

## Operación Cesárea, Solución Razonable de Casi Todas las Variedades de Distocias

Por el Dr. Juan MONTOYA ALVAREZ

(Continúa)

El estudio crítico de las diferentes indicaciones que haré a continuación, es el producto de un detenido estudio de las nuevas indicaciones de la Obstetricia predominantemente quirúrgico, 'aplicada durante dos años en mi servicio de Obstétrica del Hospital San Felipe; en dicho estudio hago una revisión de todas las indicaciones, insisto en las nuevas y comparo sus resultados con los que proporcionan en casos iguales las operaciones clásicas.

**Estrechez pélvica.**—La estenosis ósea de la pelvis, constituye la indicación primordial de la operación cesárea; por mucho tiempo fue casi la única.

Considerada como un recurso extremo, la operación cesárea no se practicaba mas que cuando la deformidad era tan notable y aparente, que el parto espontáneo se consideraba desde luego imposible, o cuando habían fracasado todas las tentativas de extraerlo por las vías naturales. La mortalidad de la cesárea era bastante elevada; más no quedaba otro remedio que decidirse por ello o practicar la embriotomía, operación igualmente peligrosa y cuya licitud con feto vivo fue siempre muy discutible y por muy pocos médicos aceptada.

En las estrecheces menos pronunciadas, se distinguían tres grados y se indicaban diversos métodos, para cuya elección en cada caso había que estudiar el tipo y localización de la estrechez, la presentación y posición del feto, el volumen probable de la cabeza y su maleabilidad, el ritmo e intensidad de las contracciones uterinas y el tiempo de trabajo. Cuando uno de estos casos caía en manos de una comadrona o de un médico no competente, la catástrofe era la regla. Además de la **expectación**, simple o auxiliada por medios terapéuticos, se recurría al fórceps, a la versión o la sinfisiotomía o la pubiotomía, lo mismo que el parto prematuro.

La embriotomía y la cesárea seguían siendo los últimos recursos y, cuando la bolsa amniótica estaba rota y se sospechaba o **comprobaba** la infección, se practicaba un Porro. No señalaré en detalle las circunstancias que hacían escoger entre una u otra, pero señalaré los peligros que todas ellas entrañan.

Más allá de cierto límite prudente, la actitud de espera tiene sus riesgos, aún cuando el parto llegue a verificarse sin ninguna intervención; y con el empleo aún moderado de los ocitócicos. el peligro se hace mayor. El trabajo prolongado puede ocasionar fenómenos graves de fatiga obstétrica y hemorragias secundarias por cansancio del músculo uterino; la bolsa rota y los tactos vagi-

nales predisponen a la infección. Para el niño existen los riesgos de sufrimiento, asfixia por inspiraciones prematuras, con expulsión de meconio, procedencia del cordón, céfalo- hemotoma, giba serosanguinolenta, y hasta fracturas espontáneas de los huesos craneales con sus correspondientes hemorragias meníngeas y cerebrales.

La **aplicación** de fórceps en las pelvis estrechas es una de las más peligrosas y traumáticas de las operaciones obstétricas; ya que el instrumento actúa como compresor y reductor de la cabeza, como auxiliar o ejecutar de su rotación interna y como extractor, requiriendo siempre el empleo de la fuerza. Fácil es comprender los desastres que puede ocasionar, y lo admirable que es que nos los ocasione siempre. Cuando la suerte nos protege, tal vez sea la muerte lo menos malo que puede ocurrirle al niño; pues peores que ella son los hundimientos y fracturas de los huesos del cráneo, los aplastamientos de las láminas orbitarias con formación de hematoma retrobulbar y traumatismos de los nervios y músculos de la órbita, las lesiones traumáticas de los ojos, las compresiones y contusiones cerebrales, las hemorragias cerebrales cuyas consecuencias se extienden desde una monoplejía simple hasta la idiocia absoluta, pasando por la hemiplejía, la afasia, las hemorragias subconjuntivales y retinianas y la epilepsia. Sin tomar en cuenta que el proyectil cefalo-instrumental puede causar en las vías maternas, la abertura de la sínfisis, la fractura del arco púbico, la ruptura de las articulaciones sacroiliacas, los desprendimientos y desgarraduras de la vejiga urinaria, la ruptura del cuello uterino, los desgarros del perineo y las terribles fístulas véscicovaginales y rectovaginales.

En condiciones óptimas, la versión podálica, puede tener éxito en las pelvis con estrechez pélvica moderada y en las que el conjugado verdadero no sea menor de 7.5 a 9 centímetros para la variedad plana y de S a 9.5 para la generalmente estrecha; esta versión podálica, que recibe el nombre de versión profiláctica no debe ser el procedimiento de elección, ya que no carece de peligros, pudiéndose ejecutar con menos riesgos solamente al principio del segundo período y nunca en primíparas. Por parte de la madre, el mayor de todos los riesgos es la ruptura uterina, fácil de ocurrir cuando hay retracción del anillo de Bandl no son raras las lesiones del cuello de la uretra y del tabique véscico-vaginal, de la vagina y del perineo en el momento de la extracción del polo cefálico. Para el niño la mortalidad según estadísticas norteamericanas es del 35%, y son muy frecuentes las fracturas de la clavícula, del húmero y de el fémur, las parálisis radiculares y el arrancamiento de la sutura escamosa del occipital.

**Por** lo sencillo de su ejecución, la sinfisiotomía conserva algunos partidarios entre los parteros tradicionalistas. Considerándose indicada en las pelvis estrechas transversalmente; pero ya desde antaño se señalaban como peligros de ésta al parecer sencilla operación, las infecciones y la falta de consolidación de la sínfisis, las hemorragias y las fístulas véscico-vaginales, por lo que al-

gunos prefieren la Hebosteotomía u operación de Gigli, cuyos beneficios se extienden a las pelvis generalmente estrechas. Pero esta operación más complicada que la Sinfisiotomía, no es por eso menos peligrosa; sus mismos partidarios la contra-indican en los casos infectados y señalan para los puros, una mortalidad materna del 2%, y fetal de 10%.

Estas intervenciones que han sido desechadas en los Estados Unidos, pero que son practicadas por algunos parteros europeos y sud-americanos, tienen el inconveniente de que son paliativos y rara vez solucionan el caso, teniendo que ayudarse con otros medios, (fórceps, etc.), lo que viene a agravarnos la situación tanto del feto como de la madre, y sólo un demasiado apego a la tradición puede hacer que se les siga practicando.

El parto prematuro, se recomendaba en las pelvis platipeloides, en las platipeloides y uniformemente estrechas, con diámetro conjugado verdadero entre 8 y 10 centímetros; dentro del límite de viabilidad fetal, el momento oportuno para la inducción del parto variaba con el grado de estrechez pélvica. Por los riesgos inmediatos y tardíos a que está expuesto un niño prematuro, muerte inmediata de más del 20 al 30 <sup>1</sup>/<sub>r</sub> y muchos otros mueren dentro de las primeras semanas de la vida, a pesar de las incubadoras y de los mejores cuidados; por la falta de contracciones uterinas eficaces, que nos obligan a emplear ocitócicos, o bien aplicar fórceps, hacer exploraciones frecuentes, prolongándose el parto a veces varios días o semanas: es por lo que el parto prematuro, no tiene ya cabida en las estrecheces pélvicas, y queda en la actualidad reservada para otros casos, tales como, algunos de muerte habitual del feto, albuminuria, pre-eclampsia, diabetes, asistolia, pielo-nefritis gravídica, etc.

La embriotomía y la craneatomía son las más crueles y repugnantes entre todas las operaciones de la cirugía obstétrica. Con feto vivo, no las admite ya nadie, aún prescindiendo de todo escrúpulo de orden religioso, pues es bien conocido el criterio de la iglesia Católica, que proscribía que en circunstancia alguna, se deben destruir deliberadamente ninguna vida humana, ni aún para salvar la vida a otra persona: quedando por consiguiente restringidas estas mutilantes operaciones a los casos con feto muerto y sabido es los peligros a que está expuesta la madre.

No ha habido tema en medicina que en todos sus aspectos presente mayores dificultades, que el tratamiento del parto en mujeres con distocias por estrecheces pélvicas, y nada hay que requiera tanta habilidad y experiencia. En la actualidad el pronóstico de dichas distocias ha mejorado en proporción y su tratamiento se ha simplificado mucho. Los antiguos distingos y complicada casuística, no tienen ya importancia y basta la más ligera desproporción entre la pelvis materna y la cabeza fetal para que esté indicada la Cesárea como la operación que, ofreciendo al niño garantía absoluta resulta menos peligrosa para la madre.

Para proceder con oportunidad en estas distocias, es necesario que toda gestante primigesta, o toda múltipara con historia de

distocias anteriores se sometan a un examen médico precoz, y sea objeto de un estudio métrico y radiográfico de la pelvis; con objeto de averiguar si hay desproporción cefalo-pélvica y determinar el grado de ella; o, en otras palabras, se debe de hallar la respuesta a la pregunta de si es posible que pase el feto por la pelvis; nunca se omitirá este estudio cuando se sospeche la estrechez o cuando al final de la gestación no se compruebe el encajamiento previo de la cabeza en las primíparas.

"La siguientes modalidades de estenosis del estrecho superior, han sido para mí guía de indicación absoluta en condiciones óptimas para la operación Cesárea.

1—Pelvis con conjugado verdadero menor de 5.5 en la variedad platipeloide, y de 6 centímetros en la generalmente estrecha. (Pelvis absolutamente estrecha).

2°—Pelvis cuyo conjugado verdadero es de 5.5 a 7.5 centímetros en la variedad plana, y de 6 a 8 en la generalmente estrecha. (Pelvis relativamente estrecha) y

3°—Pelvis cuyo conjugado verdadero es de 7.5 a 9 centímetros en la variedad pletipeloide, de 8 a 9.5 en la generalmente contraechea. (Pelvis moderadamente estrecha).

Cabeza no encajada en pelvis normal. Sabido es que en las primíparas con pelvis normal, si la presentación lo es también, el encajamiento debe verificarse en el noveno mes o por lo menos con anterioridad al inicio del trabajo. Por lo tanto, si en una primípara cuya pelvis es normal, se nota que la cabeza no está encajada al llegar a término la gestación, el pronóstico desparto se hace reservado por lo que toca a su terminación espontánea.

Esta falta de encajamiento en las primíparas antes del inicio del parto, puede ser consecuencia de diversas causas, que examinaré a continuación.

Puede ser debido a un exceso del volumen del feto, el caso resulta entonces, clínicamente idéntico al de una estrechez pélvica, y justifica siempre una operación Cesárea; si se trata de una múltipara la indicación es siempre la misma.

Nunca dejaré de recordar con tristeza una catástrofe de que fue víctima una de mis enfermas que tuvo la mala suerte de caer en manos de tocólogos apegados al clasicismo; se trataba de una secundípara, con pelvis normal, con feto grande, en las que la desproporción cefalo-pélvica era bien marcada; hacía veinte horas se había iniciado el trabajo de parto, el cuello estaba totalmente dilatado, la bolsa de las aguas íntegra, cabeza no encajada, contracciones uterinas fuertes, dolorosas, estado general de la enferma bueno, no había, fatiga obstétrica, y se trataba de una enferma de buena constitución física y mental; latidos cardíacos fetales normales. En estas condiciones resuelve una aplicación de fórceps alta, al romper la bolsa de las aguas, sale un líquido amniótico claro, transparente; después de varias tentativas infructuosas, por querer extraer al niño, resuelven hacer una versión podálica con tan mala suerte para la enferma, que pocos minutos después muere a consecuencia de una ruptura uterina; sin haber logrado siquie-

ra extraer al niño el que tuvo que correr la misma suerte que su madre. La operación Cesárea en este caso, pudo haber evitado este drama obstétrico, salvando las dos vidas y el honor de dichos tocólogos.

Muchas veces la falta o el retardo de encajamiento se debe en las primíparas, a que las presentaciones de vértice están orientadas en posiciones occípito-posteriores; a estas posiciones occípito-posteriores se debían antiguamente el mayor número de dramas obstétricos, y pueden originarse todavía si se siguen las indicaciones clásicas, que son en estos casos la versión y el fórceps alto.

Cuando el encajamiento no es completo los clásicos recomiendan la versión podálica; nunca he practicado esta indicación en las primíparas, por considerarla en extremo peligrosa, agrabando dicha situación la necesidad que hay a menudo de aplicar fórceps en cabeza última; el niño sólo tiene un 50% de probabilidades de vida y dentro de éstas, hay un 25% de salir más o menos seriamente lesionado; por parte de la enferma son de temer la muerte de la madre de ruptura del útero, del cuello, o del desprendimiento prematuro de la placenta, y los grandes desgarros de las partes blandas, vagina, perineo, etc.

Si el encajamiento llega a verificarse lo que en las occípito-posteriores siempre ocurre tarde y mal, los partidarios del clasicismo obstétrico se deciden por el fórceps; para llevar a término la operación es preciso valerse del fórceps de Tarnier, con tractor de doble articulación o el fórceps largo de Simpson ayudado de la maniobra de Saxtroph-Pajot y hay que lograr cuatro fines: flexión, sinclitización, rotación y extracción; si se desatienden los dos primeros, pueden hacerse imposibles los últimos.

Los grandes parteros de antaño hacían estas extracciones con el fórceps largo de Levret sin tractor o con el de Pajot con lazos, y ejecutaban la rotación del occipucio hacia adelante por medio del instrumento, maniobra la más atrevida, difícil y **traumática** de toda la obstetricia. Si algún niño quedó con vida después de ella o alguna mujer salió ilesa, hay que reconocer que la habilidad de aquellos viejos maestros fue realmente maravillosa.

Cabe ahora preguntar después de que el fórceps ha fracasado, cual es la indicación mas apropiada. Las mas de las veces, al llegar a este punto, se halla la madre en muy grave estado y el feto está agonizante o padeció ya gravísimos daños de resultas de la operación antecedente y en tales circunstancias lo único que queda por hacer es la craneotomía; el siguiente es un ejemplo vivido de lo dicho; una mañana al presentarme como de costumbre a mi servicio, me encontré con una enferma de 36 años de edad, soltera, de oficio?, doméstica, **multípara**, que hacía dos horas había ingresado al servicio, con 15 horas de trabajo de parto, paciente de estado físico y mental bueno, con embarazo a término, pelvis normal, perineo con desgarramiento antiguo de segundo grado, cabeza en excavación pélvica, contracciones uterinas, fuertes y dolorosas con carácter expulsivo. Corazón del niño irregular, arrítmico, 180 por minuto y acompañado de soplo funicular; al hacer el tacto vaginal,

descubro, cuello totalmente dilatada, membranas íntegras asinclitismo posterior, fontanela menor a la derecha, mayor a la izquierda; con estos datos hago el diagnóstico de detención transversal profunda en O. T. I. u O. I. 90 grados. En estas condiciones y tomando en cuenta los signos marcados de sufrimiento del feto, decido intervenir inmediatamente haciendo un fórceps. Al romper las membranas dieron salida a un líquido amniótico de color verde oscuro fuertemente cargado de meconio; trato primero de poner la cabeza en occípito-pública, por medio de maniobras manuales para hacer la aplicación en esta posición, rotación que no logro; entonces introduzco el fórceps de Simpson haciendo una presa oblicua en el diámetro izquierdo, trato en seguida de verificar la rotación instrumental por medio del método de Key-in-lock (llave en la cerradura) de De Lee, cosa que igualmente tampoco logro; en tan apurados momentos decido hacer tracciones, con la esperanza de que se verifique por sí sola dicha rotación para después hacer la segunda aplicación; después de varias tracciones veo fracasados mis intentos de extracción por este método; quito a continuación las cucharas, y hago nuevo examen; después de un detenido examen comparativo entre la cabeza y la excavación pélvica, llego a comprender el error cometido al escoger esta vía vaginal y la oportunidad perdida de haber ejecutado una operación Cesárea. La situación para mí era muy penosa, los signos de sufrimiento del niño muy marcados y el peligro de muerte era inminente; me hallaba ante la disyuntiva de escoger entre la craneotomía con feto vivo, o algún método de extracción abdominal; me decido por la craneotomía, operación cuya mortalidad materna es casi nula, pues las razones expuestas me hacían considerar perdido al niño, y no quise exponer a que la madre siguiera la misma suerte intentando una extracción abdominal. No me da vergüenza confesar que en este caso, me tocó ser juez, jurado y verdugo, de este niño a quien una operación Cesárea practicada a su debido tiempo hubiera dado muchas probabilidades de vida.

El caso anterior fue una lección muy instructiva, que pocos meses después me hizo salir aireoso, en la observación que a continuación presento:

C. B., soltera, de 17 años de edad, de oficios domésticos, primigesta, ingresa al servicio el 29 de enero de 1947, a las 8 de la mañana, con 18 horas de trabajo de parto. Examen obstétrico: senos normales, vientre globuloso, paredes tensas, vulva normal, perineo normal.

Diámetro Biespinoso 23 centímetros;

Diámetro Bicrestal 24 centímetros;

Diámetro Bitrocanteriano 29 centímetros;

Diámetro de Baudelocque 19 centímetros;

Diámetro conjugado verdadero obstétrico ( 9.5 centímetros. . .

Rombo de Michaelis ( D. V. 10 centímetros;  
) D. T. 11 centímetros;  
( L. S. 6 centímetros.

Presentación de vértice, encajado en O. I. A. Corazón fetal 160 palpitations por minuto, foco irregular, débil, situado en la línea espino-umbilical izquierda a 15 centímetros por encima del pubis. En el momento que practiqué el examen 9:30 de la mañana, hacía media hora se había roto la bolsa de las aguas, dando salida a un líquido amniótico abundante fuertemente mezclado con meconio. Al tacto vaginal encontré cuello completamente dilatado, bolsa de aguas reta, la presencia de una giba cerosanguinolenta, cabeza encajada, sinclitismo, fontanela menor hacia adelante y a la izquierda. Como se puede ver la enferma se encontraba en el período de expulsión, con la cabeza detenida, a pesar de la energía de las contracciones uterinas, las que eran muy dolorosas, presentándose cada 30 segundos y con una duración de 80. El estado físico y mental era bueno, se ponía solamente agitada en el momento de las contracciones. En estas condiciones decidí terminar el parto mediante una aplicación de fórceps en el estrecho superior, para lograr mi objeto, hecho mano de las cucharas de Tarnier, haciendo una presa oblicua y luego las tracciones; pasados 15 minutos la presentación no se había modificado; entonces me di cuenta del error cometido al escoger la vía vaginal, pues a pesar de estar encajado el niño, siempre existía marcada desproporción cefalo-pélvica; sin perder tiempo tomando en consideración los signos de marcado sufrimiento del feto; me decidí por una extracción abdominal y escojo la operación Cesárea cervical o la-parotroquelotomía siguiendo la técnica de Sellhein y De Lee; legando de esta manera la extracción de un niño vivo con 3,680 gramos de peso y con los siguientes diámetros de la cabeza: occípito-frontal 11 centímetros, occípito-mentoniano 13 centímetros, biparietal 9 centímetros, bitemporal 10 centímetros.

Después de la extracción del niño, apliqué polvos de sulfatiazol localmente y al mismo tiempo indiqué 40,000 unidades de penicilina cada cuatro horas- y tres gramos de sulfatiazol por vía oral durante cuatro días. El post-operatorio con excepción de una dilatación aguda del estómago, que cedió al segundo día del tratamiento, fue tan bueno que la enferma fue dada de alta a los 15 días completamente restablecida.

Como Uds. podrán objetar, si en la enferma anterior, yo no me hubiera apegado al tradicionalismo y hubiese seguido las indicaciones de la obstetricia moderna puramente quirúrgica, habría salvado aquel niño que hice sucumbir bajo las garras de acero del criminal craneoclasto.

Algunas veces la falta de encajamiento es debido a una presentación de cara, y en casos más raros a una de frente. Cuando es la cara la que se presentaba situación es la misma para las primíparas que para las multiparas; pues en ambas lo importante es el diagnóstico de la presentación; ya que el parto es espontáneo o a lo-