

UN NUEVO SIGNO EN OBSTETRICIA
EL CALAMBRE DE LOS MUSCULOS DE LA PANTORRILLA, COMO
GUIA PARA EL DIAGNOSTICO DE LA PRESENTACION
Y POSICION DEL FETO *

Por el Dr. **EMILIO VARELA**,
académico de número

Los signos clínicos en medicina son muy numerosos, en cirugía muchísimo menos, y en obstetricia se pueden contar con los dedos de la mano.

El nuevo signo que pongo a la docta consideración de los señores académicos, ha sido el resultado de un hallazgo, nó de un invento, y su realidad clínica está basada en consideraciones anatómicas, fisiopatológicas y clínicas; únicamente carece de casuística suficiente, para que pretenda ser considerado como una aportación de carácter netamente académico.

Consideraciones anatómicas.—El nervio ciático mayor es el más grueso del organismo humano, y es la rama terminal del plexo sacro. Toma origen de la cuarta y quinta lumbares por medio del tronco lumbosacro, de la primera sacra y de una parte de la segunda y tercera sacras.

La reunión de estas raíces en un tronco único se hace en el borde anterior de la escotadura ciática mayor, en el borde inferior del músculo piramidal, por detrás del borde posterior del obturador interno y por debajo de la espina ciática.

Consideraciones fisiopatológicas.—El nervio ciático mayor es un nervio mixto, o sea de sensibilidad y motilidad, cuya compresión es más efectiva a nivel de la espina ciática. Su compresión por diferentes mecanismos, origina alteraciones de sensibilidad que se extienden a todo el

* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 15 de agosto de 1947.

trayecto del nervio, bajo la forma de dolores semejantes a los de la neuralgia ciática; por parte de la motilidad produce calambres o sean contracturas dolorosas de los músculos gemelos o gastrocnemianos de la pantorrilla. Las causas que pueden actuar produciendo la compresión del nervio, han sido referidas a exostosis, fibromas uterinos múltiples encajados en la excavación, y principalmente la cabeza del feto, ya sea en los últimos meses del embarazo o, como es de suponer, durante el trabajo del parto. A este respecto transcribo lo que asienta Joseph B. De Lee, al referirse a los efectos que el trabajo del parto produce en el organismo materno: "Cuando la cabeza entra la parte baja de la pelvis, puede comprimir los nervios obturador o sacro. Se producen entonces calambres en la pierna, en la parte superior y anterior primero, y en la cara posterior de la misma." León Vallois, en su libro "El parto normal", dice al respecto: "Lo mismo sucede con los calambres de los miembros inferiores, cuya causa es la compresión que la cabeza fetal ejerce en la excavación sobre los troncos nerviosos."

Si el signo se presenta en los casos de pelvis normal, lógico es de suponer que en las pelvis estrechas pueda acontecer algo semejante. Efectivamente veamos lo que dice De Lee, en su capítulo LV, referente a "Los aspectos clínicos de las pelvis estrechas": "Tan pronto como la cabeza desciende en la excavación y llega al piso perineal, la mujer comienza a pujar y el occipucio a rotar hacia el frente. Tres signos indican que la cabeza ha descendido: La paciente comienza a pujar; la misma expresa deseos de evacuar, si no es que hay salida de materias fecales; y finalmente aparecen calambres en la pierna izquierda, en la posición occipito-izquierda anterior o viceversa. El primero de estos signos es debido a la presión de la cabeza sobre el recto, y el último a la irritación del plexo sacro por la misma al avanzar".

Consideraciones clínicas.—Una ocasión erá solicitado a la media noche con urgencia, por la vía telefónica, para trasladarme a fin de atender a una paciente en trabajo de parto. Estando al lado de la enferma comprobé que realmente se encontraba en trabajo de parto, estando en la cama en posición apropiada al caso. En una contracción de la matriz, pude advertir que la presentación aparecía en la vulva teniendo repliegues y cubierta de pelo, o sea que era de vértice. Teniendo en cuenta la relativa facilidad de avance de la cabeza del feto, me imaginé que la cara del mismo venía mirando hacia el piso, o sea que correspondía a una presentación en el dorso hacia adelante, es decir, anterior. Al salir la cabeza y

favorecer su movimiento de rotación, hice el diagnóstico: presentación de vértice, en occipito-iliaca derecha anterior.

Hasta aquí nada anormal; pero, lo verdaderamente insólito del caso y que jamás había presenciado, consistía en lo que paso a referir. Tan pronto como aparecía la contracción de la matriz, la paciente se quejaba intensamente de un calambre en la pierna izquierda, que la obligaba instintivamente a ir extendiéndola poco a poco, a fin de relajar los músculos que en estado de contractura producían el dolor de la pierna. Su expresión angustiada, que aún no he olvidado, la expresaba diciendo: ¡Ay!, ¡el calambre de la pierna, sóbenmela, sóbenmela!

Afortunadamente para la paciente y para mí, ese estado duraría escasamente unos veinte minutos, pues tan pronto como terminó la salida del producto, entró en calma.

Una vez entregado a la meditación del caso clínico, me hice las siguientes reflexiones: el calambre de la pierna izquierda sin duda alguna se producía por la compresión del ciático mayor del mismo lado, la frente a su vez la que originaba la compresión. En todo esto nada nuevo aparecía; mas he aquí que me asalta la siguiente inferencia: si la frente ocupaba la extremidad posterior del diámetro oblicuo de la pelvis, lógico es deducir que el occipucio estaría en el punto diametralmente opuesto, es decir correspondiendo a la eminencia ileo-pectínea derecha; lo que a su vez me hacía saber que el dorso del feto se encontraba del mismo lado que el occipucio, o sea, en la mitad derecha de la pelvis; finalmente que localizado el dorso podía encontrar el acromion, punto de auscultación máximo de los latidos del corazón fetal; en resumen, de haber asentado el diagnóstico de presentación de vértice, en occipito-iliaca derecha anterior, basándome solamente en el calambre de la pierna del lado contrario o sea la izquierda.

Traté de emprender una búsqueda en las pacientes embarazadas que venían a consultarme, preguntándoles con insistencia si se quejaban de calambres en una pierna, o, si se presentaban en ambas, en cuál se hacían con más frecuencia o mayor intensidad, logrando reunir un reducido número de casos en que logré acertar la presentación y posición del feto, nada más por el síntoma subjetivo del calambre de la pierna.

Carente del ejercicio amplio de esta disciplina, y obligado a abandonar después la atención de los partos, dejé en el olvido mi hallazgo; si no fuera porque recientemente estuvo a consultarme una cliente, de esas pocas que aún quedan, y que no pierden la fe o confianza en nosotros; multigesta, en el cuarto embarazo, a término, y en la que hice el diagnóstico de la presentación y posición del feto, insistiendo en la aparición del calambre de

los músculos de la pantorrilla, el que a decir de la paciente se presentaba en ambas piernas, siendo más aparente en la izquierda, por su frecuencia e intensidad. Examinada la enferma comprobé una presentación de vértice, en occípito-iliaca derecha anterior. Este nuevo caso clínico me hizo revestirme de confianza, y ponerme a revisar literatura para dar forma a esta aportación de disciplina obstétrica, a fin de cubrir mi turno reglamentario.

El sábado nueve del presente, fuí solicitado para integrar el examen profesional de una alumna de Obstetricia; mi réplica enfocada al estado de trabajo de parto en que se encontraba la paciente, terminó preguntando a la alumna el diagnóstico de la presentación y posición del feto; después de practicar la palpación y auscultación del vientre, la misma asentó que era una occípito-iliaca derecha anterior. Acercándome a la paciente la interrogué sobre si se quejaba de calambres en las piernas, a lo que contestó diciendo: no tengo calambres, sólo siento un dolor en la pierna izquierda; de lo que deduje que la frente estaba comprimiendo el ciático de ese mismo lado, y que por lo mismo la alumna estaba en lo justo de su diagnóstico. Como el doctor Landa presidía el jurado, le supliqué examinara a la enferma, estando de acuerdo con la alumna, y que la frente se encontraba a la izquierda.

El inolvidable maestro don Gonzalo Castañeda decía: "En clínica lo que no se busca, no se encuentra"; lo cual quiere decir que conociendo este nuevo signo, e interrogando sistemáticamente, lo encontraremos con más frecuencia.

Para los practicantes, parteras y alguno que otro médico de provincia, el signo, caso de existir, podrá guiar en el diagnóstico tocológico.

Conclusión: El calambre de la pierna es un signo que facilitará el diagnóstico de la presentación y posición del feto.