2.499 considerándose prematuridad según el peso fetal de 1.000 a 2.499 (1,4,5,7), poniéndose de manifiesto nuevamente la prematuridad según el peso como uno de los factores más importantes en la presentación pelviana siendo normal este porcentaje en el grupo control. Así mismo la macrosomía (a 4.000 grs) para el grupo estudio fue de 6.6% (7) y de 0.88% en el grupo control, por lo tanto es otro factor determinante significativo,

Según recién nacidos vivos o muertos, en el grupo estudio el 96.4% (109) nacieron vivos y el 3.6% (4) nacieron muertos, los cuales estaban asociados a malformaciones (Polimorfosis). En el grupo control el 99.11% (112) nacieron vivos y el 0.89% (1) nació muerto, según la literatura la mortalidad fetal es de 15-20% (8).

De acuerdo al sexo para el grupo estudio el mayor porcentaje 55.7% (63) correspondió al sexo femenino y para el grupo control 54.7% (61) correspondió al sexo masculino, siendo estos valores similares a los observados en la literatura (97) con la tendencia actual de mayor número de nacimientos femeninos.

Las malformaciones fetales en el grupo estudio representaron el 6.2% (7) de malformaciones fetales y para el grupo control de 0.89% de malformaciones. En la literatura los valores para malformaciones están en el orden del 10%, lo cual casi es similar al del grupo estudio, siendo también factor determinante en esta presentación.

La variedad de posición de la presentación tanto para el grupo control como para el grupo estudio se dió de acuerdo a las estadísticas (3) siendo para el grupo estudio el mayor porcentaje 66.3% (75) para la variedad de posición S.I.I.A., y para el grupo control de 75.22% (85) para la O.I.I.A. siguiendo en orden de frecuencia la S. I. D. P. 18.5% (21), la S. I. I. P. el 11.5% (13) y S. I. D. A. 3.7% (4).

Según la modalidad de la parte presentada para el grupo estudio el 85.8% (97) correspondió a la presentación de nalga pura, el 11.5% (13) al modo 1 pie, el 2.7% (3) al modo 2 pies, estableciendo porcentajes similares. En el grupo control la modalidad vértice fue el 100% (113) y es lo que se espera.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DEL SOL J R; GONZALEZ MERLO J: *Obstetricia*. 2ª Edición. Editorial Salvat. 433. 1987.
2. HERNANDEZ MEDRANO C: *Lecciones de obstetricia*. 2ª Edición. Editorial Intermédica. 234-247. 1973.
3. URANGA IMAIZ F A: *Obstetricia práctica*. 5ª Edición. Editorial Intermédica. Presentación Pelviana. 390-302. 1984.
4. WILLIAMS L M; HELLMAN-JACK A P: *Obstetricia*. XIV Edición. Salvat. Presentación Pelviana. Capítulos 1-12-29. 2; 12; 289; 278-740-744. 1973.
5. ALLER J: *Obstetricia moderna*. Encuadernación Franco. Presentación Pelviana. 55-255. 1977.
6. IFFI-KAMINETZKY H: *Obstetricia y perinatología*. Principios y prácticas. Editorial Médica Panamericana. Tomo 2. 937-939. 1988.
7. DOUGLAS-STROMME E J; QUILLIGAN F P Z: *Obstetricia operatoria*. Noriega Editores. Presentaciones Pelvianas. Cap. 14. 691. 1988.
8. RONNEY S L et al: *Ginecología y obstetricia*. Cuidado Integral de la mujer. Editorial Salvat. 738-841.