

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

Por el Dr. Juan MONTO YA ALVAREZ

Placenta previa.— Entre las nuevas indicaciones de la Cesárea, la placenta previa se considera hoy como una de las más legítimas. El octavo Congreso de Tocólogos Franceses, y la Sociedad Quirúrgica que representa los países escandinavos, llegaron en 1934, a la conclusión de que, en la variedad central y central parcial, es la operación Cesárea la que da mayores garantías al niño y presenta menos peligros para la madre; y Mackenzie llegó a la misma conclusión después de estudiar 22.115 casos compilados en todas partes del mundo. En la variedad marginal si la presentación es de vértice, se obtiene excelente resultado con un buen taponamiento procedido de ruptura de la bolsa de las aguas de ja aplicación de metrurinter, o de las pinzas de Willet ;y en los casos de feto muerto o a punto de morir, cuando es prematuro y hay muy pocas posibilidades de que viva, la versión de Braxton. Hicks; Por cualquiera de los métodos clásicos de extracción por las vías naturales, se pueden lograr éxitos sonados y espectaculares; pero es muchos lo que se arriesga y se pueden sufrir también dolorosos fracasos, dado que al trabajar sobre el cuello uterino, se provoca nueva hemorragia, cuya cantidad nadie puede preveer. Sin tomar en cuenta, que nunca sabemos hasta que punto se puede contar con la resistencia de la parturienta. Por todo esto mejor debemos practicar la operación Cesárea, tanto en nulíparas como en múltiparas con placenta previa total y parcial, a su debido tiempo; aumentando la conveniencia de la operación el hecho de que se presentan algunas de las complicaciones siguientes: pelvis estrecha, feto de gran tamaño, prolapso del cordón, fibromas o toxemia.

No obstante preferir la mayoría de los operadores la operación Cesárea clásica para la placenta previa, yo siempre he preferido la laparotraquelotomía u operación Cesárea Cervical. Cuando la placenta está situada en la pared anterior, lo que sucede en el cincuenta por ciento de los casos, la técnica no es tan fácil como de ordinario; pero se tiene la ventaja de que el área sangrente queda a la vista y se pueden taponar o suturar los senos del sitio placentario. En algunas ocasiones está adherida la placenta a un pliegue en forma de media luna de la mucosa cervical posterior, y su despegamiento va seguido de abundante hemorragia que se puede restañar suturando el muñón. Cuando hay placenta previa cervical, las vellosidades corroen profundamente el tejido muscular, y, en tales casos, la laparotraquelotomía da acceso directo al

sitio de la hemorragia. Lo dicho apoya la razón de porqué la laparotomía, esté siendo reconocida en todo el mundo, como la operación de elección en la placenta previa.

Desprendimiento prematuro de la placenta.— Este accidente, es una de las más graves dolencias obstétricas que ha de tratar el tocólogo ya que por lo menos la cuarta parte de las mujeres y el noventa y cinco por ciento de los fetos mueren cuando hay desprendimiento total, con la hemorragia oculta. Cuando el desprendimiento se verifica durante el embarazo, si el feto es viable, y el cuello está cerrado firmemente, y hay hemorragia interna grave; la operación cesárea después de transfusión y ejecutada lo más rápidamente posible, es la única intervención capaz de salvar la vida del niño garantizando la de la madre. Si el desprendimiento se verifica durante el parto, y la enferma está en estado de colapso profundo, la transfusión de 800 a 1.000 gramos de sangre, seguida de la operación cesárea rápida, si es posible con anestesia local es la única intervención capaz de salvar al niño, garantizando siempre la vida de la madre; siempre que se tenga presente, hacer una laparotomía, o terminar la cesárea clásica con un Porro, en los casos impuros.

Eclampsia.— Sabido es que la eclampsia es un estado toxémico en cuya etiología intervienen factores diversos, con predominio de alguno según los casos; de allí que el resultado final en cada uno no podrá atribuirse en términos absolutos al método escogido para terminar el parto; pero cuando lo más urgente es evacuar el útero, la operación Cesárea es lo más indicado para hacerlo con rapidez sin causar lesiones al niño, respetando por otra parte de esta manera las lesiones de las vías maternas. Si en dicha intoxicación eclámpica predomina corno causa etiológica el factor ovular, el éxito es casi siempre seguro; pero si los factores intestinales, hepático o renal ocupan el primer plano, la enfermedad seguirá su curso, y únicamente una terapéutica médica es capaz, de salvar a la enferma de una terminación fatal.

Embarazo complicado con neoplasma.— Los neoplasmas del útero o de las regiones contiguas pueden causar graves dificultades en el parto, antes y después de él; la gravidez por otro lado agrava siempre la evolución de los neoplasmas. Así vemos como muchos fibromiomas que pasaron inadvertidos antes del embarazo, en el curso de éste son descubiertos; yo he tenido ocasión de encontrar dos enfermas, en las que practiqué la operación Cesárea seguida de histerectomía total, pocos minutos después de que se inició el trabajo de parte; la operación Cesárea en este caso seguida de histerectomía, tiene doble indicación, por una parte evita todos los accidentes que se pueden presentar durante el parto, tales como dolores intensos, ruptura uterina, anormalidades de presentaciones (cara, frente, nalgas, hombros); o durante el alumbramiento, hemorragias, etc., y por otra parte se aprovecha la oportunidad para quitar dicho tumor, que siempre sería motivo de intervención. Con menos frecuencia complican, aunque con ma-

por gravedad el embarazo y el parto, los neoplasmas del ovario, y el carcinoma del cuello-uterino y en éstos casos la indicación es la misma; con la diferencia que en éstas últimas dolencias siempre debe de interrumpirse el embarazo y hacer la cura radical en cualquier época de la gestación.

En la distocia dinámica.— En ciertos casos la cesárea se indica exclusivamente por anomalías irreductibles en la dinámica uterina; son aquellos casos en que, fracasados los recursos de orden médico, se imponen los quirúrgicos. Estas anomalías pueden consistir en hipertonías o mejor dicho hiperergismo, contracciones espasmódicas, parto doloroso, o bien en una hipodinamia o hipoergismo rebelde a toda la terapéutica ocitócica conocida. Estos hiperergismos e hipoergismos pueden ser primitivos e instalarse desde el principio del parto, o bien presentarse secundariamente después de varias horas o días de trabajo. La obstetricia quirúrgica manda como norma actual, que si los recursos de orden terapéutico o "parto médico," no modifican las condiciones del cuello ni hacen progresar la presentación después de diez horas de trabajo, la (prueba del parto) ha fracasado y hay que intervenir. Antes, se intervenía en estos casos completando la dilatación manualmente y aplicando el fórceps o haciendo una versión, según el mayor o menor grado de encajamiento de la cabeza; se comprende desde luego que este método tiene grandes inconvenientes que desaparecen con la operación cesárea.

**Cesárea en la mujer moribunda o muerta.**— Desde los tiempos de Numa Pompilio, ya existía esta indicación con objeto de salvar al niño y se ejecutó varias veces aunque no con mucho éxito, razón por la que la desaprovaban la mayoría de los tocólogos. Cuando el embarazo pasa de la vigésimasexta semana, se debe abrir el vientre de la mujer tan pronto como se extinga su vida; ni siquiera es necesario obtener el consentimiento del esposo ni de la familia; no necesitándose en estos momentos de ninguna asepsia ni antisepsia; así como tampoco instrumental ninguno, pudiéndose proceder cuando no se está preparado con la navaja del bolsillo tal como nos lo aconsejó en una sesión de la Asociación Médica Hondureña el Doctor Juan A. Mejía M.

El Talmud y la religión católica prescriben que se ejecute la operación cesárea en la mujer moribunda, para salvar a la criatura, pero rara vez se pone en práctica operación tan penosa. En la misma sesión médica a que hago referencia en relación con esta indicación, la mayoría de los colegas estuvo de acuerdo con la opinión del Prof. Dr. Juan A. Mejía M. de que cuando la muerte de la mujer es sólo asunto de pocas horas, si el feto está vivo y es viable, la operación está indicada, pero entonces legalmente es preciso obtener el consentimiento por escrito del esposo o del pariente más próximo; y siempre en estos casos es preciso hacer todos los preparativos necesarios a la operación, y, mientras se espera la muerte de la mujer, auscultar los latidos fetales, y sólo poner en obra la, operación si estos dan señales de peligro.

Otras indicaciones.— La extracción suprapúbica está indicada además, en los casos siguientes:

1o. Tumores que obstruyen la salida del feto (pólipos o fibromas cervicales).

2c. Presentaciones transversales en primíperas a término, cuando ha fracasado la versión externa; pues ya sabemos los grandes peligros que en estos casos encierra la versión interna.

3o. En algunos casos de diabetes en que la creatura está creciendo rápidamente, se practicará la cesárea tres o cuatro semanas antes del término normal del embarazo.

4o. En casos de aborto habitual en que los fetos mueren después de haber llegado a ser visibles, se practicará la cesárea Inmediatamente antes del momento en que de costumbre se produce la muerte fetal.

5o. En primíperas de más de 40 años con presentación podálica.

6o. En algunos casos de inminencia de ruptura del útero.

7o. En algunos casos de cardiopatías, en que se teme la descompensación.

8o. En multíparas que han perdido sus hijos después de partos difíciles.

9o. En la mayoría de los casos, después de la oclusión, con éxito, de fistulas vesicovaginales o rectovaginales, o con objeto de reparar incontinencias antiguas de orina o de materias fecales y

10o. En algunos casos de prolapsos del cordón a través de un cuello uterino incompletamente dilatado.

Contraindicaciones.— La operación cesárea está contraindicada en los casos siguientes:

1o. Cuando el feto está muerto, excepto en algunos casos de pelvis absolutamente estrecha, en los desprendimientos prematuros de la placenta previa cuando sea necesario cohibir rápidamente la hemorragia.

2o. Cuando el parto ha estado en marcha más de 24 horas con bolsa de las aguas rota, la operación cesárea clásica está contraindicada, pero puede hacerse en estos casos una operación extra peritoneal perfeccionada o un Porro, y

3o. Cuando hay fiebre durante el parto.

Otras contraindicaciones, como anemia aguda, agotamiento, etc., no deben ser considerados por el obstetra moderno, ya que perfectamente son vencidas.

Condiciones.— La extracción suprapúbica no está sujeta a condición alguna, siempre que esté indicada. Así vemos que cuando las indicaciones son absolutas, se lleva a cabo la extracción del feto por vía abdominal, tanto si está vivo como si está muerto, sea cual fuere el estado de la paciente; lo único que varía es el método a escoger; en el curso de estas notas he dicho que en los casos impuros, la operación cesárea clásica está contraindicada, pero perfectamente podemos practicar cualquiera de los métodos perfeccionados de extracción extraperitoneal o un Porro.

Técnicas.— Al multiplicarse las indicaciones de la operación cesárea, se han ideado y ensayado nuevas técnicas, cada vez más perfectas y simplificadas, cuyo éxito ha sido un factor importante en su aceptación.

Se empezó por suprimir en la Cesárea alta clásica, la exteriorización del útero, tendiendo a disminuir el manipuleo de los intestinos; después se ha preferido la incisión infraumbilical o cesárea baja, en que aquellos no se tocan para nada. El uso del sulfatiazol en polvo aplicado localmente, y de la penicilina y sulfas profilácticamente después de la operación, han reducido de tal modo los riesgos de infección peritoneal, que ha sido posible renunciar a la mutilante operación de Porro y, hasta en los casos con bolsa rota, sospechosos o francamente infectados, se practica con éxito la cesárea conservadora.

Entiéndese por operación cesárea el acto de extraer del útero el feto, a través de una incisión que se hace en la pared abdominal. Como se comprenderá este término no puede ser aplicado a las extracciones del feto, después de las rupturas del útero, ni tampoco a las operaciones que se ejecutan con motivo de un embarazo ectópico.

Todas las técnicas de extracción suprapública son buenas, lo importante es que sean bien ejecutadas; por mi parte siempre he preferido la laparotraelotomía u operación cesárea cervical según el tercer método de Sellheim, modificado por De Lee, que es el siguiente:

Posición de Trendelenburg, vejiga vacía, dejando puesto un catéter. Inyección ipodérmica de ergotrato. Incisión infraumbilical; mediante retracción adecuada de los bordes de la herida expóngase el segmento inferior del útero. la vejiga. y el pliegue peritoneal vesico-uterino a unos dos centímetros de la vejiga. Secciónese el peritoneo transversalmente en la extensión de unos 7 centímetros. Si se sigue la técnica de la incisión simple se separará por disección el borde superior del peritoneo útero-vesical en la extensión suficiente para obtener la exposición adecuada del segmento inferior del útero. Si se sigue el procedimiento de la operación con dos colgajos, se levanta el peritoneo a unos 4 centímetros por encima de la incisión transversal inferior y se libera en unos 3 centímetros a cada lado de la línea media. La disección de este colgajo superior se lleva a cabo de la misma manera que la disección del colgajo inferior, pero es más difícil. El objeto consiste en disecar este colgajo en una extensión suficiente para exponer la parte superior del segmento inferior del útero. Se coloca un separador debajo del colgajo vesical para protegerlo de cualquier lesión posible. La cavidad abdominal se protege convenientemente con rollos. Se abre el segmento inferior del útero por medio de una incisión longitudinal que empieza debajo del separador en la línea media y se continúa hacia arriba, tanto como sea necesario. Para la extracción de la sangre y líquido amniótico se emplea la aspiración.

Con un dedo introducido en la boca del feto se hace realizar una rotación a la cabeza hasta que la cara venga a ocupar la incisión uterina, donde la extracción se realiza por medio de unos fórceps cortos, o bien pasando la mano por debajo de la región occipital, ayudada con presión ejercida sobre el fondo del útero. Se secciona el cordón y se entrega el niño a la enfermera resucitadora. Inmediatamente antes de la extracción del niño, una de las enfermeras inyecta cinco unidades, de pituitrina en el músculo deltoides y en seguida se hace salir la placenta por expresión o se extrae manualmente. Luego se inyectan en el músculo uterino otras 5 unidades de pituitrina. Se sutura la herida uterina en 3 planos y a puntos separados; se lleva a continuación el colgajo superior del peritoneo hacia abajo, sobre el puente que se ha dejado incólume, y se fija; el colgajo inferior se aplica sobre el superior y se fija por medio de unos cuantos puntos de sutura con catgut crómico; de esta manera la herida se convierte en extraperitoneal. Por último se reconstruye la pared abdominal según el procedimiento acostumbrado.

Algunos obstétricas prefieren y recomiendan las cesáreas extra peritoneales; yo considero su técnica muy complicada, siendo más difícil la extracción del niño. Además aumentan el riesgo de herir el uréter o la arteria, uterina y seccionar los músculos rectos y oblicuos del abdomen. Por otra parte con el uso preventivo del sulfatiazol localmente y de la penicilina por vía parenteral, el hecho de abrir o no el peritoneo carece de importancia.

A pesar de todo, son muchos todavía los tocólogos que se conservan fieles a la tradición obstétrica y al romanticismo de sus triunfos espectaculares y sus fracasos deprimentes; pero tiempo es ya de que esta manera primitiva y azarosa de partear sea sustituida por otra más segura y más científica. En los países más evolucionados, la transformación se inició hace ya algún tiempo y avanza con tal rapidez, que pronto todas aquellas incertidumbres y tragedias del parto distócico se verán como pertenecientes a los tiempos heroicos de la obstetricia.