

LA SINFISIOTOMIA FRENADA

Con amable dedicatoria del autor recibimos recientemente una monografía con el título que encabeza estas líneas, tesis presentada para obtener el diploma de Dr. en Medicina de la Facultad de El Salvador por el caballero *J. H. Arrieta Yúdice*.

Un verdadero deleite nos causó su detenida lectura porque se trata de un trabajo completo sobre la materia, resultado indudablemente de un largo y concienzudo estudio bibliográfico, cadavérico, clínico y quirúrgico; sólo así se explica la excelente argumentación crítica sobre los diferentes procedimientos de pelviotomía y luego la comparación con las otras intervenciones obstétricas, fórceps, versión, cesárea.

La Historia de las pelviotomías inicia la tesis del Dr. Arrieta; se remonta hasta la observación hipocrática del funcionamiento de la articulación pubiana y a la idea príncipes de Pineaud sobre el ensanchamiento artificial no realizada sino hasta 68 años después por de la Courvée.

Analizando todos los conocimientos sobre pelviotomías en sus diferentes técnicas, indicaciones y resultados llega al siglo actual y se detiene a estudiar largamente las opiniones de franceses, cubanos y argentinos.

Después de considerar la anatomía de la región pubiana y de la sínfisis en sus aplicaciones quirúrgicas entra de lleno a la descripción de la técnica de Sinfisiotomía frenada, procedimiento sub-cutáneo parcial de

Zarate, Profesor de Obstetricia de Buenos Aires.

En capítulos aparte trata del parto y puerperio después de la sinfisiotomía, de accidentes y complicaciones, del valor que ocupa esta operación en la terapéutica de la desproporción céfalo-pelviana, del eclecticismo sinfisiotómico actual, de indicaciones, y contra-indicaciones, de las observaciones y estudio crítico de las mismas.

El autor hizo una encuesta en Centro América preguntando a varios médicos las noticias que tuvieran sobre las pelviotomías y especialmente sinfisiotomías; unánimemente respondieron de todas partes declarando no haberse realizado nunca tal operación.

Once casos presenta perfectamente analizados y seguidos algunos por meses. Once madres y once niños salieron triunfantes del instante supremo de dar a luz en casos que de no haberse practicado la sinfisiotomía se hubiera hecho una versión, un fórceps o una cesárea, con los riesgos consiguientes para el feto y la madre, riesgos inminentes aun entre las manos más expertas.

Por tratarse de una operación, inocua, sencilla, al alcance no sólo de cirujanos y parteros sino de médicos generales y sobre todo por la superioridad sobre las otras en los casos de justa indicación, es decir en la desproporción céfalo-pélvica relativa, el autor hace un brillante elogio y la aconseja abiertamente.

Los hondureños que pasamos por las aulas de la Universidad salvadoreña y por las Salas del Hospital Rosales sentimos un sincero regocijo cuando vemos salir de aquellos centros trabajos y muchachos que le honren y nos honren; por eso ahora al hacer la cordial felicitación y agradecer la gentileza del envío de su tesis al Dr. Arrieta Yúdice, insertamos a manera de trompetazo que despierte el deseo de leer el estudio completo, por creerlo de interés general,

CONCLUSIONES

Después del estudio que acabamos de hacer de la sinfisiotomía baj o su nueva forma, nos sentimos inclinados a deducir:

1)—Que es el mejor procedimiento de pelvitomía que existe, sobre todo de sinfisiotomía.

2)—Que es la operación más sencilla y más inofensiva de todas las que pueden ser empleadas en la desproporción céfalo-pélvica.

Basándonos en estas deducciones, proponemos a nuestra Facultad de Medicina que esta operación sea señalada de igual manera que cualquiera otra; y al gremio médico en general aconsejamos que utilice sus ventajas sobre las otras operaciones obstétricas.

En pocas líneas resumiremos a manera de conclusiones el concepto que tenemos de la sinfisiotomía "frenada," en sus diversos aspectos.

I.—*Su historia en Centro América.*

1.—La sinfisiotomía . subcutánea parcial, llamada también

sinfisiotomía "frenada," no ha sido practicada antes de ahora en ninguno de los países de Centro América.

2.—Los casos que se atribuyen al Profesor Llerena (de El Salvador) y a los Doctores Soto y Rojas (de Costa Rica), no pudieron ser practicados con la técnica de Zarate, pues en ese tiempo no era conocida.

3.—Este trabajo inicia entre nosotros el estudio de las pelvitomías en general, de la sinfisiotomía en particular, pues reúne una estadística que deja en nosotros una experiencia de alguna consideración, aun cuando sea numéricamente escasa. Esperamos que haya alguien con mayores capacidades que quiera proseguir estas investigaciones en un campo apenas entrevisto.

II.—*Técnica.*

1.—La sinfisiotomía "frenada" es una operación anatómicamente correcta: su técnica está fundamentada en la anatomía de la región y permite seccionar solamente lo que hay que seccionar y únicamente lo que conviene seccionar. Ha sido precisada por su autor en numerosos casos clínicos y en repetidas experiencias cadavéricas.

2.—Su técnica es satisfactoria desde el punto de vista quirúrgico: permite obtener progresivamente la separación deseada y limitarla gracias a la creación quirúrgica de un freno superior y a la utilización de un freno inferior anatómico.

3.—Desde el punto de vista práctico es preferible a cualquiera otra intervención: su instrumental es sencillo, sus preparativos son insignificantes, su

ejecución es rápida, puede ser realizada en el lecho mismo de la parturienta con anestesia local, no requiere ayudantes expertos.

III.—Operador.

1.—Para ser bien ejecutada, esta intervención requiere del operador un conocimiento preciso de la técnica, un conocimiento profundo de la anatomía de la región y una buena dosis de prudencia.

2.—Es una intervención peligrosa, no en manos inexpertas, sino en manos imprudentes. El especialista, el cirujano y el médico práctico general están en iguales condiciones desde el punto de vista técnico.

3.—Desde el punto de vista clínico, la sinfisiotomía pertenece al especialista en sus indicaciones relativas y de urgencia, y al médico práctico general en sus indicaciones absolutas.

IV.—Sí, sitio en la práctica obstétrica actual.

1.—La sinfisiotomía "frenada" no debe ser substituida, por el fórceps, a cualquiera altura del canal óseo que se encuentre' la presentación, ni por la versión o la maniobra de Champetier de Ribes, en los casos de desproporción céfalo-pélvica relativa.

2.—La cesárea no debe oponerse a la sinfisiotomía en la distocia ósea relativa, pues responde mejor a las necesidades de su empleo en la distocia ósea absoluta y en los casos de contra-indicación formal de sinfisiotomía.

3.—La sinfisiotomía "frenada" no puede compararse a la pubiotomía, que es una operación más complicada y de mayor

morbilidad, habiendo ocasionado la muerte de la parturienta en más de una ocasión.

V.—Indicaciones y condiciones necesarias a su empleo.

1.—Las indicaciones de la sinfisiotomía no pueden ni deben ser sentadas durante el embarazo, pues es una operación de necesidad en el curso del trabajo; solamente después de la ineficacia de la prueba del trabajo podrá indicarse.

2.—La sinfisiotomía está indicada de manera absoluta en toda parturienta con desproporción céfalo-pélvica natural o accidental, cuello dilatado o dilatado y contractilidad ^uterina normal o insuficiente.

3.—Está indicada de manera relativa en toda parturienta múltipara con desproporción céfalo-pélvica natural o accidental cuando existe sufrimiento fetal y cuello *no dilatado*, pero sin distocia uterina; y en toda parturienta primípara con la misma desproporción, presentación de cabeza o de nalgas, cuello dilatado o dilatado, contractilidad uterina normal o insuficiente; y todas las veces que se practique una episiotomía, o ia maniobra de Kristeller, o que se administre hormonas post-hipofisarias, como método para eliminar el fórceps.

4.—Está indicada con carácter de urgente en la cabeza última retenida a fin de reemplazar la maniobra de Champetier de Ribes, siendo entonces preferible practicar la sinfisiotomía profiláctica en pelvis estrechadas moderadamente.

5.—Sus contra-indicaciones absolutas son: la hipoplasia deL

conducto genital, la distocia uterina por contracción o retracción anular, las afecciones de las articulaciones sacro-iliacas, la distocia ósea absoluta. La muerte confirmada del feto es tenida actualmente como contraindicación absoluta por todos los autores.

VI.—Resultados.

L.—Armónica y científicamente asociada al trabajo de prueba reduce al minimum el número de las intervenciones en los casos de distocia por desproporción relativa; evita las operaciones profilácticas y las operaciones que necesitan ser practicadas precozmente y que impiden beneficiar a la mujer con la prueba del parto; rinde mejores resultados que aquellas operaciones que pueden ejecutarse en oportunidad tardía en el curso del trabajo.

2.—En la sinfisiotomía "frenada" las verdaderas complicaciones (trastornos de la marcha, prolapsos genitales) no existen; los accidentes (heridas de la vagina, de la uretra, del cuello vesical, de la vena dorsal del clítoris y las complicaciones a que pueden dar lugar (supuración de la sínfisis, absceso presinfisiario, incontinencia de orina, hemorragia y hematoma

presinfisiario) son fácilmente evitables observando con rigor los tiempos operatorios y realizándolos con prudencia extrema.

3.—Su mérito proviene, entonces, "de su inocuidad *quod m tam et functionem*": correctamente ejecutada dentro del límite de sus indicaciones, las complicaciones son inherentes al parto mismo.

4.—La pequeña cifra de mortalidad fetal (3 al 5 %) con que está cargada, no es imputable a la operación misma, sino al operador por su decisión tardía de intervenir.

5.—La curación definitiva de estrecheces pelvianas mínimas y ligeras después de sinfisiotomía es un hecho netamente comprobado, ya que la consolidación de las extremidades pubianas se efectúa a distancia por proliferación fibrosa. La observación clínica señala, además, la frecuencia de partos espontáneos en antiguas sinfisiotimizadas, es decir, que, contrariamente a cualquiera otra intervención, las secuelas de la sección de las sínfisis benefician el porvenir obstétrico de la madre.

J. H. Arrieta Yúdice. 1