

UNIVERSIDAD NACIONAL

FACULTAD DE  
CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, C. A.

Contribución al Estudio de la  
Operación de Zarate en Guatemala

(Sinfisiotomia Partialis)

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de  
la Facultad de Ciencias Médicas  
de la Universidad Nacional por

FRANCISCO BENDFELTD JAUREGUI

Ex-interno por Oposición a los Servicios de  
Cirugía y Medicina del Hospital General y  
Hospital San José de esta Capital. Ex-interno  
por Oposición a los Servicios de Emergencia  
y Maternidad del Hospital General, durante  
los años de 1937 a 1944.

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

JÚLIO DE 1944.

## INTRODUCCION

Escribir este trabajo de tesis sobre la "Sinfisiotomía Frenada por la Técnica de Zarate" ha tenido por objeto llenar un vacío que ha existido en la terapéutica empleada entre nosotros para ciertas distocias y, muy particularmente, para la desproporción feto-pélvica moderada; al mismo tiempo hemos querido divulgar un procedimiento fácil, sencillo, que en la actualidad tiene aceptación en los grandes centros obstétricos, en donde ocupa lugar prominente.

En algunas maternidades, en los casos de distocias de origen pélvico fetal, la tendencia más marcada del tocólogo es recurrir a la operación cesárea que ha invadido un terreno de amplitud mayor del que le corresponde. Esto es debido, a nuestro entender, a que en la mayoría de los casos el Tocólogo esgrime una tendencia quirúrgica muy exagerada, y, en segundo lugar, a que no se tiene la paciencia de esperar, estudiando concienzudamente los casos, ni la feliz ocurrencia de dar a la "prueba del trabajo" el alto valor que le corresponde al amparo de una buena técnica obstétrica.

Entre nosotros no se ha reconocido el lugar a que tiene derecho la Sinfisiotomía en Obstetricia o, por lo ménos, no se ha fijado con exactitud. En los grandes centros hospitalarios Latinoamericanos, a la cabeza de los cuales es justo citar los de Argentina, Brasil, Chile y Cuba, esta operación goza de merecida popularidad; tanto es así que desde hace mucho tiempo en esos países se practican más Sinfisiotomías que operaciones Cesáreas.

En la propia Europa la Sinfisiotomía es usada corrientemente y por ello choca el hecho de que en Norteamérica se limite y aun se desdeñe su valor, sin indicar las razones que dictan tal conducta y sin considerar que se trata de una operación eficaz, sencilla, inocua, que enmienda en cierto modo un fallo de la Naturaleza y que, finalmente, no deja secuelas para el porvenir obstétrico o mecánico de la pelvis (siempre que se respete sus indicaciones y se practique ajustándose a una técnica correcta), antes bien, lleva en sí la curación definitiva de la estrechez pélvica en muchos casos.

Vamos a decir de una vez por todas que no pretendemos que la Sinfisiotomía substituya a la Cesárea, ni aun que pueda restarle indicaciones, ya que ambas las tienen formales. Zarate dijo ya, en frase feliz, que las indicaciones de la operación cesárea comienzan donde terminan las de la Sinfisiotomía. Creemos que con este criterio de complementación, y no de exclusión, el arsenal del tocólogo mejora considerablemente su nivel científico, y el establecer la indicación justificada de una u otra de estas intervenciones habrá de traducirse siempre en beneficios para madre y niño.

Opinamos que el hecho de que la Sinfisiotomía haya alcanzado el lugar que ocupa en Sud-América y Cuba obedece a dos razones: 1) En los países latinoamericanos la estenosis pelviana absoluta

es rara; en una inmensa mayoría de conflictos pélvico-fetales se trata de estenosis moderada, hecho que, demás está decirlo, redundará en pro de la Sinfisiotomía. 2) La Sinfisiotomía comparada con la Cesárea es una operación de pequeña cirugía; en los países en que los centros hospitalarios son escasos y están centralizados existe, naturalmente, la tendencia de preparar al partero de provincias para resolver los casos de distocia moderada, omitiendo los recursos de la alta cirugía.

En Guatemala prevalecen las condiciones a que se refiere este segundo punto y por ello creemos firmemente que la Sinfisiotomía deba ser practicada y enseñada en nuestras maternidades, a fin de que los médicos que van a ejercer a las provincias, posean un recurso cuya sencillez e inocuidad les permita salir airoso en casos, que, de otro modo, están más allá de sus posibilidades.

La Sinfisiotomía en provincias operaría, además, el milagro de alentar a muchas infelices mujeres que, sin ella, llegan a la Capital en fatídica e interminable fila, víctimas de la infección, el agotamiento o la hemorragia por Ruptura uterina, muchas veces en estado tan miserable que ya ninguna medida terapéutica sería capaz de salvarlas.

Sería obvio insistir en la desventaja de la Cesárea, que deja como secuela una debilidad cicatricial de la pared uterina y una pelvis tan estrecha como antes; comparada con la Sinfisiotomía que cura la estrechez pelviana, sin alterar la resistencia y contractilidad uterinas. Y aquella desventaja se agiganta a favor de la incultura de nuestras mujeres, que viene a ser insalvable muralla para buscar los cuidados prenatales y requerir inmediatamente la asistencia médica al menor síntoma de alarma.

Estas razones fueron principalmente las que nos hicieron ver en la Sinfisiotomía Frenada según la Técnica de Zárate, un tema sugestivo, con cuya divulgación se logrará mejorar considerablemente la terapéutica del parto patológico.

Para facilitar el estudio, dividiré este trabajo en XI capítulos repartidos de la manera siguiente:

- I Historia de la Sinfisiotomía.
- II Fundamento Científico.
- III Nociones anatomo-Quirúrgicas.
  - a) Anatomía de la Sínfisis-Púbica.
  - b) Consecuencias anatómicas de la Sinfisiotomía.
- IV Técnicos de la Sinfisiotomía.
  - a) Sinfisiotomía a Cielo Abierto.
  - b) Sinfisiotomía Subcutánea.
  - c) Sinfisiotomía por la Técnica de Zárate.
- V El Parto después de la Sinfisiotomía.
- VI Indicaciones de la Sinfisiotomía subcutánea. Condiciones necesarias para ser practicada esta operación. Sus contraindicaciones y complicaciones.
- VII Lugar que debe de ocupar la Sinfisiotomía en Obstetricia.
- VIII Observaciones.
  - a) Observaciones Cadavéricas.
  - b) Observaciones Clínicas.
- IX Estudio crítico de las Observaciones clínicas.
- X Conclusiones.
- XI Bibliografía.

## CAPITULO I

### HISTORIA DE LA SINFISIOTOMIA

La historia de la Sinfisiotomía ha sido tratada en numerosas publicaciones, por lo tanto sólo haré un resumen de ella; dividiéndola en tres épocas.

#### PRIMERA EPOCA:

Hipócrates dió a conocer en su tratado "SOBRE EL NACIMIENTO DE LOS NIÑOS" lo que hoy sirve de fundamento a la operación y es el hecho que durante el embarazo la mujer presente una separación de los cabos pubianos que favorece grandemente el acto fisiológico del parto.

Ambrosio Pare hizo notar en sus publicaciones, que en algunos pueblos de Italia se seguía la costumbre de romper los huesos del pubis en los casos de un parto difícil.

Andrés Vesalio, en su tratado de Anatomía, relata que los Arabes tenían la costumbre de separar los huesos del pubis en las niñas a fin de facilitar el parto.

Al principiar el siglo XVI Severinus Plinius tuvo la idea de practicar la Sinfisiotomía para agrandar los diámetros de la pelvis, pero, la idea no fué puesta en práctica.

En 1655 Juan de la Curvee, encontrándose en presencia de una mujer muerta durante el período de trabajo, cortó la Sinfisis Púbrica de esta mujer, y obtuvo un niño vivo.

Estos intentos de Sinfisiotomía fueron olvidados, hasta que SIGAULT se interesó en el estudio y la práctica de esta operación en el siglo XVIII y el 22 de Mayo de 1773, sostuvo en Angers una tesis sobre la Sinfisiotomía, operación que por primera vez era expuesta de una manera científica.

Cinco años más tarde, practicó por primera vez una Sinfisiotomía en una mujer y aunque los resultados obtenidos no fueron brillantes la operación adquirió fama mundial. El hecho que adquiriera esa fama fué probablemente debido a que en ese entonces los conocimientos de la asepsia y de la antisepsia no eran conocidos, y por consecuencia todos los procedimientos de cirugía obstétrica eran desastrosos, teniendo una mortalidad materna muy elevada, en cambio con la Sinfisiotomía veían menos riesgo de infección y por consecuencia poder disminuir así la mortalidad.

Como la técnica de Sigault distaba de ser perfecta, la opinión de los obstetras se dividió en dos corrientes: Los partidarios de la Cesárea y los de la Sinfisiotomía.

Los partidarios de la Cesárea bajo la autoridad de Baudeloque, Killian y de Madame La Chapelle, hicieron que la Sinfisiotomía cayera en desuso.

En Francia se dejó de practicar, pero en cambio en ciertos lugares de Italia, especialmente en Nápoles, esta operación no desapareció por completo.

## SEGUNDA EPOCA:

Nacida con Sigault, fué importada de nuevo a Francia por Spinelli, quien llamó la atención del profesor Pinard haciéndole ver los resultados que esta operación alcanzaba en Italia bajo la autoridad de su maestro Morizani.

El prestigio de Pinard que en esa época emprendía una campaña vigorosa contra las embriotomías practicadas muchas veces en niños vivos, encontró en la Sinfisiotomía un método para luchar contra el abuso que en ese entonces se hacía del parto por las vías naturales.

El profesor Pinard, en Febrero de 1882 practicó su primera operación siguiendo la técnica de Sinfisiotomía a cielo abierto de Farabeuf, produciendo un entusiasmo general por los brillantes resultados obtenidos.

Como consecuencia de los estudios de Pinard tenemos en la historia de la operación dos fechas memorables: la del congreso de Moscú en 1887 y la del congreso de Roma en 1894; en ambos congresos se estudió la técnica, las indicaciones y las ventajas de la Sinfisiotomía que quedó así consagrada.

No obstante eso, la operación Cesárea fué perfeccionada por Sanger y al amparo de la asepsia y de la antisepsia, invadió nuevamente el campo de la Obstetricia. Este renacimiento de la Cesárea se efectuó en detrimento de la Sinfisiotomía, pues si bien la técnica de Farabeuf había marcado un adelanto considerable, era todavía imperfecta acompañándose de numerosas complicaciones.

## TERCERA EPOCA:

En la Historia de la operación que nos ocupa podría llamarse ésta la época científica. Fué iniciada en el año 1906 por Zweifel, quien ideó el método sub-cutáneo que vino a reemplazar al viejo procedimiento de Farabeuf.

En 1914, Frank de Colonia, propone un método de Sinfisiotomía subcutánea, pero con dos grandes inconvenientes: I) Las abundantes hemorragias con que es seguida esta operación, por lesión de los cuerpos cavernosos del clitoris. II) La falta de limitación de la separación de los cabos pubianos con sus desastrosas consecuencias.

El Profesor Enrique Zarate de Buenos Aires, después de haber conocido el método de Frank en Alemania y vérselo ejecutar a él mismo, lo puso en práctica y completándolo con un estudio anatómico minucioso dió a conocer en 1925 una nueva técnica cuyos tiempos bien definidos y de ejecución sencilla han hecho que sea ésta la técnica con mejor base científica y más perfecta que se conoce hasta hoy.

La Sinfisiotomía de Zarate ha despertado mucho interés en obstetricia y con ese motivo se han hecho numerosos trabajos en diferentes países. En Francia el profesor Brindeau convencido de sus ventajas se hizo su defensor y tanto él como sus discípulos la practicaron, bajo su dirección se hicieron varios trabajos y a él es debida la indicación de Sinfisiotomía en cabeza última que es una de las más importantes.

En la América del Sur, la operación de Zárate es muy conocida y practicada. En Argentina ha encontrado Zárate como continuador de sus trabajos al eminente Dr. Nicanor Palacios Costa, Jefe del servicio de Maternidad del Hospital Rowson.

La última estadística proporcionada por el Dr. Palacios Costa, nos da una idea del uso que se hace de la Sinfisiotomía en Argentina; en el período comprendido entre los años de 1934 a 1943 fueron tratadas en la Maternidad atendida por él, 865 casos de estenosis pélvicas, de las cuales 854 casos eran de pelvis con estenosis moderadas, límites. Fueron tratados por operación de Zárate 115 de ellos con una mortalidad materna de 1.73 por ciento y por operación Cesárea 93 con 16.12 por ciento de mortalidad. Esta estadística es tanto más interesante, cuanto que el Dr. Palacios Costa insiste en que la técnica empleada para las operaciones Cesáreas era perfecta y quienes la practicaron son Cirujanos competentes y de experiencia suficiente.

Los Dres. Martínez Olivello y J. Ortiz Pérez del Hospital Municipal de La Habana, refieren haber tratado 218 estenosis pélvicas, entre las cuales 192 fueron tratadas por la operación de Zárate con una mortalidad materna de 1.56 por ciento y sólo 26 de ellos fueron indicación de Cesárea.

En Centro América es practicada en algunos países, especialmente en El Salvador.

Para terminar este capítulo, podemos decir, que actualmente la Sinfisiotomía magistralmente perfeccionada por la técnica de Zárate, la operación Cesárea con sus nuevas modificaciones de técnica, el parto médico racionalmente dirigido, el parto analgésico y la aplicación de la quimioterapia sulfanilamídica, constituyen en Obstetricia los progresos más notables de la época contemporánea, mereciendo ser practicados todos en las Maternidades, ya que tanto la mortalidad materna como la fetal ha disminuído gracias a ellos de una manera considerable.

## CAPITULO II

### FUNDAMENTO CIENTIFICO DE LA SINFISIOTOMIA

La Sinfisiotomía no es un procedimiento empírico; tiene fundamentos científicos puesto que imita los fenómenos fisiológicos que se verifican normalmente en toda mujer embarazada.

De todos es conocido el hecho que durante la gestación hay una ampliación de la pelvis, que se va haciendo cada vez más marcada a medida que el embarazo se acerca a su término. Esta ampliación es debida al reblandecimiento de los tejidos por imbibición hídrica, reblandecimiento que es muy marcado al nivel de la sínfisis púbica, permitiendo cierto juego a la articulación y determinando ligera separación de los cabos pubianos, aumentando con esto los diámetros del estrecho superior de la pelvis, en especial el diámetro promonto-retro-púbico o diámetro útil de Pinard, facilitando así el encajamiento del polo fetal.

En Cuba han hecho numerosas experiencias para demostrar la separación de los cabos pubianos, entre otras la de tomar radiografías de la articulación con películas de práctica dental, aplicadas por la vagina en la cara posterior de la articulación pubiana. Nosotros hemos repetido estas experiencias y hemos comprobado la separación de los casos pubianos a medida que avanza el embarazo; también hemos comprobado en las autopsias sobre cadáveres de embarazadas o recién paridas esta imbibición de los ligamentos lo mismo que la separación pubiana, todo esto comparado con cadáveres de mujeres no embarazadas.

Sucede también otro fenómeno que se ha llamado la relajación dolorosa de la sínfisis púbica, que consiste en dolores más o menos agudos que experimentan las mujeres al nivel del pubis durante los últimos meses de la gestación; siendo esto una manifestación exagerada de la imbibición hídrica y decalcificación gravídica, que también contribuye a la separación de los cabos pubianos. Es tan importante este último fenómeno que puede hacerse de él un factor pronóstico; considerando que cuando una mujer presenta esta relajación dolorosa, la capacidad del conducto óseo es ampliada fisiológicamente.

Los doctores Ramírez Olivello y Ortiz Pérez, le dan a esto tanta importancia que han llegado a pensar en la existencia de una distocia por falta de reblandecimiento gravídico en las articulaciones pélvicas.

La razón de la Sinfisiotomía es la imitación que hace de la Naturaleza, que amplía la pelvis durante el embarazo por reblandecimiento ligamentoso y separación de los cabos pubianos, y es esto último lo que buscamos al ejecutar la operación.

### CAPITULO III

#### NOCIONES ANATOMO-QUIRURGICAS

##### A) ANATOMIA DE LA REGION PUBIANA

La región que nos ocupa forma la pared anterior de la pelvis y recibe este nombre por la sínfisis pubiana que forma su plano más importante.

**SITUACION Y LIMITES:** en la mujer sus límites son: Hacia arriba el borde superior del pubis; hacia abajo, la región del clítoris y la arcada pubiana; lateralmente una línea vertical que parte de las espinas del pubis.

Se encuentra situada: 1) Por debajo de los músculos rectos del abdomen; 2) Encima de la región vulvar; 3) A la izquierda y derecha de los orificios obturadores; y 4) Por delante de la región vesical.

**FORMA Y EXPLORACION:** hace saliente pronunciada que recibe el nombre de Monte de Venus en la mujer, está recubierta de pelos que es necesario rasurar cuando se va a efectuar la operación, y que tienen la ventaja de ocultar la cicatriz operatoria.

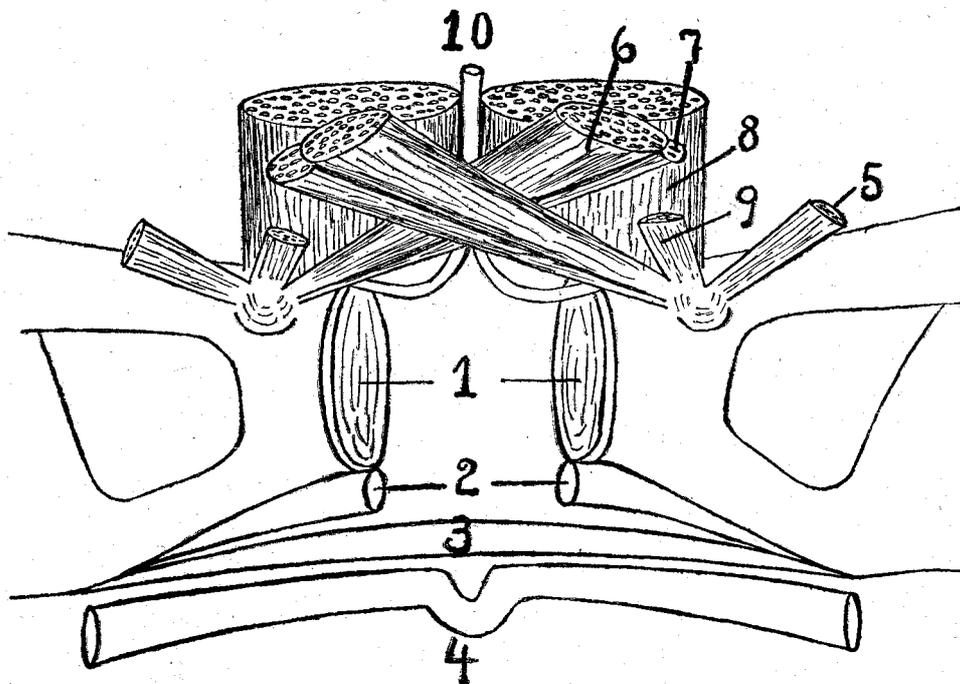
La exploración es fácil en las mujeres delgadas, pero, en las gordas cuyo tejido celular es muy desarrollado es muy difícil determinar sus límites, siendo entonces muy útil tomar como referencia las espinas del pubis; en la parte media se encontrará la

Freno Inferior

- 1) Cartilago de la Sífnisis.
- 2) Arcuatum o ligamento de Lauto.
- 3) Ligamento pre o supre uretral, prolongación anterior del ligamento de Henle o de Waldeyer.
- 4) Cuerpos cavernosos del clítoris.

Freno Superior

- 5) Pilar externo del canal inguinal.
- 6) Pilar interno del canal inguinal.
- 7) Pilar posterior del canal inguinal.
- 8) Recto del Abdomen.
- 9) Piramidal inconstante.
- 10) Admniculum línea alba.



Esquema de la Tesis de H. Van der Horst.

El ligamento inferior llamado ligamento Arcuatum o de Lauth, es el más fuerte y resistente y el que hay que seccionar cuando se hace la incisión inferior en la Sinfisiotomía; sin haberlo seccionado nunca podrá conseguirse la separación deseada, pero, hay que tener mucho cuidado al hacerlo porque si los ayudantes no limitan la separación de los cabos pubianos se corre el peligro de desgarrar el ligamento de Henle, los cuerpos cavernosos del clítoris y la Uretra. Los autores de la Sinfisiotomía han llamado a este ligamento "La llave de la articulación".

Por debajo del arcuatum se encuentra otra formación ligamentosa llamada ligamento de Henle o de Valdeyer y al que los autores de la Sinfisiotomía han llamado "Freno Interior". Durante la operación este ligamento debe ser conservado no sólo porque limita la Diastasis de la sínfisis púbica sino por ser el verdadero protector de la uretra y de los cuerpos cavernosos.

C) La sínfisis púbica está en relación: Adelante, con las partes blandas que ya describimos. Atrás, con el plexo de Santorini el espacio prevesical y la vejiga. El plexo de Santorini no se encuentra en íntimo contacto con la cara posterior de la articulación, sino que se encuentra separado de ésta por formaciones fibrosas y tejido celular que constituyen la parte posterior del manguito articular, lo que hace que el plexo no corra riesgo de ser herido cuando se ejecuta la operación, con la técnica que indicaremos. Hacia abajo, con la vena dorsal del clítoris, con los cuerpos cavernosos y con la uretra; relaciones éstas de suma importancia que hay que tomar en cuenta cuando se ejecuta la operación.

Por último, hacia arriba se encuentra en relación con los músculos y la aponeurosis de la pared abdominal que se insertan en los labios del borde superior de la sínfisis.

**VASOS Y NERVIOS:** Arterias: la más importante es la rama supra-pubiana de la arteria epigástrica; a pesar de ser la más voluminosa de las arterias que irrigan la región, es apenas, según la expresión de Farabeuf "del grueso de una aguja de coser".

Venas: son las satélites de la arteria que acabamos de mencionar y van a terminar en las venas epigástricas y obturatrices.

Nervios: Son ramas del pudendo interno que a su vez lo es del plexo sacro y de los abdomino-genitales que lo son del plexo lumbar.

## **B) CONSECUENCIAS ANATOMICAS DE LA SINFIOTOMIA**

El hecho de hacer una sección de la sínfisis púbica, tiene como consecuencia inmediata el aumento de los diámetros del estrecho superior de la pelvis; estos diámetros no aumentan todos en la misma proporción.

El resultado obtenido de numerosas experiencias hechas a este respecto y particularmente las llevadas a cabo por Pinard y Farabeuf, se puede resumir de la siguiente manera: por cada centímetro de separación de los cabos pubianos, el aumento en los diferentes diámetros así:

- 1) Diámetro promonto retro-púbico 2 milímetros.
- 2) Diámetro transverso 5 "
- 3) Diámetros oblicuos, un poco mayores que el antero posterior; la mitad de la diástasis pubiana dicen algunos autores.

- 4) Diámetro bi-isquiático en la misma proporción que la diástasis pubiana.
- 5) A todo esto hay que agregar que la giba parietal insinuándose en la separación pubiana aumenta el ensanchamiento del diámetro promonto-retro-púbico que es el diámetro útil.

Los siguientes datos son tomados del cuadro de Farabeuf y representan el aumento total del diámetro promonto-retro-púbico, añadiendo a los datos anteriores, lo que se gana por la insinuación de la giba parietal en la separación pubiana.

Diástasis de 1cm. total	3mm.
"    de 2cm.    "	5mm.
"    de 3cm.    "	8mm.
"    de 4cm.    "	13mm.
"    de 5cm.    "	18mm.
"    de 6cm.    "	25mm.

Se ha comprobado experimentalmente que, cuando la separación entre los cabos pubianos pasa del límite de 5cm. (según Le Lorier) las articulaciones sacro ilíacas se abren demasiado produciéndose desgarros ligamentosos que comprometen más tarde la marcha de la parturienta.

La separación exagerada de los cabos pubianos es también causa de desgarramiento del ligamento de Henle que tiene como consecuencia la ruptura de los cuerpos cavernosos, de la uretra y hasta desgarros de la vagina.

Debido a la ignorancia que se tiene de las consecuencias de la separación exagerada de los cabos pubianos, las técnicas de la Sinfisiotomía, anteriores a la de Zárate, fueron siempre imperfectas. Actualmente la técnica de Zárate establece de una manera categórica que el límite máximo de la separación de los cabos pubianos debe ser de 3 a 4 cm., es decir, no buscar en el aumento del diámetro promonto retro-púbico más de ocho a trece milímetros; con esta restricción, la separación pubiana determinada por la operación, no se acompañará de ninguna lesión en los ligamentos de las articulaciones sacro-ilíacas y por consecuencia de ninguna molestia durante la marcha, ni de dolores articulares. Quiero insistir en que el desconocimiento de estos hechos, hace que la mayoría de los Parteros, juzgando "a priori", desechen la operación de Zárate, considerando que puede ser seguida de trastornos graves para la estática y de un sombrío porvenir deambulatorio para la enferma.

En la Sinfisiotomía clásica de Farabeuf, todos los ligamentos de la sínfisis eran seccionados.

En el procedimiento de Zárate, se secciona totalmente el fibrocartílago de la articulación, se secciona el arcuatum parcialmente (el resto de este ligamento se desgarrará por la abducción forzada que se imprime a los muslos), respetando en esta técnica el ligamento de Henle que es el "freno inferior" de la articulación y el "freno superior". Conservar los ligamentos sinfisarios más importantes y en especial el de Henle, tiene como ventajas: 1) Limitar la separación de los cabos pubianos, frenando la diástasis de la articulación. 2) Una vez el parto efectuado, mantener los cabos pubianos en contacto. 3) Defender la uretra y los cuerpos cavernosos del clítoris, durante el acto operatorio.

La operación de Zarate es una Sinfisiotomía frenada y parcial; proporciona todas las ventajas para que la pelvis sinfisiotomizada después de la operación conserve sus caracteres casi normales, siempre que la separación de los cabos pubianos se mantenga en los límites establecidos anteriormente. Después de verificada la operación los cabos pubianos no llegan a un acercamiento tan grande como el que tenían anteriormente y queda después de la Sinfisiotomía, en la mayoría de los casos, una separación definitiva que no se acompaña de ningún trastorno, sino por el contrario, de un aumento definitivo del diámetro útil de Pinard. Este hecho se ha comprobado por radiografías, y es una de las razones por las que la Sinfisiotomía debe ser aceptada, ya que soluciona de una manera definitiva la estenosis pelviana en la mayoría de los casos, permitiendo partos espontáneos más tarde.

La reparación de la articulación sinfisaria después de la operación se efectúa por proliferación fibrosa. en algunos casos aplicando muy íntimamente las superficies articulares, pero, en la mayoría de los casos dejándolas separadas.

La Sinfisiotomía iterativa ha sido practicada varias veces, no implica complicaciones especiales y su técnica es tan fácil como si fuera hecha por primera vez.

#### CAPITULO IV

##### TECNICAS LE LA SINFISIOTOMIA

Varios han sido los procedimientos que se han seguido para esta operación, estudiaremos los más importantes dividiéndolos en dos grupos:

##### I) TECNICA A CIELO ABIERTO

Pertenece a esta variedad las técnicas de Sigault, Morizani y la de Farabeuf, por ser ésta la técnica clásica será la que describiremos.

##### II) TECNICAS SUB-CUTANEAS

Se han descrito varias, entre las cuales las mejores son las de Frank y la de Zarate que es la más perfecta; describiremos las dos técnicas, pero con más detalle la de Zárate por ser la mejor y a la que nos hemos de referir en esta tesis.

##### I) SINFISIOTOMIA A CIELO ABIERTO. TECNICA DE FARABEUF

Puesta la parturienta en posición ginecológica anestesiada, y previa desinfección del campo operatorio, los tiempos en que se ha de ejecutar la operación son los siguientes:

1) Incisión vertical y mediana comenzando a un través de dedo por encima de la sínfisis y terminando hasta un centímetro por debajo del clítoris en la vecindad del arcuatum, la incisión tiene en total 10 cm. de longitud.

2) Sección transversal de las partes blandas sobre el arcuatum.  
3) Pasar el dedo índice de la mano izquierda detrás de la sínfisis, seccionar la línea blanca por encima del pubis y pasar un dedo hasta encontrar el camino del anterior.

4) Una vez hecho esto seccionar la sínfisis de arriba abajo con un bisturí de hoja gruesa; mientras se corta, proteger con el dedo los órganos situados por detrás del pubis.

5) Abducción de los muslos para separar los cabos pubianos. Se suturan después las partes blandas.

**CRITICA:** Tiene tres graves inconvenientes: a) Abrir totalmente una articulación, exponiéndola a una infección. b) Destruir todos los ligamentos de la sínfisis. c) No respetar los cuerpos cavernosos del clítoris, exponiendo a una severa hemorragia. d) Producir una diástasis considerable que trae como consecuencia trastornos de la estática y de la marcha de la enferma.

### **SINFISIOTOMIA SUB-CUTANEA**

Los operadores, tratando de evitar los graves inconvenientes de abrir la articulación, tuvieron la idea de seguir un procedimiento sub-cutáneo, haciendo para esto una herida puntiforme, cuyo pronóstico es benigno.

### **TECNICA DE FRANK**

Poner a la enferma en posición ginecológica, anestesia general, y después de desinfectar el campo operatorio, ejecutar la operación de la siguiente manera:

- 1) Bajar el clítoris por tracción con el pulgar izquierdo.
- 2) Punción en la parte media de la sínfisis con un bisturí de hoja corta y gruesa y sección de la mitad inferior de las formaciones articulares.
- 3) Invirtiendo hacia arriba el filo del bisturí, seccionar la mitad superior de las formaciones articulares.

**CRITICA:** Esta operación tiene ventajas incalculables sobre la técnica de Farabeuf pues en primer lugar no expone la articulación a una infección; en segundo lugar la técnica operatoria es bastante sencilla; por último no expone a rupturas vesicales. Sin embargo dista de ser perfecta teniendo los siguientes inconvenientes: a) Sección de los cuerpos cavernosos con hemorragia abundante consecutiva; b) Separación considerable con el inconveniente de ruptura casi constante del ligamento de Henle y fácil ruptura de la uretra.

### **TECNICA DE ZARATE**

El profesor Enrique Zárate, de Buenos Aires, que practicó durante muchos años la técnica de Frank; dió a conocer en el año de 1925, un procedimiento que por los detalles que a continuación describiremos ha sido llamado:

## SINFISIOTOMIA SUB-CUTANEA FRENADA O SINFISIOTOMIA PARTIALIS

Esta operación debe ser practicada en la mesa de operaciones, pero tiene la ventaja de poder ser hecha, en caso de urgencia en el lecho de la enferma.

Como instrumental, no son necesarios más que bisturí, aguja de sutura e hilo o garfio de Michel. La anestesia que se emplea es general con éter o cloroformo, pudiendo hacerse con cloretilo; nosotros hemos usado el Pentotal Sódico (50 centigramos disueltos en 20 cc. de agua destilada) que tiene la ventaja de ser poco tóxico y de no suprimir los movimientos contráctiles del Utero, permitiendo así un parto ulterior indoloro.

### Operación:

1) La enferma debe ser previamente rasurada. Antisepsia local con tintura de yodo, metaphen u otro buen antiséptico. Colocación de campos como para atender cualquier parto.

2) Posición ginecológica con las piernas fuertemente flexionadas sobre los muslos y éstos sobre la pelvis; dos ayudantes mantendrán esta posición, no solamente durante la operación, sino hasta el momento del parto, ejecutando movimientos de abducción según los ordene el operador. Esto es de capital importancia, debiendo abstenerse los ayudantes de ejecutar ningún movimiento sin la orden expresa del cirujano.

3 Se introduce una sonda de Nelaton en la uretra, con la doble finalidad de vaciar la vejiga y poner en relieve la uretra, pudiendo así librarla de ser herida.

4) Se introduce el dedo índice de la mano izquierda en la vagina, se rechaza la presentación hacia arriba y se separa la uretra a la derecha, siendo esto último facilitado por el tiempo anterior. La maniobra profiláctica de la uretra no es absolutamente indispensable, pero siempre que se pueda hacer es preferible, aunque existe un caso en que no es posible practicarla y es cuando se hace la Sinfisiotomía en cabeza última.

5) Con el índice de la mano derecha se busca la interlínea articular, y el borde superior del pubis que serán los puntos de referencia más importantes, en las personas obesas es difícil encontrarlos, entonces hay que guiarse por las espigas del pubis en cuya mitad se encontrará la sínfisis; también podemos encontrar ésta buscando en el borde inferior la ojiva Sub-pubiana cuyo vértice está en la sínfisis.

6) Con un bisturí de hoja corta y gruesa, se punciona perpendicularmente la piel y tejido celular sub-cutáneo en la parte media del pubis y a dos centímetros de su borde superior, teniendo cuidado de limitar su penetración. Se han ideado bisturís especiales para la Sinfisiotomía, tales como el bisturí botonado, sin embargo puede usarse cualquiera con tal de tomar la precaución apuntada arriba.

Una vez hecha la punción de la piel y tejido celular, se penetra en el fibro cartílago que al ser puncionado da una sensación táctil "granulosa"; desde ese momento no deberá retirarse la lámina del bisturí.

7) Se secciona el fibro-cartílago elevando el mango del bisturí; el operador se da cuenta de esta sección porque el bisturí podrá jugarse lateralmente.

Después de seccionar el fibro-cartílago se corta el arcuaturn; no es necesario que el corte de éste sea completo, pudiendo completarlo por medio de los movimientos de abducción que el operador solicitará en este momento de sus ayudantes, se percibirá un crujido especial y los dedos introducidos en la vagina se darán cuenta de la separación de los cabos pubianos. Como hemos dicho tantas veces, la separación no debe pasar de 4 cm.; el dedo vaginal sólo sentirá una separación de un través de dedo, debido a la forma de cuña de la articulación.

8) Si a pesar de las maniobras anteriores no se lograra la separación deseada, será debido a que han persistido fibras en el "freno superior"; en cuyo caso, sin sacar el bisturí, sólo bajando el mango, se atacará con la punta las fibras superiores.

9) Una vez obtenida la separación necesaria, se retira el bisturí y con una compresa se comprime para cohibir la hemorragia que por lo general es mínima.

10) En este tiempo hemos usado sistemáticamente Sulfanilamida cristalizada en la herida y como puede verse en nuestras observaciones no hemos tenido ninguna infección. La herida operatoria se sutura con crin o se pone un garfio de Michel, colocando después una curación simple.

11) La enferma debe ser despertada y se tratará que el parto se haga espontáneamente. En los casos en que hemos usado como anestesia el Pentotal Sódico no ha sido necesario despertar a las enfermas, produciéndose un parto espontáneo e indoloro con la ayuda de la Timofisina, una vez encajada la cabeza. Zárate aconseja que la mujer permanezca en posición ginecológica en el momento del parto; Kerr y De Lee aconsejan la posición de Walcher.

**CRITICA:** La técnica de Zárate ejecutada tal y como la hemos descrito, es indudablemente muy ventajosa por las razones siguientes:

I) Siendo por completo sub-cutánea evita el riesgo de la infección de la articulación.

II) Respetando el ligamento superior de la sínfisis, frena la diástasis y no destruye todos los elementos de la articulación.

III) Al respetar el ligamento de Henle también frena la diástasis; este hecho, unido al anterior, hacen que este procedimiento deje la sínfisis en condiciones muy cercanas a su estado anterior a la operación. También la conservación del ligamento de Henle evita que se seccionen la uretra y los cuerpos cavernosos del clítoris.

IV) El hecho de evitar la ruptura de los cuerpos cavernosos tiene como consecuencia la escasa hemorragia de que es acompañada esta operación.

V) Tiene también la ventaja de ser intracapsular, con lo que los vasos retropubianos de Santorini no sufren consecuencias.

VI) Estableciendo la técnica de Zárate un límite preciso a la separación de los cabos pubianos, no se acompaña de lesiones ligamentosas al nivel de las articulaciones sacro-íliacas y por lo tanto no dejará ningún trastorno para la estática y la dinámica de las enfermas.

Todas estas razones hacen que la Sinfisiotomía por el procedimiento de Zárate, sea actualmente el mejor procedimiento para el tratamiento de la estenosis pelviana relativa.

## CAPITULO V

### EL PARTO DESPUES DE LA SINFIOTOMIA

Si las indicaciones de la Sinfisiotomía han sido estrictamente respetadas y la operación de Zárate correctamente practicada, la evolución del trabajo después de la Sinfisiotomía depende de los factores siguientes:

- I) Calidad de las contracciones uterinas.
- II) Del grado de la dilatación del cuello.
- III) De la clase de presentación.

#### I) Calidad de las contracciones uterinas.

El factor dinámica uterina en la Sinfisiotomía, para lograr un parto espontáneo, es muy importante, hay que distinguir dos casos: A) Cuando las contracciones uterinas son eficaces; y B) Cuando las contracciones uterinas son insuficientes.

##### A) Contracciones uterinas eficaces.

Si las contracciones uterinas son eficaces, al pasar el efecto de la anestesia, se tratará por los medios habituales de persuadir a la enferma para que haga esfuerzo de expulsión al sentir un dolor. La posición ginecológica adoptada por la enferma para la operación deberá ser mantenida durante todo el parto.

Al comenzar los primeros dolores, la presentación se encaja (si la dilatación era completa al hacer la operación), los "frenos" conservados en la operación de Zárate mantienen la diástasis de la sínfisis y el parto se termina, en 15 o 25 minutos. En los casos muy favorables, el feto es expulsado al cabo de dos o tres contracciones.

Si en los partos corrientes, la falta de dilatación del perineo exige una episiotomía, cuando se hace una Sinfisiotomía la episiotomía debe hacerse cada vez que el perineo se muestre un poco resistente, y en esos casos es mejor aún recurrir a una episiotomía precoz.

##### B) Cuando las contracciones uterinas son insuficientes o hay paro del trabajo

Cuando la dinámica uterina es insuficiente para terminar el trabajo de una manera espontánea o hay signos intensos de sufrimiento fetal, el parto debe terminar artificialmente.

El criterio del partero en cada caso particular lo debe hacer elegir el procedimiento más adecuado. Los procedimientos que se pueden usar son:

- I) La expresión uterina o método de KRISTELLER, este procedimiento es aconsejable al final del descenso del polo fetal y durante el desprendimiento, por lo tanto no es aplicable en todos los casos.

## II) La Pituitrina.

Fué aconsejada desde un principio por Zarate; algunos operadores aconsejan su uso sistemático. Este medicamento es eficaz; desgraciadamente las reacciones individuales son muy variables y no siempre se pueden contar con él. Se usa por vía intra-muscular a la dosis de media ampolla (5 unidades) o una ampolla. (10 unidades). El peligro de la pituitrina es que algunas veces determina una verdadera tetanización uterina desfavorable y peligrosa; el partero podrá usarla sin que para ello sea posible dar una norma de conducta.

### III) Versión por maniobras internas.

La Versión por maniobras internas debe ser excepcionalmente practicada después de una Sinfisiotomía, tanto más que las membranas han sido rotas desde hace mucho tiempo. No obstante muchos autores la han ejecutado con éxito.

### IV) El Fórceps.

La aplicación de Fórceps debe evitarse pues produce complicaciones graves si no se toman ciertas precauciones. No obstante eso, hay casos en que se puede recurrir a ellas como en nuestras observaciones números 1 y 3. Cuando se hace aplicación de Fórceps, debe tomarse las precauciones siguientes:

I) Amplia episiotomía para evitar el riesgo que corre la pared anterior de la vagina (ver nuestra observación número 6).

II) Hay que hacer la aplicación siguiendo un diámetro oblicuo, de preferencia.

III) Hacer que los ayudantes pongan los muslos de la mujer en adducción completa, cerrando completamente las piernas de la parturienta.

IV) Evitar cada vez que sea posible el tiempo de rotación intra-pélvico y no ejecutar la rotación sino cuando la cabeza del feto haya franqueado el estrecho inferior y se encuentre en el piso del perineo.

Nosotros logramos una rotación manual en nuestra observación No. 3 y este procedimiento parece ser el ideal.

I) Hacemos notar que jamás se hará una aplicación de fórceps en una cabeza que no esté encajada. Aun la aplicación de fórceps en cabeza alta es casi siempre imposible, como ocurrió en nuestra observación No. 5.

### II) Grado de dilatación del cuello.

Como veremos en las indicaciones, la Sinfisiotomía debe hacerse de preferencia con dilatación completa del cuello uterino. No obstante eso, puede practicarse sin que la dilatación sea completa, pero siempre que la calidad del cuello sea buena (cuello blando, elástico) y que haya cierto grado de dilatación que debe ser más avanzada cuando se trata de una primípara.

Si la dilatación del cuello no es completa el parto con Sinfisiotomía tarda más en efectuarse y variará entre 40 minutos a una hora, según los casos.

Inmediatamente después de hacer la Sinfisiotomía y apoyar sobre el cuello el polo fetal, la dilatación comienza a efectuarse. Ejemplo de esto es el caso No. 6 de nuestras observaciones en el que se iba a practicar una Cesárea por falta de dilatación del cuello al hacer la Sinfisiotomía, comenzó la dilatación al encajarse la presentación.

En casos especiales en que el cuello presenta rigidez se aconseja recurrir a las incisiones, siempre que se efectúen cuando el polo fetal esté suficientemente encajado.

### III) Variedad de presentación.

La variedad de presentación tiene mucha importancia en el mecanismo del parto en la pelvis Sinfisiotomizada; por eso estudiaremos tal mecanismo en cada presentación y su variedad.

#### A) Presentaciones Cefálicas.

La más favorable de todas para que el parto se efectúe espontáneamente en una pelvis sinfisiotomizada, es la presentación de Vértice Anterior. En esas presentaciones el parto es generalmente espontáneo y se efectúa en 15 o 25 minutos. Observación No. 1.

Según Zarate la cabeza se encaja, desciende y se desprende en oblicua; para otros, como Hernández, el mecanismo es semejante al del parto normal.

La presentación Cefálica Posterior se encaja en oblicua y desciende también en oblicua. Este mecanismo no es favorable para un parto espontáneo; generalmente hay que recurrir a una aplicación de Fórceps, como en el caso observado por nosotros (Observación No. 3;) de preferencia la rotación debe hacerse siempre que sea posible manualmente.

#### B) Presentaciones Podálicas.

Al tratar de las indicaciones de la Sinfisiotomía diremos que esta operación está indicada en las presentaciones Podálicas para tratar la distocia de la cabeza última en el estrecho superior. Cuando en uno de esos casos se hace una Sinfisiotomía, el encajamiento de la cabeza última se efectúa rápidamente en el diámetro transversal de la pelvis de una manera espontánea o por medio de la maniobra de Champetier de Ribes. Es la rapidez de la indicación la que da el éxito en este caso, ya que el parto se efectúa rápidamente, gracias a los tractores naturales de que dispone el partero. El retardar la ejecución de la Sinfisiotomía compromete la vida del niño, como en el caso No. 4 de nuestras observaciones.

El mecanismo del parto en la pelvis Sinfisiotomizada que hemos estudiado hasta ahora es considerando, que el feto tenga un tamaño normal; cuando hay un exceso de volumen fetal, el parto puede llegar a ser imposible o peligroso para la madre; en los casos de exceso de volumen fetal moderado, el parto se prolonga y hay necesidad de recurrir a una aplicación de Fórceps, como en el caso de nuestra observación No. 6.

#### Alumbramiento.

La Sinfisiotomía no tiene ninguna influencia sobre el alumbramiento y no hay inconveniente de practicar un alumbramiento artificial, si éste fuera necesario. Los alumbramientos en nuestras observaciones fueron todos alumbramientos naturales.

### CONDUCTA QUE DEBE SEGUIRSE EN EL PUERPERIO DESPUES DE UNA SINFIOTOMIA

Se establecerá una inmovilización relativa de la Sífnisis, por medio del decúbito dorsal durante 3 a 4 días y manteniendo unidos los muslos de la parturienta, poniendo una venda en "cifra de ocho" encima de las rodillas.

Las operadas de Sinfisiotomía deben de ser levantadas entre el 12o. o 14o. días de la operación.

En los casos en que hemos temido una infección puerperal, hemos sometido nuestras enfermas a un tratamiento profiláctico precoz con Sulfanilamida.

## CAPITULO VI

### INDICACIONES DE LA SINFISIOTOMIA SUBCUTANEA, LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA SER PRACTICADA, SUS CONTRAINDICACIONES Y COMPLICACIONES

Muchos parteros han querido pedir a la Operación de Zarate, y de una manera general a todas las Sinfisiotomías, más de lo que estas operaciones pueden dar. Al incurrir en este error han obtenido resultados desastrosos que los desalientan. También pretenden compararla a la operación Cesárea y no quieren admitir que estas dos operaciones lejos de oponerse se complementan.

En realidad, la Sinfisiotomía tiene indicaciones precisas que deben ser respetadas y en cada caso, debe hacerse un examen detenido de la parturienta. Salvo en los casos de distocia de cabeza última, en los que la Sinfisiotomía debe hacerse de urgencia; en todos los demás el partero deberá hacer exámenes especiales.

Esos exámenes son: pelvimetría externa, pelvimetría interna, palpación medidora de Pinard y finalmente una radiografía pélvica que permita medir el diámetro Promonto-Retro-Púbico y apreciar el volumen de la cabeza fetal. El conjunto de esos exámenes y la apreciación de las condiciones necesarias que requiere una Sinfisiotomía, podrá dar al partero mayor seguridad en el éxito de la operación.

Proponer la operación Cesárea es problema sencillo en Obstetricia; en cambio, la indicación de una Sinfisiotomía requiere el esfuerzo necesario para hacer clínica obstétrica; por eso, se tiende a abusar en la indicación de la Cesárea.

#### INDICACIONES DE LA SINFISIOTOMIA SUBCUTANEA

Estas indicaciones son precisas y limitadas; nosotros las clasificaremos en cuatro grupos:

##### I) Distocia ósea por estenosis moderada.

Tanto la forma de la pelvis como el grado de estrechez deben ser considerados.

A) Pelvis raquílicas Planas, con un diámetro Promonto-Retro-Púbico no menor de 8 centímetros, cuando la distocia sólo reside en el estrecho superior. Estas cifras son clásicas. Para los autores argentinos el Promonto-Retro-Púbico debe ser en esos casos no menor de 7 cent. 5.

B) Pelvis raquílicas Planas canaliculadas, con un diámetro Promonto-Retro-Púbico no menor de 8 cent. 5.

3) La vagina y el perineo pueden ser interesados cuando no se ha tenido el cuidado de vigilar el grado de elasticidad de las partes blandas.

#### **Complicaciones secundarias**

Entre éstas tenemos en primera línea, la infección de la herida cutánea con extensión al tejido celular sub-cutáneo; esta infección es mucho más frecuente en el caso de intervención con infección amniótica avanzada. La técnica sub-cutánea ha disminuído enormemente estas infecciones que tan frecuentes eran en las técnicas a cielo abierto y llegaban muchas veces hasta el espacio de Retzius.

Actualmente el uso profiláctico de las sulfanilamidas por vía local y oral han reducido al mínimo el peligro de infección, aun en los casos en que era de temer esta complicación.

Trastornos de la marcha: esta era la complicación más frecuente y más temida por los parteros; se observa con las otras técnicas en las cuales por la diástasis exagerada de los cabos pubianos se verificaban arrancamientos y sub-lujaciones de las articulaciones sacro-íliacas. Como se verá en nuestras observaciones, ninguna de nuestras enfermas presentaron trastornos de la marcha y esto es debido a que en ningún caso pasamos los límites de la diástasis sínfisaria establecida por Zarate.

En lo que se refiere a la indicación de la Sinfisiotomía en cabeza última, todas las complicaciones que dejamos apuntadas respecto a la uretra son aquí mucho más frecuentes; igualmente es mucho más frecuente obtener un niño muerto, puesto que el pronóstico es más grave para él, que en otras presentaciones eutóicas.

### **CAPITULO VII**

#### **LUGAR QUE DEBE OCUPAR LA OPERACION DE ZARATE EN OBSTETRICIA**

Para hacer este estudio debemos analizar los diferentes casos siguientes:

A) Desproporción Feto-Pélvica: en ésta debemos considerar dos casos: 1o., que se trate de una desproporción en presentación cefálica; y 2o., desproporción en presentación podálica.

1o.—En los casos extremos cuando la desproporción es marcada, no hay lugar a duda: debe recurrirse a la operación Cesárea Baja, salvo sus contra indicaciones.

La discusión de la indicación de la operación Cesárea, se establece cuando la desproporción feto-pélvica es moderada, en cuyo caso esta intervención no es justificable. Actualmente la tendencia quirúrgica de los tocólogos ha hecho que esta operación abarque un campo mayor que el que en realidad le corresponde, llegando al punto que el problema obstétrico no existe para ellos, resolviendo todos los casos (aunque su indicación no sea correcta) con la Cesárea.

Más lógico es aceptar la conducta moderna expectante que se conoce con el nombre de "Parto Médico" que ha venido a sustituir al parto de prueba, el cual consistía en la espera durante 25, 30, 40 y más horas, dando origen al sufrimiento fetal y al agotamiento

materno, de manera que cuando se llegaba a intervenir se hacía en malas condiciones. Hoy día en las mejores Clínicas de Maternidad de la América del Sur y Cuba se usa el "Parto Médico" de prueba que consiste en la ruptura de la bolsa de las aguas con 2 a 3 centímetros de dilatación del cuello, una inyección antiespasmódica para regular la dinámica uterina y esperar durante 8, 10 o 12 horas lo más para ver si la evolución del trabajo del parto va progresando normalmente; pasado este tiempo sería necio y absurdo esperar más, lo que nos daría consecuencias fatales para la madre y feto.

Cuando después de esa espera el partero debe pasar de la actitud expectante a la intervencionista, ¿qué conducta a seguir? Tenemos a mano dos procedimientos:

a) **Obstétricos.** Son la aplicación de Fórceps y la versión por maniobras internas. El Fórceps en el estrecho superior es para el feto una embritomía disfrazada y casi siempre es seguido de la muerte del feto o de lesiones graves. Para la madre es una operación que se acompaña de lesiones serias con frecuencia. Es por eso que las aplicaciones de Fórceps en el estrecho superior han sido abandonadas por todos los tocólogos.

La versión por maniobras internas tropieza con varias dificultades: I) Estando la bolsa rota, se corre el riesgo de tener que luchar con una contractura uterina si bien es cierto que la anestesia la evita en algunos casos. II) Siempre después de la Versión, queda la incógnita de cómo va a efectuarse el parto de la cabeza última en una pelvis moderadamente estrecha, aún sirviéndose de la maniobra de Champetier de Rives. Es por eso que la Versión como medio terapéutico de la desproporción feto-pélvica moderada es desechada por todos los parteros.

Como vemos, los procedimientos obstétricos para el tratamiento de la desproporción feto-pélvica moderada dan pocos resultados.

En lo que respecta a los procedimientos quirúrgicos, después de un trabajo de prueba, sólo se puede recurrir a la Cesárea baja y a la operación de Zarate.

La Cesárea baja es la operación que aún con la perfección de sus técnicas y bajo la protección de las Sulfanilamidas, comporta riesgos para la madre y compromete la integridad del útero para los partos ulteriores, por otra parte es necesario para practicarla estar en un centro quirúrgico. La mortalidad materna de estas intervenciones es aún hoy, apreciable. No se justifica, pues, la indicación de la Cesárea baja o extra peritoneal en los casos de desproporción feto-pélvica moderada.

La operación de Zarate, perfecta en su técnica, no compromete la vida de la madre (0 por ciento de mortalidad depurada) y casi nada la del feto (0.1 por ciento), por otra parte lejos de comprometer el porvenir obstétrico de la mujer, asegura en la mayoría de los casos una cura definitiva de su estrechez pélvica.

Son todas estas razones las que deben hacer preferir la operación de Zarate en el tratamiento de la estrechez pélvica moderada.

**Desproporción feto-pélvica accidental.** En estos casos la deflexión de la cabeza fetal es la causa de la distocia, tratándose de presentaciones de cara, frente y sincipucio. El primer puesto en la terapéutica de estas distocias debe ocuparlo la Sinfisiotomía,

pues ninguna como ella ha dado resultados tan brillantes, haciendo que sea de una indicación absoluta sobre todo en los casos de variedad de posición mentosacra.

#### 2o.) Desproporción en presentación podálica.

Si es difícil establecer la proporción que existe entre la cabeza y la pelvis en una presentación cefálica, esta apreciación es mucho más difícil en una presentación podálica. Nunca, pues, en un parto de nalgas se puede estar seguro si la cabeza saldrá espontáneamente aun con pelvis normal, mucho menos si existe una estrechez pélvica moderada. Las maniobras aconsejadas para esta distocia son en su gran mayoría insuficientes; el partero no podrá escoger más que entre una embiotomía o una sinfisiotomía, siendo este último el único medio para hacer franquear la cabeza fetal a través de la pelvis y obtener un niño vivo.

Hacer una operación cesárea sistemática en toda presentación podálica con estrechez pélvica moderada, no es lógico. Se priva a la mujer de la oportunidad de poder efectuar su parto normalmente.

El procedimiento de Cathala, paso preventivo de la sierra de Gigli para hacer una Pubiotomía, es mejor, pero implica hacer una Pubiotomía que como sabemos nunca puede compararse a la benignidad de la Sinfisiotomía. Queremos recordar que la Pubiotomía, operación también destinada a ampliar los diámetros de la pelvis, da resultados sensiblemente iguales en lo que se refiere al aumento de aquéllos pero lo difícil de su ejecución, y las complicaciones de que se acompaña hacen que no pueda rivalizar con la Sinfisiotomía.

Todas estas razones estudiadas, son motivos suficientes para establecer que la operación de Zárate ocupa un lugar preponderante entre los procedimientos quirúrgicos en Obstetricia y que en Guatemala esta operación debe ser conocida y practicada.

## CAPITULO VIII

### OBSERVACIONES

Este capítulo comprenderá, las observaciones de nuestras experiencias cadavéricas y las observaciones clínicas de las Sinfisiotomías practicadas en los servicios de Maternidad del Hospital General.

#### A) OBSERVACIONES CADAVERICAS

Las experiencias cadavéricas de la Sinfisiotomía tropiezan con una dificultad y es lo escaso de material apropiado, ya que felizmente, en nuestras Maternidades la mortalidad es baja. No obstante hemos tenido la oportunidad de hacer la operación de Zárate y comprobar todo lo que dijimos en el Capítulo II "Fundamentos Científicos de la Sinfisiotomía" respecto al estado de las articulaciones durante el embarazo, en dos cadáveres de mujeres recién paridas, el resto de nuestras experiencias cadavéricas que suman 12 en total, fué hecho sobre cadáveres de mujeres no embarazadas. A continuación pondremos una observación tipo de cada experiencia.

#### OBSERVACION NUMERO 1.

Señora T. F., de 16 años de edad, primípara, embarazo en el curso del noveno mes. Entró al servicio de Maternidad el 13 de febrero, presentando un cuadro grave de Eclampsia. A pesar del tratamiento murió al día siguiente, poco después de haber expulsado el niño muerto.

En el Anfiteatro practicamos una operación de Zárate.

Para comprobar el estado de la articulación sinfisaria después de la operación, se hizo una incisión en la línea media, principiando a dos traveses de dedo del borde superior del pubis, hasta la base del clítoris, separamos el tejido celular y al examinar la articulación encontramos:

I) La formación que constituye el "freno superior", conservado en su mayor parte, limitando la separación de las extremidades del pubis.

II) El ligamento de Henle también estaba intacto y frenando la diástasis.

III) Todos los ligamentos anteriores seccionados.

IV) En la cara posterior de la articulación la cápsula articular totalmente conservada, por lo tanto sin lesión de los vasos que forman el plexo de Santorini, habiendo sido la Sinfisiotomía intracapsular.

V) La uretra, lo mismo que los cuerpos cavernosos del clítoris conservados.

La operación de Zárate se mostró en esta experiencia cada-  
vérica, como una operación fácil de ejecutar, dándonos la consecuencia de la sección una verdadera Sinfisiotomía parcial e intracapsular, frenando la diástasis los ligamentos conservados tal como lo indica Zárate.

#### OBSERVACION NUMERO 2.

De todas las observaciones hechas sobre cadáveres de mujeres no embarazadas sólo pondré una como tipo, ya que todas las demás no son más que una repetición de ésta.

Cadáver de M. I., de 15 años de edad.

**Operación:** Se localiza el borde superior del pubis; se introduce un dedo en la vagina para proteger la uretra. Punción a un centímetro por debajo del borde superior del pubis con un bisturí de hoja gruesa y de cinco centímetros de largo. Introducción del bisturí en la articulación que da la sensación "granulosa" que hemos descrito, con movimientos de vaivén se secciona la parte inferior del fibro-cartilago y parcialmente el arcuatum. Se baja el mango del bisturí para atacar el ligamento superior, como después de pedida la abducción a los ayudantes, no se consigue la separación deseada; se ataca de nuevo el arcuatum percibiendo el traquido de la articulación y la diástasis articular.

**Diseción:** Se hace una incisión vertical sobre el monte de Venus hasta la base del clítoris y otra horizontal a dos traveses de dedo por debajo del borde del pubis, cruzando la anterior. Al hacer la diseción nos encontramos con que la separación de los cabos pubianos no es más que de 2 centímetros por su parte anterior, que el ligamento arcuatum no está completamente seccionado, al hacer la sección de éste se obtiene una separación mucho mayor. Se comprueba la conservación del ligamento de Henle que frena

la diástasis, se comprueba también la formación ligamentosa superior descrita por Zarate y que también frena la separación.

**Comentario:** Esta observación cadavérica nos enseña la necesidad de usar un bisturí de hoja gruesa, la necesidad de cortar suficientemente el arcuatum (llave de la articulación) y que la medida de la realización de la diástasis nos la dará siempre el dedo vaginal que debe sentir una separación por lo menos un trasvez de dedo para que la separación de los cabos pubianos por delante sea de 3 a 4 centímetros.

Son auténticas:

L. OGARRIO

## B) OBSERVACIONES CLINICAS TOMADAS EN LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL GENERAL

### OBSERVACION NUMERO 1.

Señora F. A., 26 años de edad, de raza ladina. Originaria de la capital. Tercera gestación, un parto efectuado. Ingresa al primer servicio de Maternidad el 16 de Diciembre de 1943, en el curso del noveno mes.

**Antecedentes personales:** Lactancia materna. Primeros pasos a los dos años. Dentición tardía.

**Antecedentes Obstétricos:** El primer embarazo terminó en aborto espontáneo al quinto mes. Segundo embarazo llegó a término pero por desproporción feto-pélvica fué sometida a una operación Cesárea en 1938 con niño vivo. Tercer embarazo el actual a término, aparición de los movimientos activos a los cuatro meses y medio.

**Historia:** Desde el día 14 aparecieron los dolores, primero suaves, luego fueron creciendo de intensidad; el día 15 casi desaparecieron repitiéndose el 16 con mayor intensidad y con un intervalo muy corto. Ingresó al cuarto de trabajo, en donde se obtuvieron los siguientes datos:

**Examen general:** Configuración esquelética normal. Talla baja (1.50 metros).

**Examen obstétrico:** Abdomen globuloso. Altura uterina 32 cm. Circunferencia 96 cm. Presentación Cefálica. Cabeza móvil insinuándose en el estrecho superior. Foco a la derecha y en buenas condiciones.

<b>Pelvimetría:</b> Diámetro bi-espinoso . . . . .	23 CM.
"          bi-cresta . . . . .	25 CM.
"          bi-trocantéreo . . . . .	29 CM.
Baudeloque . . . . .	18 CM.
Diámetro promonto-retro-púbico:	9½cm.

**Tacto:** Partes blandas suaves, elásticas. Dilatación completa. Presentación vértice, variedad, posterior derecha. (P. V. O. I. D. P.) Membranas rotas. Cabeza rechazable.

**Tratamiento:** Se procedió a aplicar Fórceps en el estrecho superior, después de varios intentos seguidos de otros tantos fracasos, el feto principió a sufrir. En estas circunstancias decidimos hacer

una Sinfisiotomía siguiendo la técnica de Zárate, aprovechando la anestesia dada para la aplicación de Fórceps.

A los 10 minutos de practicada la operación, la cabeza encajó perfectamente, pero por ser las contracciones insuficientes y encontrarse el foco irregular decidimos hacer la extracción por Fórceps, obteniendo un éxito completo, con un niño vivo y sin ninguna complicación por el lado de la madre. Alumbramiento a los 20 minutos espontáneo y completo. Sutura de la herida después de haber puesto Sulfanilamida en polvo.

**Evolución:** La parturienta permanece en cama durante diez días, estando los cuatro primeros días con las piernas juntas por medio de un vendaje en cifra de 8. A los seis días se quitan los puntos obteniendo buena cicatrización.

Puerperio normal. Al levantarse la enferma, no presenta ninguna molestia en las articulaciones sacro-iliacas pudiendo ejecutar todos los movimientos correctamente, lo mismo que la marcha.

Permaneció, no obstante la observación anterior, en el servicio hasta el 2 de Enero en que se le permitió retirarse.

Hemos tenido oportunidad de ver a esta enferma, quien actualmente no presenta ninguna molestia.

Es auténtica:

**ARTURO ZECEÑA**  
Jefe del servicio.

#### OBSERVACION NUMERO 2.

**Señora A. de G.**, de 32 años de edad. Originaria y residente en la Capital. Secundigesta. Ingresa al primer servicio de Maternidad el 4 de Enero de 1944 en el curso del noveno mes.

**Antecedentes obstétricos:** Hace dos años tuvo un parto con feto macerado y según dice la enferma después de 10 meses de embarazo.

**Historia:** El día 2 de Enero principiaron los dolores que aumentaron muy intensamente en el curso de las siguientes 24 horas. Ruptura de la bolsa de las aguas espontáneamente el día 3. Es trasladada al cuarto de trabajo donde después de examinada se obtienen los siguientes datos:

**Examen general:** Estado general malo, agotamiento materno. Temperatura 38° centígrados. Pulso 100 por minuto, regular y fuerte.

**Examen obstétrico:** Abdomen globuloso. Altura uterina 32 centímetros. Circunferencia 92 cent. Presentación cefálica con cabeza movable. Foco regular y fuerte, con 160 pulsaciones por minuto.

**Pelvimetría:** Diámetro bi-espinoso . . . . . 20 cent.  
" bi-cresta . . . . . 24 cent.  
" bi-trocantéreo . . . . . 26 cent.  
" de Baudeloque . . . . . 18 cent.  
" Promonto retro-púbico . . . 8.5 cent.

**Tacto:** Dilatación completa. Bolsa rota. Presentación cefálica insinuada en el estrecho superior pero movable, fácilmente rechazable.

Como la bolsa de las aguas tenía más de 15 horas de rota, habiendo pasado el tiempo conveniente de la "prueba médica del trabajo" y el estado general de la enferma indicaba agotamiento,



**Tratamiento:** El día 13 se le hizo un gran lavado vaginal caliente con una solución al 1 por 5.000 de permanganato de potasio. Se le administró una ampolla de morfina de 1 centigramo para disminuir los dolores que se habían vuelto muy intensos e irregulares y se le inyectaron 10 c.c. de una solución de sulfato de magnesio al 10 por ciento por vía endovenosa. La dilatación progresó hasta 2 centímetros.

El día 14 persistiendo los datos anteriores y con sólo 3 centímetros de dilatación, se rompe la bolsa de las aguas, procediendo a ejecutarse una Sinfisiotomía por la técnica de Zárate bajo anestesia general al Cloroformo.

A los 10 minutos de practicada la operación, la cabeza que sólo estaba insinuada, se encaja rápidamente haciéndose la dilatación del cuello completa. En este momento se le administraron 5 unidades de Pituitrina y se hizo una rotación manual de la cabeza para transformar la variedad de presentación en anterior. A los 15 minutos la cabeza descendió hasta la vulva y con una aplicación de Fórceps se obtiene un niño vivo y en excelentes condiciones. La aplicación de Fórceps se hizo por agotamiento materno.

**Evolución:** Se deja a la parturienta con los cuidados descritos en las observaciones anteriores, haciendo un puerperio normal. Permanece en cama durante 10 días, al cabo de los cuales los movimientos pasivos y activos de sus piernas, no le hacen sentir ninguna molestia a nivel de las articulaciones sacro-iliacas. Al dejar el Servicio lo hace sin ninguna molestia para la marcha.

Es auténtica:

**R. ALVAREZ**  
Jefe del Servicio.

#### OBSERVACION NUMERO 4.

**Señora L. C.**, de 17 años de edad, raza ladina, originaria y residente en Guatemala. Ingresa al 2o. Servicio de Maternidad el día 14 de Enero de 1944, en el curso del noveno mes de su embarazo.

**Antecedentes Personales:** Lactada al seno materno. Anduvo tardíamente a los 2 años y medio.

**Antecedentes Obstétricos:** Primigesta. Aparición de los movimientos activos a los 4 meses y medio.

**Historia:** Principió el trabajo el día 16 de Enero a las 14 horas. Los dolores suaves al principio, se hicieron fuertes ese mismo día. Ingresa al cuarto de trabajo en donde se encontraron los datos siguientes:

**Examen General:** Nada anormal.

**Examen Obstétrico:** Abdomen globuloso. Altura uterina 34 centímetros. Circunferencia 96 cent. Presentación Podálica. Foco a la derecha, fuerte, regular, en número de 120 pulsaciones por minuto.

<b>Pelvimetría:</b> Diámetro Bi-espinoso . . . . .	22 cent.
"          Bi-cresta . . . . .	24 cent.
"          Bi-trocantéreo . . . . .	28.5 "
"          de Baudeloque . . . . .	16 cent.
"          Promonto retro-púbico, no se tomó.	

**Tacto:** Dilatación completa. Membranas enteras. Presentación podálica encajada, nalgas completas (S. I. I. A.). Periné blando, elástico.

**Tratamiento:** Ruptura de las membranas. Las contracciones uterinas son fuertes. A las 11 horas del mismo día, expulsión con retención de la cabeza en el estrecho superior. Se hace la maniobra de Champetier de Rives con resultado negativo; el feto sufre y en estas condiciones se decide intervenir. Bajo anestesia general al cloroformo se hace una Sinfisiotomía siguiendo la técnica de Zarate. Poco después la cabeza se desprende y el feto es expulsado en estado asfíctico; después de un tratamiento adecuado, a los 45 minutos, comienza a respirar. El niño vive durante 36 horas en buenas condiciones, al cabo de las cuales tuvo un acceso de asfixia secundaria a consecuencia de la cual murió.

**Complicaciones:** Por el hecho de tratarse de distocia con cabeza última, la maniobra profiláctica de la uretra no pudo ser hecha, siendo lesionada en el curso de la operación. Se dejó sonda permanente (Petzzer).

**Evolución:** Se administra a la enferma sulfanilamida de manera preventiva. A los 6 días se retira la sonda, se quita el punto de crin de la herida cutánea; a los 9 días se permite a la enferma ejecutar movimientos pasivos en su cama; a los 12 días, comprobándose que no tiene molestias articulares, se le permite levantarse, verificando su marcha en perfectas condiciones.

Es auténtica:

**R. ALVAREZ**  
Jefe del Servicio.

#### OBSERVACION NUMERO 5.

**Señora C. Ch.**, de 33 años de edad, de raza ladina, originaria de Guatemala. Primigesta. Nulípara. Ingresa al Servicio 1o. de Maternidad el día . . de Abril de 1944, en el curso del 9o. mes de embarazo.

**Antecedentes Obstétricos:** Sin importancia.

**Historia:** Cuando ingresa al Servicio tiene 24 horas de haberse iniciado el trabajo de parto y 12 horas de ruptura espontánea de la bolsa de las aguas. Acusa tener escalofríos, fiebre y salida de líquido amniótico fétido. Se procede a hacerle un tacto, encontrándose una dilatación del cuello de 2 centímetros, salida de líquido amniótico fétido y presentación vértice no encajada. Se inyecta a la parturienta 3 centímetros de una solución de Sulfato de Magnesia al 50 por ciento para ayudar la dilatación y 1 centígramo de Morfina para disminuir los dolores intensos e irregulares. Se espera un poco de tiempo para ver el progreso del trabajo, al cabo del cual se obtienen los datos siguientes:

**Examen General:** Facies febril, dolorosa. Pulso 110 por minuto. Temperatura 38°.

**Examen Obstétrico:** Abdomen globuloso. Altura del útero 36 centímetros. Circunferencia 100 cent. Presentación cefálica no encajada; la cabeza se siente un poco grande. Foco a la izquierda, irregular.

**Pelvimetría:** Diámetro Bi-espinoso . . . . . 22 cent.  
" Bi-cresta . . . . . 24 cent.  
" Bi-trocantéreo . . . . . 28 cent.  
" de Baudeloque . . . . . 16 cent.  
" Promonto retro-púbico . . . . . 8.5 "

**Tacto:** Partes blandas elásticas. Cuello grueso con 3 cent. de dilatación. Bolsa rota. Presentación de vértice, variedad izquierda anterior, no encajada.

**Tratamiento:** Bajo anestesia general con Pentotal Sódico (0.50 grs. diluidos en 20 c.c. de agua bidestilada), se hace una Sinfisiotomía por la técnica de Zárate. Se inyecta a la enferma 5 unidades de Timofisina. A la media hora la cabeza encaja y la dilatación del cuello es de 5 cent., se inyectan otras 5 unidades de Timofisina y se suprime la anestesia. La dilatación se hace completa, pero la cabeza del feto no progresa; el foco se vuelve lento e irregular.

A las 2 horas y media de la operación, el parto no se ha efectuado aún. Se hace una aplicación de Fórceps sin resultado. El foco desaparece y se procede a ejecutar una Basiotripsia.

**Evolución:** Se coloca a la enferma en posición conveniente durante 6 días y durante este mismo tiempo se le dan 8 comprimidos diarios de Sulfamidil. El puerperio fué normal. Se quitan los puntos de crin de la herida cutánea y a los 12 días se permite que ejecute movimientos de las piernas en la cama. A los 14 días se levanta y abandona el Servicio el día 19 de Abril de 1944 en perfectas condiciones y sin trastornos en la marcha.

Es auténtica:

**ARTURO ZECEÑA**  
Jefe del Servicio.

#### OBSERVACION NUMERO 6.

**Señora M. D. P.**, de 26 años de edad, originaria y residente en Guatemala, de raza ladina. Multigesta y múltipara. Ingresa al 20. Servicio de Maternidad el día 9 de Mayo de 1944, en el curso del noveno mes de embarazo.

**Antecedentes Obstétricos:** Primer parto muy prolongado con feto muerto macerado. Segundo parto prolongado y con aplicación de Fórceps. El presente es a término; aparición de los movimientos activos a los 4 meses y medio.

**Historia:** El día 10 de Mayo aparecieron dolores fuertes desde su principio. Ruptura de la bolsa de las aguas el día 11 a las 7 horas, con 3 centímetros de dilatación del cuello; dolores intensos e irregulares; la cabeza no tiene tendencia a encajarse.

**Examen General:** Nada de importancia.

**Examen Obstétrico:** Abdomen globuloso. Altura uterina de 36 centímetros. Circunferencia: 110 cent. Presentación cefálica no encajada. Foco fuerte, 120 pulsaciones por minuto, a la derecha de la línea media.

<b>Pelvimetría:</b> Diámetro Bi-espinoso . . . . .	22.5 cent.
"          Bi-cresta . . . . .	25 cent.
"          Bi-trocantéreo . . . . .	29 cent.
"          de Baudeloque . . . . .	17 cent.
"          Promonto retro-púbico . . . . .	10 cent.

**Tacto:** Partes blandas elásticas. Cuello con 6 cent. de dilatación. Bolsa de las aguas rota. Cabeza no encajada, difícil de apreciar la variedad de posición; grande, dando la impresión que existe una desproporción feto-pélvica.

**Rayos X:** El diámetro promonto retro-púbico es de 10 centímetros. La cabeza un poco grande, parcialmente encajada.

Este examen confirma el dato obtenido por nosotros respecto al diámetro promonto retro-púbico y el volumen de la cabeza.

**Tratamiento:** Por los datos anteriores, por el número de horas que llevaba de prueba del trabajo sin ningún resultado satisfactorio, y por la falta de encajamiento, se decidió hacer una Sinfisiotomía siguiendo la técnica de Zárate, el día 11 a las 13 horas.

**Operación:** Principia a las 12 horas y 50 minutos y termina a las 13 horas. Se consiguió una separación de la cara posterior del pubis de 1 cent. La cabeza descendió y se encajó a las 13 horas y 10 minutos. Se despierta a la enferma y se le inyectan 5 unidades de Pituitrina. A las 13 horas y 35 minutos se vuelven a inyectar otras 5 unidades de Pituitrina; la cabeza desciende hasta el estrecho inferior. La enferma se agota, las contracciones uterinas son ineficaces y el foco está irregular. Se hace una intervención con Fórceps en la vulva, teniendo la precaución de juntar las piernas de la enferma, que es seguido rápidamente de éxito. A las 14 horas y 25 minutos se termina el parto con un niño vivo con las siguientes características: peso 8 libras, circunferencia de la cabeza: 39.5 cent., diámetro bitemporal: 8.3 cent., diámetro biparietal: 9.5 cent. y diámetro occipito frontal: 11.5.

**Evolución:** Se coloca a la enferma en la posición adecuada, se le administran 12 comprimidos diarios durante seis días de Sulfamidil. Puerperio normal. se le da su alta sin que presente ninguna impotencia funcional.

Es auténtica:

**R. ALVAREZ**  
Jefe del Servicio.

#### OBSERVACION NUMERO 7.

Señora S. O., de 29 años de edad. Originaria de Guatemala. De raza ladina. Multigesta. Ingresa al primer Servicio de Maternidad el 24 de Mayo de 1944 en el curso del noveno mes.

**Antecedentes Obstétricos:** Primer embarazo a término, fué intervenida en este servicio con una Operación Cesárea baja transperitoneal por estenosis pélvica en julio de 1942.

**Historia:** todo el tiempo de este embarazo no ha presentado ninguna molestia. Principió el trabajo el 23 de mayo a las 18 horas del día, con dolores suaves al principio, que fueron aumentando hasta hacerse intolerables, a las 18 horas de haberse iniciado el trabajo persisten estos dolores haciéndose sub-intrantes.

**Examen:** Aspecto general de agotamiento. Talla 1 m. 36 cm., pulso y temperatura normales.

**Examen Obstétrico:** Altura uterina 36 cm. Circunferencia 91 cm. Cicatriz mediana sub-umbilical queloidea. Presentación cefálica con dorso a la izquierda, cabeza alta y movable. Foco fuerte, regular, situado a la izquierda.

**Pelvimetría:** Diámetro Bi-espinoso . . . . . 231½ cm.  
" Bi-cresta . . . . . 26 cm.  
" Bi-trocantéreo . . . . . 271½ cm.  
" Baudeloque . . . . . 171½ cm.  
" Promonto retro-púbico, no se tomó.

**Tacto:** Vulva estrecha, partes blandas un poco elásticas, pelvis plana. Dilatación 4 cm. Bolsa entera. Cabeza alta sin tendencia a encajar. No muy grande, es la impresión que se tiene.

**Radiografía:** Pelvis estrecha con promonto retro-púbico de 8.6 cm. Cabeza alta en no mucha desproporción con la pelvis.

**Tratamiento:** En vista que la prueba del trabajo ha fracasado, y por los datos obtenidos anteriormente se decide practicar una Sinfisiotomía por el procedimiento de Zárate.

La operación principió a las 11 horas del día 24, no se obtuvo una separación de más de 2 cm.; en vista que la dilatación había aumentado hasta 7 cm. el líquido amniótico es meconial, aunque el foco se encuentra fuerte y regular.

A las dos horas de practicada la operación la cabeza sólo se insinúa en el estrecho superior siendo fácilmente rechazable. A las tres horas y en vista que los dolores son muy fuertes y el foco irregular, se decide hacer una operación Cesárea.

La Cesárea se practicó en el segmento inferior, al extraer el niño presenta 2 circulares del cordón.

La Cesárea fué coronada de éxito.

**Resolución:** Se coloca a la enferma en la posición que hemos indicado en nuestras anteriores observaciones, se le hace el tratamiento indicado post-operatorio para una operación Cesárea. A los 6 días se quitan los garfios de la herida por la Sinfisiotomía encontrándose perfectamente cicatrizado.

La enferma ejecuta sus primeros movimientos en la cama, a los 12 días se le permite levantarse ejecutando todos sus movimientos de la marcha muy bien, a los 16 días abandona el servicio con un niño sano y sin ninguna dificultad durante la marcha.

Es auténtica:

**ARTURO ZECEÑA**  
Jefe del Servicio.

## CAPITULO IX

### ESTUDIO CRITICO DE LAS OBSERVACIONES

En la primera observación podemos notar que el éxito más rotundo coronó el caso. La indicación de la Sinfisiotomía era perfecta y las condiciones eran ideales pues teníamos: Dilatación completa y bolsa rota, partes blandas suaves y elásticas aunque el foco era irregular.

El resultado fué brillante no sólo por el éxito de la operación en sí, sino porque se salvó la vida a un niño fatalmente condenado a la embriotomía después del fracaso de la aplicación de Fórceps, no quedándole el recurso de la operación Cesárea que hubiera sido tarde dado el sufrimiento fetal con que tuvimos que intervenir.

Se evitó también el peligro de una nueva Cesárea que hubiera dejado al Utero en estado de menor resistencia, puesto que anteriormente había sido sometida a la misma operación por estrechez pélvica.

Además de evitarle este peligro creemos que la enferma quedó definitivamente curada de su afección ósea.

Hemos tenido la oportunidad de seguir de cerca a la enferma y hemos comprobado que en la actualidad no adolece de ninguna molestia durante la marcha.

El Segundo también es un buen caso, en el que la indicación de la Sinfisiotomía era precisa puesto que se trataba de una pelvis límite. En éste también hubo fracaso en la aplicación del Fórceps alto, el que como es sabido es un procedimiento que da malos resultados; por lo cual no quisimos insistir en él después de los primeros intentos.

A los diez minutos de efectuada la operación teníamos un niño vivo y en buenas condiciones.

La ruptura de la uretra fué debida a una mala protección que se hizo de ella, pues la maniobra profiláctica no fué hecha. El desgarramiento del perineo anterior se debió probablemente a la aplicación del Fórceps que como sabemos es delicado después de una Sinfisiotomía.

La lesión uretral curó perfectamente sin dejar consecuencias para la enferma.

El tercer caso se trataba de una presentación cefálica derecha posterior en una primipara, la cabeza no encajaba por desproporción accidental pues tratábase de una pelvis relativamente estrecha con cabeza parcialmente deflexionada. La dilatación del cuello tampoco se efectuaba por falta de encajamiento.

Al ampliar la pelvis por la operación, se logró que se encajara la cabeza y que consecuentemente se efectuara la dilatación.

La rotación manual facilitó la aplicación de Fórceps, haciéndolo más benigno.

En este caso la Sinfisiotomía fué un éxito y su ejecución estaba justificada tanto más que se había pensado practicar una operación Cesárea.

El cuarto caso se trataba de una estrechez moderada de la pelvis, habiendo una distocia de cabeza última en el momento de encajamiento en el estrecho superior.

La maniobra de Champetier de Rives fué insuficiente y un fracaso; la indicación de la Sinfisiotomía era precisa y urgente; fué por haber perdido tiempo insistiendo en la maniobra de Champetier lo que motivó que el niño no se pudiera obtener en condiciones óptimas para resistir a la crisis asfíctica que tuvo posteriormente.

La operación en sí fué brillante y rápida y desde que fué ejecutada la cabeza franqueó el estrecho superior, lo que no hubiéramos logrado por ningún otro procedimiento.

La ruptura de la uretra se debió a la falta de la maniobra profiláctica de ésta, pues como hemos dicho, en los casos de cabeza última es casi imposible de hacerla, pero con más conocimiento y entrenamiento puede evitarse las lesiones de la uretra.

En cuanto al quinto caso se trataba de una primipara con bolsa rota de más de 48 horas, con líquido amniótico meconial y fétido, indicando por consecuencia una infección amniótica avanzada y sufrimiento fetal, con sólo 3 centímetros de dilatación, pelvis estrecha y cabeza no encajada.

Este caso no era favorable para una operación Cesárea, pues se hubiera hecho correr un gran riesgo a la madre, aunque —tal vez— para el niño hubiera sido más favorable. No nos quedaba más que dos alternativas: 1) Esperar la dilatación y hacer una basiotripsia puesto que el niño ya casi no contaba dado el estado del foco; en malas condiciones ya que la cabeza hubiera sido difícil que encajara. 2) Hacer una Sinfisiotomía que permitiera el encajamiento de la cabeza, ayudara a la dilatación del cuello con la posibilidad de obtener un niño vivo.

Optamos por la segunda alternativa pensando que de esa manera se le daba una oportunidad más al feto, haciendo correr el riesgo mínimo a la madre.

La indicación de la Sinfisiotomía estaba, pues, justificada en este caso, que si bien no nos permitió obtener un niño vivo pudimos hacer una basiotripsia en mejores condiciones ya que después de la operación la cabeza encajó y el cuello se dilató.

No hubo ninguna complicación de la operación y la madre abandonó el servicio en buenas condiciones.

El sexto caso, se trataba de una múltipara, con quince horas de prueba de trabajo sin encajamiento, con sólo 6 cm. de dilatación, con pelvis muy ligeramente estrecha, pero en cambio se trataba de un feto grande, por lo tanto había una desproporción feto-pélvica moderada debida al exceso de tamaño del niño. La indicación de la Sinfisiotomía en este caso era correcta. Al hacer la operación la cabeza encajó, la dilatación se hizo completa y el feto descendió. La aplicación de Fórceps vulvar fué debida al agotamiento materno perfectamente explicable. Al niño hubo que reanimarlo. Las medidas de la cabeza fetal resultaron ser un poco grandes ya que después del cabalgamiento presentaba los diámetros que hemos señalado. La operación de Zárate se acompañó de éxito.

El séptimo caso debe considerarse como un fracaso, sin embargo no debemos culpar a la operación sino a la mala selección que hicimos del caso. Por otra parte esta observación ha sido muy instructiva.

Nos enseña que para practicar una Sinfisiotomía hay que tener en cuenta todos los factores, pues si bien es cierto por los exámenes que habíamos practicado estábamos autorizados a hacerla, ya que se trataba de una desproporción feto-pélvica capaz de ceder a una Sinfisiotomía, como pudimos comprobarlo por la medición de la cabeza fetal que era pequeña; en cambio no tomamos en cuenta dos factores: 1) Que la cabeza estaba muy alta. 2) Y que había un sufrimiento fetal que estaba indicándolo el líquido meconial.

Estas dos observaciones nos debían haber hecho pensar en una brevedad del cordón relativa o absoluta que impedían el encajamiento de la cabeza; por otra parte, también consignamos que la separación de los cabos pubianos no era suficiente, aunque en el presente caso de nada nos hubiera servido una separación mayor. La brevedad del cordón pudimos comprobarla como dejamos apuntado al hablar de la observación clínica.

## CONCLUSIONES

- 1) La operación de Zárate y todas las Sinfisiotomías tienen una razón científica para existir.
- 2) La Sinfisiotomía por la Técnica de Zárate es el mejor procedimiento conocido hasta hoy para el tratamiento de las estenosis pélvica límite y las desproporciones feto-pélvicas moderadas. Teniendo la ventaja sobre los demás procedimientos que no deja complicaciones para el porvenir obstétrico de las parturientas.
- 3) Es una Operación sencilla y rápida, pero, que debe haber sido practicada antes sobre cadáveres para obtener el mejor éxito.
- 4) En la gran mayoría de los casos cura definitivamente la lesión ósea, teniendo la ventaja de que si esa cura no se realizara desde la primera intervención, puede repetirse tantas veces como fuere necesario sin ningún peligro.
- 5) Si se quiere tener éxito, y no exponer esta operación —ya consagrada—, a fracasos, deben respetarse estrictamente sus indicaciones, contraindicaciones y ceñirse a la técnica descrita.
- 6) Del estudio de las estadísticas puede deducirse que es el procedimiento que mayores garantías da para la madre y para el niño.
- 7) El número de nuestras observaciones clínicas es poco, por el escaso número de casos que se presenta, pero el éxito más completo coronó nuestro trabajo, en un caso fracasamos por las razones que aducimos en el capítulo correspondiente.
- 8) Es indispensable por todas las razones expuestas que este procedimiento sea conocido y practicado en Guatemala, con lo cual estamos seguros que se beneficiará nuestra Terapéutica Obstétrica.

FRANCISCO BENDFELDT J.

Imprímase:

ANTONIO G. VALDEAVELLANO

## BIBLIOGRAFIA

- ARRIETA HUMBERTO: . . . . El Salvador Médico. Números de Agosto, Septiembre, 1934 y Enero de 1935.
- BRINDEAU: . . . . . Práctica del arte de los Partos, Tomo IV de las operaciones.
- BRUNM: . . . . . Tratado de Obstetricia, 1929.
- BECK: . . . . . Tratado de Obstetricia.
- DE LEE: . . . . . Principio y Práctica de Obstetricia.
- FARABEUF: . . . . . Manual Operatorio. Distocias del estrecho superior. Mecanismo. Diagnóstico. Tratamiento. Sinfisiotomía.
- GERAD GEORGES: . . . . . Manual de Anatomía Humana. Edición de 1924.
- HORST VON DER HERBERT: Contribución al estudio de la Sinfisiotomía por el Método de Zárate. Tesis de París, 1927.
- LANZA CELESTINO: . . . . . Operaciones ampliatorias de la Pelvis. Argentina, 1933.
- METZGUER: . . . . . L'ACUCHER MODERNE.
- MORAGUES, JAIME: . . . . . Tratado de Obstetricia. Argentina, 1942.
- OGARRIO LUIS: . . . . . La Sinfisiotomía sub-cutánea en las distocias de Cabeza última. Tesis de París, 1931.
- PALACIOS COSTA: . . . . . Operación de Zárate. Sinfisiotomía Partialis. América clínica, número de 1943.
- PEREZ MANUEL LUIS: . . . . Sinfisiotomía y dilatación permanente de la Pelvis, 1939.
- RODRIGUEZ CAMPOA . . . . . Tesis de Buenos Aires, 1941.
- RODRIGUEZ OLIVELLO: . . . . Cinco años de Sinfisiotomía sub-cutánea en Cuba.
- PEREZ: . . . . . La sinfisiotomía sub-cutánea en la Clínica Obstétrica del Hospital de Rivadavia. 1926.
- TESTUT: Y LATARGET: . . . . Tratado de Anatomía Humana.
- WILLIAMS: . . . . . Tratado de Obstetricia. Edición en Español, 1938.
- ZARATE: . . . . . La Sinfisiotomía Partialis y la Sinfisiotomía de Frank. 1926.  
Discusión sobre las indicaciones de la Sinfisiotomía.

## PROPOSICIONES

Anatomía Descriptiva . . . . .	Hueso Ilíaco.
Anatomía Topográfica . . . . .	Región Púlica.
Anatomía Patológica y Patología General . . . . .	Alergia.
Bacteriología . . . . .	Estreptococo.
Botánica Médica . . . . .	Quenopodio.
Clínica Quirúrgica . . . . .	Toracentesis.
Clínica Médica . . . . .	Palpación de la Región Pubiana.
Física Médica . . . . .	Esfimo Manómetro.
Fisiología . . . . .	Digestión Intestinal.
Higiene . . . . .	Del Embarazo.
Histología . . . . .	Utero.
Medicina Legal y Toxicología . .	Abortivos.
Obstetricia . . . . .	Diámetros Pélvicos.
Patología Quirúrgica . . . . .	Embarazo Ectópico.
Patología Médica . . . . .	Pseudo Uremia.
Patología Tropical . . . . .	Espruo.
Pediatría . . . . .	Dimensiones Craneales del Recién Nacido.
Psiquiatría . . . . .	Alucinaciones.
Parasitología . . . . .	Ascaris Lumbricoides.
Técnica Operatoria . . . . .	Sinfisiotomía.
Química Biológica . . . . .	Investigación de Glucosa en la orina.
Química Inorgánica . . . . .	Acido Clorhídrico.
Química Orgánica . . . . .	Cacodilatos.
Terapéutica . . . . .	Contraindicaciones de la Pitui- trina.