UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

CESAREA EXTRAPERITONEAL SUPRAVESICAL

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

HECTOR ARAGON QUIÑONES

Ex-interno de los servicios: Segunda de Maternidad, Cuarta Medicina de Hombres, Cuarta Cirugía de Mujeres, Tercera Medicina de Hombres del Hospital General; Tercera y Cuarta Cirugía de Mujeres del Hospital San José. Ex-interno de los servicios del Hospital de Amatitlán. Ex-interno del Hospital Militar. Ex-interno de los servicios de Cirugía, Emergencia y Consulta Externa del Hospital de la Guardia Civil. Ex-practicante de la Consulta de Venéreas del Hospital General. Ex-practicante del Dispensario Número 4 de Sanidad Municipal. Ex-jefe de la Primera Delegación Cultural Universitaria a la ciudad de Flores, Petén. Ex-presidente de la Asociación de Estudiantes de Medicina. Ex-tesorero de La Juventud Médica. Ex-miembro de la Junta Directiva y Ejecutiva de la Asociación de Estudiantes Universitarios.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

FEBRERO DE 1951

Tip. "SANCHEZ & DE GUISE"
8ª Avenida Sur Número 30.—Teléfono 2707.

HISTORIA

El término cesárea probablemente provenga del latín, *"partus cæsareus"*, de *cædere,* cortar, la operación cesárea en mujer viva hay probabilidades de que la hayan ejecutado gentes primitivas; las leyes judaicas demuestran que los judíos la ejecutaban, en Uganda. Felkin presenció en 1879 una cesárea ejecutada por un aborigen; J. Trautman de Wittenberg, en 1610 publicó el primer informe auténtico de una cesárea; las causas de la alta mortalidad eran la hemorragia o la infección, pues no suturaban el útero, al no poder dejar los puntos suficientemente largos para poder ser ser quitados, y con frecuencia sucedía la peritonitis. Osiander recomendó la cesárea baja cervical; y muchos autores idearon cómo llegar al útero sin abrir la cavidad peritoneal, la operación consistía en hacer una incisión arriba del ligamento de Poupart y paralela a él; disección con instrumento sin filo por debajo del peritoneo, hasta el cuello uterino y la vagina, sucedido todo esto de la extracción por el flanco, a la Jotze Dofon, o a lo Buda. Ritgen ejecutó esta operación en 1821 y Physick, de Filadelfia, la recomendó. Baudeloque la apellidó Gastroelitromía en 1823; y Gaillard Thomas, en 1870, sacó nuevamente a luz el método ya olvidado, pero en ese tiempo substituyó la operación de Porro en 1877; así como ésta fue suplantada por el método de Sanger. El fin de todas estas medidas era evitar la hemorragia, la salida de los loquios, la peritonitis y las adherencias a la pared abdominal o al epiplón. A pesar de todos los perfeccionamientos y de la técnica aséptica mejorada, dejó mucho qué desear la operación cesárea

clásica. *a)* No está exenta de peligros cuando hay infección o se sospecha que haya. *b)* Son frecuentes las complicaciones intestinales. *c)* Con frecuencia quedan adherencias post-operatorias. *d)* Es posible que se abra la cicatriz en embarazos o partos subsecuentes. *e)* Acarrea aún una mortalidad de uno a diez por ciento. Para subsanar estos inconvenientes, Frank de Bonn, en 1906, llama la atención sobre la operación de Osiander, abre la cavidad abdominal abajo del ombligo y une peritoneo parietal con visceral; los trabajos de Selheim abrían el paso a las nuevas modificaciones, al decir que era mejor sacar al feto por la zona de dilatación. Frank, en un Congreso realizado en Lisboa en 1904, es el primero que presentó un trabajo sobre cesárea extraperitoneal. Latzko empujó la vejiga hacia un lado y el peritoneo hacia arriba, desprendiendo del segmento uterino inferior, y obtuvo acceso a la matriz por la vía pura extraperitoneal. En la actualidad hay métodos más perfeccionados para efectuar esa operación, especialmente el recomendado por Waters. La operación de Waters utiliza la vía supravesical, mientras que Latzko utiliza la paravesical.

En Guatemala, debido al empirismo reinante en nuestro pueblo y a la escasez de centros adecuados para la atención obstétrica de nuestras mujeres, en número suficiente, trae como consecuencia lógica que los casos que deban resolverse por la vía quirúrgica alta sean ya casos infectados en un noventa por ciento, por lo cual la operación cesárea extraperitoneal tiene su indicación absoluta. En la segunda sala de maternidad el personal de cirujanos que cuenta como jefe al Doctor Ricardo Alvarez Orantes, la ejecutan desde Febrero de 1942, fecha en la cual el Doctor Alvarez ejecutó la primer cesárea extraperitoneal en nuestro país, y es ahora que reunidos unos cuantos casos de los allí efectuados, se pudo realizar esta tesis, que no trata sino de hacer resaltar la importancia de la vía extraperitoneal en nuestro medio.

TECNICA DE LA CESAREA EXTRA-PERITONEAL TIPO WATERS

Pre-operatorio.—A todo paciente debe serle clasificado su grupo sanguíneo; también toda clase de anemia pre-existente debe ser clasificada. En caso de deshidratación debe tratarse; así como en los pacientes que sufren de vómitos debe hacérseles un lavado de estómago.

Vaginal.—La vagina debe ser cuidadosamente lavada con un antiséptico apropiado; después del examen de la vagina debe establecerse si la cabeza del niño se encuentra fija, es necesario empujarla hacia arriba con el fin de facilitar al final la extracción como lo recomienda Jellinghaus. Un catéter es introducido en la vejiga y después de haberse comprobado la buena colocación de él se conecta a un recipiente que contenga una solución de azul de metileno. Antes de que se haga la incisión externa deben inyectarse a través del catéter de ciento cincuenta a doscientos c. c. de la solución, esto es con el fin de mantener la vejiga, lo suficientemente distendida hasta que la disección de la misma sea lo suficientemente amplia.

Abdominal.—El abdomen debe ser cuidadosamente lavado y limpiado usando un antiséptico apropiado. El campo operatorio estará entre el ombligo y la sínfisis pubiana.

Instrumentos.—Retractores abdominales de Fritsch son los más convenientes para retraer la fascia peritoneal de la vejiga.

Para la retracción lateral, los retractores de Richardson de 1½ pulgadas son los apropiados. Después de hecho el agujero central de la pared uterina, tijeras para vendaje son las mejores para continuar la

incisión. Una rama de forceps de Simpson debe usarse para ayudar a la salida del niño. Constante succión es necesaria desde que el útero se abra, para mantener el campo operatorio continuamente limpio.

LA OPERACION

La incisión abdominal es hecha entre el ombligo y el pubis.

El músculo piramidal es separado de la parte inferior del recto.

Después de la liberación y retracción de los músculos rectos la ya distendida vejiga puede ser apreciada a través de la fascia perivesical. La relativamente delgada fascia transversal con algunas trabéculas gruesas es incindida verticalmente. Una incisión en "T" es hecha en la fascia perivesical en la siguiente forma: Una incisión de una pulgada de largo y vertical a través de la fascia que cubre la vejiga distendida hasta su capa muscular en una longitud como de dos tercios de la parte expuesta. Después con el cuchillo de Bard-Parker insertado hacia abajo entre la fascia y la capa muscular de la vejiga los tejidos son liberados y la fascia dividida verticalmente con unas tijeras de Mayo. Esto permite a la vejiga llena herniar hacia afuera. (Los vasos vesicales están entre la fascia y la capa muscular y sirven de orientación al operador). El corte horizontal de la incisión en "T" de la fascia es hecho con las tijeras Mayo y entre fascia y músculo se diseca como para la operación de cistocele. Así la fascia ya liberada es fácilmente separada como una unidad, ya sea con el cuchillo o con las tijeras de Mayo. La fascia es retraída mientras la parte muscular es empujada hacia abajo. Lateralmente se encontrará tejido adiposo. Si el uraco está adherido éste debe ser rodeado por disección y en caso necesario ligado entre dos hilos para cortarlo.

La fascia peritoneal al ser disecada ya sea con cuchillo o con las tijeras de Mayo; debe hacerse esta

disección guardando intimidad con el tejido muscular. La disección debe continuarse hacia arriba hasta encontrar la parte más accesible del fondo del saco útero-vesical.

La separación aquí es facilitada por las características del tejido local. El tejido areolar cribiforme, lleno de células grasosas que ocupa todas las áreas ya accesibles en este tiempo facilitan enormemente la separación hasta con una gaza.

Es en este tiempo en que es preferible vaciar la vejiga. Tenemos ya retraída la fascia peritoneal hasta que ésta se refleja hacia el fondo útero-vesical. Una incisión es hecha ahora en el propio fondo del saco útero-vesical y la fascia separada hasta la capa muscular, entonces es insertado un dedo detrás de esta fascia y ya tenemos separada ésta, tanto de la vejiga como del útero en su segmento inferior. "Esto es comparable a la cesárea practicada en el segmento bajo transperitoneal ya que también en ella la vejiga es liberada del segmento inferior del útero."

Es obvio que para exponer una ancha parte del segmento extraperitoneal es necesario cortar a través de la porción posterior de la fascia perivesical comenzando por la incisión bien baja que se ha hecho en el fondo del saco, esto es hecho por disección con el cuchillo, usando también la mano para rechazar el tejido muscular, esto permite visualizar la hasta entonces intacta fascia peritoneal. La vejiga es entonces rechazada hacia abajo y retraída con el retractor de Fritsch. La fascia lateral es también retraída con los retractores de Richardson de una y media pulgadas.

Un pequeño corte transversal es hecho en el segmento uterino expuesto. La incisión es agrandada con unas tijeras de vendaje, en ambas direcciones, primero a la izquierda y después a la derecha, más o menos de una y media pulgadas cada incisión. El tamaño de la cabeza del niño da el grado o dimensión a que deben ser llevadas estas incisiones. Desde luego al final de ellas debe evitarse el ligamento ancho. No debe darse

ninguna atención a la hemorragia que se produce sino hasta que el niño ha sido removido del útero.

En las presentaciones de vértice una rama de forceps se pasa lateralmente hasta palanquear el vértice del niño. Es preferible que el occipucio sea lo primero que se presente en la herida, lo que facilitará en mucho la salida total. En las presentaciones podálicas las maniobras son más fáciles y simples y también pueden intentarse o practicarse maniobras internas. Una vez removido el niño, la herida se cierra con clamps en "T" usando uno en cada sección y otro en el centro. Ergotrato es entonces administrado intravenoso y la placenta y las membranas son inmediatamente extraídas manualmente.

Dos planos de suturas con catgut cromizado número 1, son hechos en el útero. El primero es continuo, principiando a la izquierda de la herida con puntadas estrechas. El segundo plano es con el sistema de Lambert, también continuo, invirtiendo por completo el primero, así se evitará en caso que se infecte la herida que los loquios y la secreción de infección se derramen afuera del útero. Esta sutura también produce la aproximación de la fascia.

El área operatoria es secada y limpiada y los vasos que aun sangran serán ligados con catgut cromizado 0000, polvo de sulfa es espolvoreado sobre los tejidos retrovesicales.

La fascia peritoneal que se ha desprendido es colocada en su lugar pero no suturada. Una sutura fina aproxima el recto izquierdo a la línea media, la aponeurosis de los músculos rectos es suturada en forma continua con catgut cromizado 0 y la pared abdominal cerrada con hilo de algodón o garfios de Michel.

En algunas ocasiones será necesario variar la técnica en la incisión uterina, podría servir cualquier incisión, pero se ha demostrado que la mejor es la hecha en semicírculo.

Post-operatorio.—El catéter se deja veinticuatro horas. Prostigmina cada cuatro horas en veinticuatro

horas, sonda rectal por media a una hora después de cada inyección de Prostigmina. Puede permitirse líquidos en las primeras veinticuatro horas; dieta blanda las otras veinticuatro y comida habitual a las cuarenta y ocho horas. Las pacientes pueden abandonar el lecho a las veinticuatro horas.

El resto del Post-operatorio quedará a criterio del cirujano y dependerá de cada caso en particular.

Figura 1.—La vejiga dilatada, cubierta por las fascias perivesical y transversa, por debajo del pliegue parietovesical del peritoneo. Incisión parcial en forma de "T."

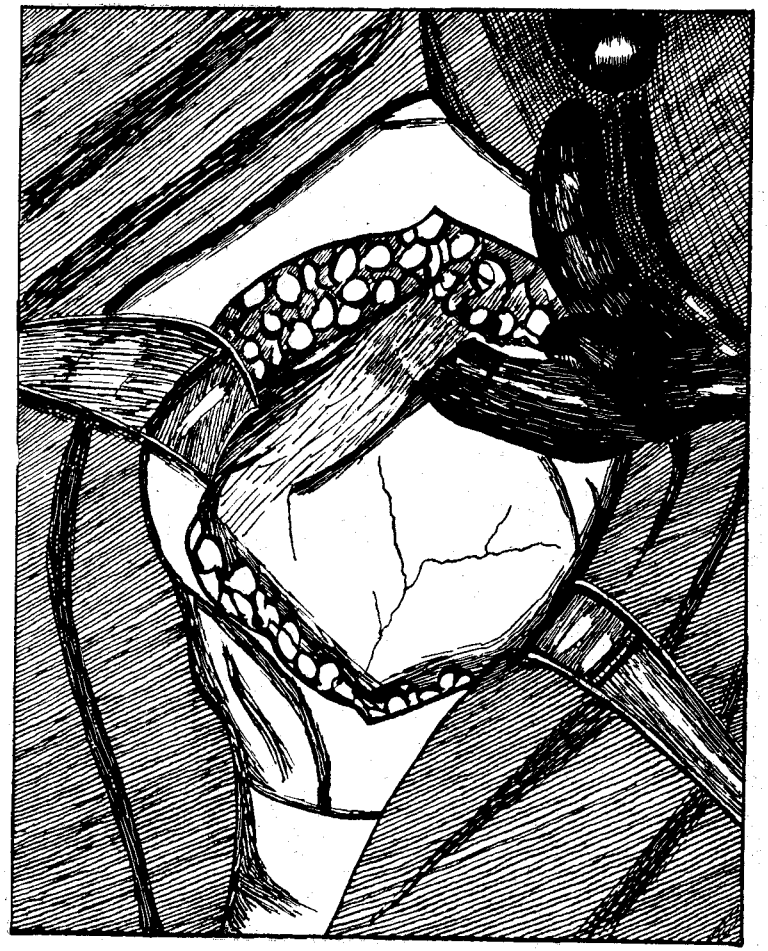

Figura 2.—Se separa la fascia hacia arriba con el dedo, el mango de un escalpelo y gasa, por encima de la incisión en "T." Las partes anteriores y superior de la vejiga quedan así desprovistas de la fascia y del peritoneo que las cubren.

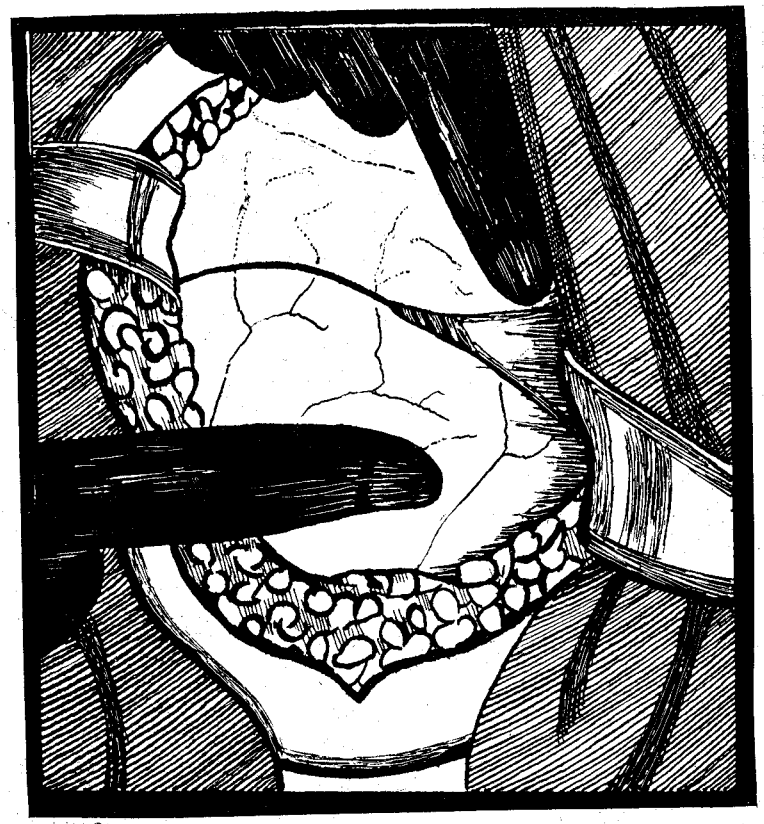

Figura 3.—Parte superior izquierda de la vejiga. Vejiga vacía y empujada hacia abajo con gasa, tejido de la fascia del peritoneo separada hacia arriba de la incisión en "T." Se busca el margen del pliegue vésico-uterino (semejante a una hernia), detrás de la parte superior izquierda de la vejiga.

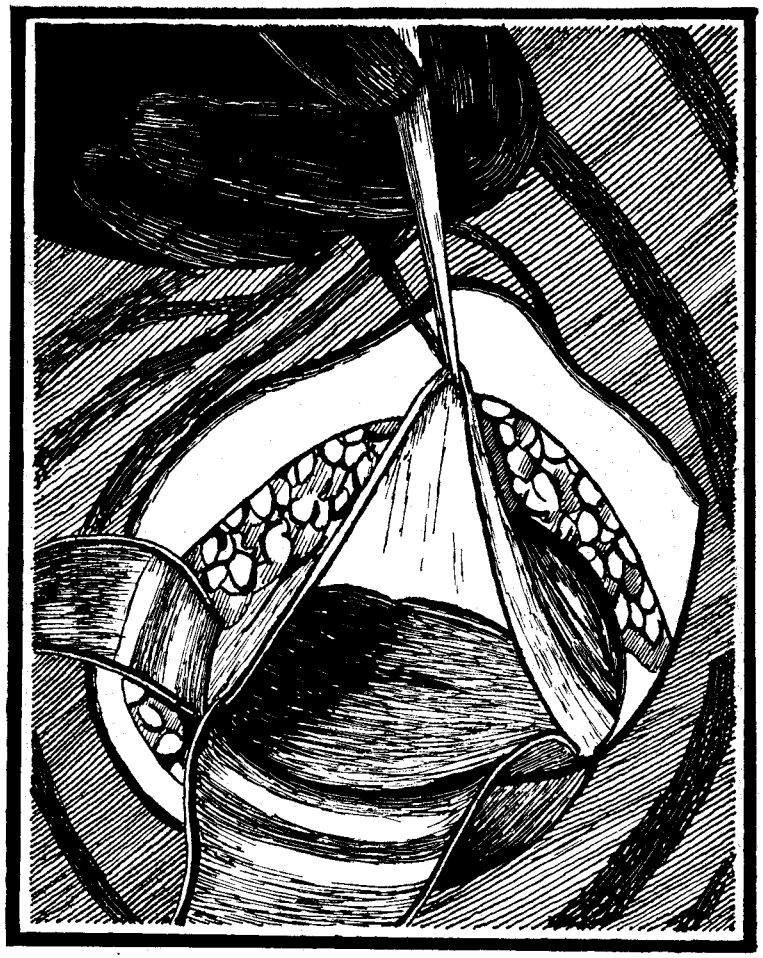

Figura 4.—El pliegue ya separado del todo, se retrae la vejiga hacia abajo con un separador curvo. (La pinza muestra la movilidad del pliegue).

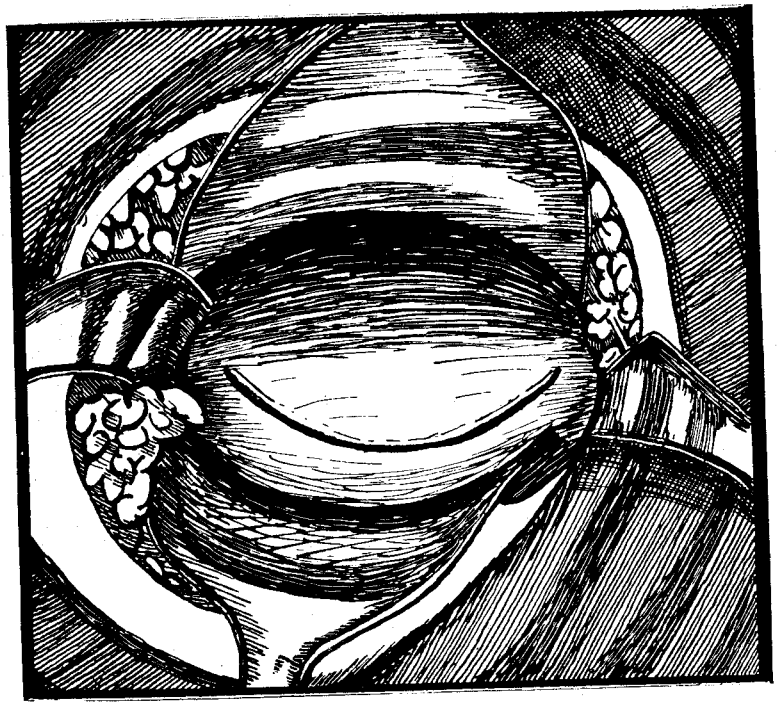

Figura 5.—Los separadores mantienen la vejiga hacia abajo y el colgajo de la fascia peritoneal hacia arriba, para una exposición lateral adecuada. Vese aquí el segmento inferior del útero, así como la forma y sitio de la incisión uterina.

OBSERVACIONES

Caso Número 1.

Nombre: M. C. de R., 20 años de edad. Secundípara, el parto anterior con aplicación de forceps. Ultima menstruación, 27 de Enero; parto probable, 7 de Noviembre de 1950.

Examen general.—Temperatura, 37 grados. Pulso, 80 por minuto. Tensión arterial, ciento veinte sobre ochenta.

Estado general.—Bueno.

Examen obstétrico.—Presentación cefálica de vértice, posición izquierda, variedad anterior, altitud menos uno, altura uterina 30 centímetros. Circunferencia uterina, 89 centímetros. Foco localizado en el cuadrante inferior izquierdo abdominal 140 por minuto, ritmo regular.

Pelvimetría externa.—Biespinoso 22 centímetros. Bicresta 23 centímetros. Bitrocantéreo 31 centímetros. Baudeloque 18 centímetros.

Exámenes de laboratorio.—Normales.

Trabajo principió espontáneo, a las 6 de la tarde del 24 de Noviembre de 1950. El trabajo fue lento, no se verificó encajamiento, después de doce horas de contracciones se rompió la bolsa espontáneamente, con una dilatación de 2 centímetros, el trabajo prosiguió y como la presentación no encajaba y el foco se hizo irregular, se decidió efectuar una cesárea extraperitoneal tipo Waters, debido a repetidos controles, por tacto vaginal que le habían sido efectuados en su casa de habitación; la cesárea se efectuó a las 4 de la tarde del día 25 de Noviembre de 1950, durando la intervención un tiempo de 65 minutos; se le hicieron las siguientes variantes

a la técnica de Waters: *a)* Incisión de Pfannenstiel; *b)* Sección de los músculos rectos en su inserción inferior; los demás tiempos fueron idénticos a la técnica ya descrita. El niño pesó siete y media libras, sexo masculino, respiración espontánea, sin ninguna anomalía.

Diagnóstico final.—Desproporción céfalo-pélvica, infección ovular y sufrimiento fetal.

Post-operatorio.—Con un grado de temperatura debido a infección de tres puntos de la sutura de la piel, la enferma se levantó al tercer día, se quitaron puntos al sexto y fue dada de alta al séptimo día, así como el niño.

Caso Número 2.

J. M., 15 años de edad. Grávida uno para cero. Ultima menstruación, no recuerda.

Examen general.—Temperatura, 37 grados. Pulso, 76 por minuto. Tensión arterial, ciento veinte sobre noventa.

Examen obstétrico.—Presentación cefálica de vértice, posición derecha, variedad posterior, altitud menos uno. Altura uterina, 36 centímetros. Circunferencia uterina, 93 centímetros. Foco localizado en el cuadrante inferior derecho abdominal, 130 por minuto, ritmo regular.

Pelvimetría externa.—Biespinoso, 22 centímetros. Bicresta, 24 centímetros. Bitrocantéreo, 28 centímetros. Baudeloque, 18 centímetros.

Exámenes de laboratorio.—Normales.

Trabajo principió espontáneo el 8 de Noviembre a las 11 de la noche, el trabajo fue lento, la enferma ingresó a la 1 de la mañana del día 9, se le controló

hasta las 3 de la tarde del mismo día, el encajamiento no se efectuó, el foco se hizo irregular, la bolsa se había roto precozmente con una dilatación de 3 centímetros, a las 9 de la mañana. Se decidió intervenir con una cesárea extraperitoneal tipo Waters, que se efectuó a las 4 de la tarde del día 9, durando 55 minutos, sin variantes a la técnica ya descrita, niño sexo masculino, pesó 8 libras, respiración espontánea, sin anomalías.

Diagnóstico final.—Desproporción céfalo-pélvica, sufrimiento fetal.

Post-operatorio.—Apirético, la enferma se levantó al tercer día, se quitaron puntos al sexto y fue dada de alta al séptimo día en buenas condiciones, así como el niño.

Caso Número 3.

I. M., 21 años de edad. Grávida uno para cero. Ultima menstruación, 27 de Febrero; parto probable, 7 de Diciembre de 1950.

Examen general.—Temperatura, 37 grados. Pulso, 80 por minuto. Tensión arterial, ciento treinta sobre ochenta.

Examen obstétrico.—Presentación cefálica de vértice, posición izquierda, variedad anterior, altitud menos uno. Altura uterina, 33 centímetros. Circunferencia uterina, 96 centímetros. Foco localizado en el cuadrante inferior izquierdo abdominal, 140 por minuto, ritmo regular.

Pelvimetría externa.—Biespinoso, 23 centímetros. Bicresta, 27 centímetros. Bitrocantéreo, 29 centímetros. Baudeloque, 19 centímetros.

Exámenes de laboratorio.—Normales.

Se ordenó una radiografía con el siguiente resultado: "Embarazo simple, presentación de vértice, posi-

ción izquierda. El diámetro promonto-pubiano mide 10 centímetros, los diámetros fetales son mayores que los maternos."

El trabajo principió espontáneo el 4 de Diciembre a las 9 de la noche, el trabajo fue lento y los controles demostraron la falta de encajamiento, y con el resultado de la radiografía se decidió intervenir con una cesárea extraperitoneal tipo Waters, que se efectuó el 5 de Diciembre a las 2 de la tarde, con una duración de 50 minutos. Sin variantes a la técnica descrita, niño sexo femenino, pesó 7 libras 6 onzas, respiración espontánea, sin anomalías.

Diagnóstico final.—Desproporción céfalo-pélvica.

Port-operatorio.—Apirético, la enferma se levantó al tercer día, se quitaron puntos al sexto día, y fue dada de alta al séptimo día, en buenas condiciones, así como la niña.

Caso Número 4.

R. R., 30 años de edad. Grávida tres para dos, los dos partos anteriores fueron cesáreas. Ultima menstruación, no recuerda.

Examen general.—Temperatura, 36.6 grados. Pulso, 76 por minuto. Tensión arterial, ciento veinte sobre ochenta.

Examen obstétrico.—Presentación podálica, posición izquierda, altitud menos uno, foco localizado en el cuadrante superior izquierdo abdominal, ciento cuarenta por minuto, ritmo regular.

Exámenes de laboratorio.—Normales.

Con el antecedente de las dos cesáreas anteriores, se ordenó una radiografía con el siguiente resultado: "Embarazo simple, presentación podálica, posición

izquierda, los diámetros transversales de la pelvis son pequeños, el diámetro promonto-pubiano mide 9 centímetros." Al examen vaginal se encontró fístula recto-vaginal, con atresia vaginal, el trabajo principió el 7 de Diciembre, a las 2 de la mañana, se decidió efectuar una cesárea extraperitoneal tipo Waters, a las 8 de la mañana del mismo día; con las siguientes variantes a la técnica descrita: *a)* Incisión de Pfannenstiel; *b)* Sección en su inserción inferior del músculo recto izquierdo, los demás tiempos iguales a la técnica de Waters. La duración de la intervención fue de 60 minutos, niño sexo femenino, pesó 7 libras, respiración espontánea, sin anomalías.

Diagnóstico final.—Desproporción céfalo-pélvica y atresia vaginal.

Post-operatorio.—Apirético, la paciente se levantó al tercer día, se quitaron puntos al sexto y fue dada de alta al séptimo día, en buenas condiciones, así como la niña.

Caso Número 5.

M. L. V., 20 años de edad. Grávida uno para cero. Ultima menstruación, 28 de Febrero; parto probable, 8 de Diciembre de 1950.

Examen general.—Temperatura, 36.6 grados. Pulso, 84 por minuto. Tensión arterial, ciento treinta sosobre noventa.

Examen obstétrico.—Presentación cefálica de vértice, posición izquierda, variedad posterior. Altitud menos uno. Altura uterina, 35 centímetros. Circunferencia uterina, 90 centímetros. Foco localizado en el cuadrante inferior izquierdo abdominal, 138 por minuto, ritmo regular.

Pelvimetría externa.—Biespinoso, 23 centímetros. Bicresta, 25 centímetros. Bitrocantéreo, 29 centímetros. Baudeloque, 19 centímetros.

Exámenes de laboratorio.—Normales.

El trabajo comenzó espontáneo el 5 de Diciembre a las 2 de la tarde, el trabajo fue lento, se controló a la enferma, y la dilatación progresó en 48 horas en 3 centímetros, la presentación no encajaba, la bolsa se rompió el día 7 a las 9 de la mañana y apareció meconio, por lo cual se procedió a efectuar una cesárea extraperitoneal, tipo Waters, que se ejecutó el 7 de Diciembre a las 2 de la tarde, sin variantes a la técnica descrita, la intervención duró 55 minutos, niño sexo masculino, pesó 7 libras, respiración espontánea, sin ninguna anomalía.

Diagnóstico final.—Desproporción céfalo-pélvica y sufrimiento fetal.

Post-operatorio.—Apirético, la paciente se levantó al tercer día, fueron quitados puntos al sexto día y dada de alta al séptimo día en buenas condiciones, así como el niño.

Caso Número 6.

A. M., 24 años de edad. Grávida uno para cero. Ultima menstruación, 15 de Febrero; parto probable, 25 de Noviembre de 1950.

Examen general.—Temperatura, 37 grados. Pulso, 90 por minuto. Tensión arterial, ciento treinta sobre noventa.

Examen obstétrico.—Presentación cefálica de vértice, posición izquierda, variedad anterior, altitud menos uno. Altura uterina, 37 centímetros. Circunferencia uterina, 94 centímetros. Foco localizado en el cuadrante inferior izquierdo abdominal, 130 por minuto, ritmo regular.

Pelvimetría externa.—Biespinoso, 24 centímetros. Bicresta, 28 centímetros. Bitrocantéreo, 31 centímetros. Baudeloque, 17 centímetros.

Exámenes de laboratorio.—Normales.

El trabajo comenzó espontáneo, el 29 de Noviembre de 1950, fue lento, y los controles nos demostraron una falta absoluta de dilatación, con la presentación insinuada, se instituyó un tratamiento con sulfato de magnesia, un gramo cada hora hasta cuatro gramos; el cuello aumentó su dilatación a 2 centímetros, las contracciones uterinas eran fuertes y regulares; el útero se contracturó y la enferma fue sedada, con 200 miligramos de Demerol, los ligamentos redondos se marcaron en la superficie de la pared abdominal, por lo que se decidió practicar una cesárea extraperitoneal tipo Waters. La cesárea se efectuó el día 4 de Diciembre a las 3 de la tarde, durando una hora quince minutos, sin variantes a la técnica descrita, pero el feto era gigante, y el segmento uterino no dió suficiente espacio para la extracción, aun con la incisión crucial uterina, por lo que se hizo una aplicación de forceps Simpsons y salió un niño de sexo masculino, de nueve libras de peso, con respiración espontánea, sin ninguna anomalía.

Diagnóstico final.—Inminencia de ruptura uterina.

Post-operatorio.—Apirético, la paciente se levantó al tercer día, se quitaron puntos al sexto día, y fue dada de alta el séptimo día en buenas condiciones, así como el niño.

Caso Número 7.

M. S., 28 años de edad. Grávida tres para dos. Los dos partos anteriores fueron distócicos. Ultima menstruación, no recuerda.

Examen general.—Temperatura, 37 grados. Pulso, 75 por minuto. Tensión arterial, ciento treinta sobre ochenta.

Examen obstétrico.—Presentación cefálica de vértice, posición izquierda, variedad posterior, altitud me-

nos uno. Altura uterina, 32 centímetros. Circunferencia uterina, 87 centímetros. Foco localizado en el cuadrante inferior izquierdo abdominal, 140 por minuto, ritmo regular.

Pelvimetría externa.—Biespinoso, 21 centímetros. Bicresta, 23 centímetros. Bitrocantéreo, 27 centímetros. Baudeloque, 18 centímetros.

El trabajo comenzó espontáneo el 16 de Diciembre de 1950, los controles demostraron que la dilatación progresaba hasta 6 centímetros, pero la presentación no encajaba, la bolsa se rompió el 17 a las 8 de la mañana; el foco se hizo irregular, y basados en el no encajamiento y sufrimiento fetal, se practicó una cesárea extraperitoneal tipo Waters, la intervención se efectuó el 17 de Diciembre a las 4 de la tarde, durando 55 minutos, con las siguientes variantes a la técnica de Waters: *a)* No se sondeó a la enferma, y así no fue necesario el introducir a la vejiga solución de azul de metileno, pues la orina que contenía fue suficiente para mantener claros los límites vesicales, y dejar realizar la disección de la fascia, los demás tiempos fueron idénticos a la técnica descrita, niño sexo femenino, 7 libras 9 onzas de peso, respiración espontánea, sin ninguna anomalía.

Diagnóstico final.—Desproporción céfalo-pélvica con sufrimiento fetal.

Post-operatorio.—Apirético, se levantó la paciente a los tres días, se quitaron puntos a los seis, y fue dada de alta a los siete días, en buenas condiciones, así como la niña.

Caso Número 8.

D. G., 19 años de edad. Grávida dos para uno, el parto anterior fue distócico. Ultima menstruación, 1º de Abril de 1950; parto probable, 10 de Enero de 1951.

Examen general.—Temperatura, 37 grados. Pulso, 80 por minuto. Tensión arterial, ciento diez sobre setenta.

Examen obstétrico.—Presentación cefálica de vértice, posición izquierda, variedad anterior, altitud menos uno. Altura uterina, 32 centímetros. Circunferencia uterina, 95 centímetros. Foco localizado en el cuadrante inferior izquierdo abdominal ciento treinta por minuto, ritmo regular.

Pelvimetría externa.—Biespinoso, 23 centímetros. Bicresta, 25 centímetros. Bitrocantéreo, 28 centímetros. Baudeloque, 19 centímetros.

Exámenes de laboratorio.—Normales.

El trabajo comenzó espontáneo el 18 de Diciembre a las 7 de la noche, en los controles la dilatación progresó, hasta 7 centímetros, el día 20, pero la presentación no encajaba, la bolsa se rompió el día 20 a las 7 de la mañana. Se decidió efectuar una cesárea de tipo Waters, que se realizó a las 5 de la tarde, con una duración de 60 minutos. Con las variantes a la técnica de Waters: *a)* No cateterizando a la enferma, para evitar la introducción de solución de azul de metileno, con el objeto de que la orina que la vejiga contenía fuera suficiente para la disección de la fascia. Los demás tiempos fueron idénticos a la técnica descrita. Niño sexo masculino, pesó 7 libras 10 onzas, respiración espontánea, sin ninguna anomalía.

Diagnóstico final.—Desproporción céfalo-pélvica.

Post-operatorio.—Apirético, la enferma se levantó a los tres días, se quitaron puntos a los seis, y fue dada de alta a los siete días en buenas condiciones, así como el niño.

Caso Número 9.

A. L. de C., 19 años de edad. Grávida uno para cero. Ultima menstruación, no recuerda.

Examen general.—Temperatura, 37.8 grados. Pulso, 100 por minuto. Tensión arterial, ciento treinta sobre ochenta.

Examen obstétrico.—Presentación de cara, mentoilíaca, posición derecha, variedad posterior, altitud cero. Altura uterina, 35 centímetros. Circunferencia uterina, 94 centímetros. Foco localizado en el cuadrante inferior derecho abdominal, 150 por minuto, ritmo regular.

Pelvimetría externa.—Biespinoso, 23 centímetros. Bicresta, 25 centímetros. Bitrocantéreo, 29 centímetros. Baudeloque, 19 centímetros.

Exámenes de laboratorio.—Normales.

El trabajo comenzó espontáneo el 5 de Agosto de 1950 a las 10 de la noche, con el diagnóstico hecho de presentación de cara, por tratarse de una primípara, y con los cambios de ritmo en el foco, que delataban sufrimiento fetal, se decidió efectuar una cesárea extraperitoneal, tipo Waters con las variantes: *a)* Incisión de Pfannenstiel; *b)* Desinserción del músculo recto izquierdo, el resto de los tiempos igual a la técnica descrita, la intervención duró 60 minutos, niño sexo femenino, pesó 6 libras 10 onzas, respiración espontánea, sin ninguna anomalía.

Diagnóstico final.—Presentación de cara mentoilíaca derecha posterior, y sufrimiento fetal.

Post-operatorio.—Apirético, la enferma se levantó al tercer día, se quitaron puntos a los seis días, y fue dada de alta a los siete días, en buenas condiciones, así como la niña.

Caso Número 10.

E. de H., 32 años de edad. Grávida uno para cero. Ultima menstruación, 1° de Abril de 1950; parto probable, 10 de Enero de 1951.

Examen general.—Temperatura, 37 grados. Pulso, 70 por minuto. Tensión arterial, ciento veinte sobre ochenta.

Examen obstétrico.—Presentación cefálica de vértice, posición izquierda, variedad anterior, altitud menos uno, altura uterina 30 centímetros. Circunferencia uterina, 92 centímetros. Foco localizado en el cuadrante inferior izquierdo abdominal 140 por minuto, ritmo regular.

Pelvimetría externa.—Biespinoso, 20 centímetros. Bicresta, 25 centímetros. Bitrocantéreo, 30 centímetros. Baudeloque, 20 centímetros.

Exámenes de laboratorio.—Normales.

El trabajo principió espontáneo a las 10 de la mañana del 30 de Diciembre, con contracciones intensas, que hicieron entrar el útero en polisistolia dos veces durante ese día, por lo cual fue sedada la paciente con Demerol, la presentación no encajó durante el trabajo, al día siguiente el útero entró en tétanos, y los ligamentos redondos se hicieron manifiestos, fue sedado profundamente con 200 miligramos de Demerol, y se procedió a efectuar una cesárea extraperitoneal tipo Waters, sin variantes a la técnica descrita, niño sexo masculino, pesó 7 libras, respiración espontánea, sin ninguna anomalía.

Diagnóstico final.—Inminencia de ruptura uterina.

Post-operatorio.—Con febrícula de un grado, durante el primer día únicamente, el tercer día la enferma fue levantada, a los seis días se quitaron puntos y fue alta el séptimo día, en buenas condiciones, así como el niño.

Caso Número 11.

A. de A., 39 años de edad. Grávida siete para seis. Ultima menstruación, 5 de Abril de 1950; parto probable, 15 de Enero de 1951.

Examen general.—Temperatura, 36.9 grados. Pulso, 80 por minuto. Tensión arterial, ciento treinta sobre noventa.

Examen obstétrico.—Presentación cefálica de vértice, posición izquierda, variedad anterior, altitud menos uno. Altura uterina, 35 centímetro. Circunferencia uterina, 97 centímetros. Foco localizado en el cuadrante inferior izquierdo abdominal, 140 por minuto, ritmo regular.

Pelvimetría externa.—Biespinoso, 24 centímetros. Bicresta, 28 centímetros. Bitrocantéreo, 31 centímetros. Baudeloque, 19 centímetros.

Exámenes de laboratorio.—Normales.

El trabajo principió espontáneo el 15 de Enero de 1951, a las 2 de la mañana, la dilatación progresó en 24 horas en 6 centímetros, pero la presentación no encajaba, la bolsa se rompió precozmente cuando la paciente tenía una dilatación de 3 centímetros, se le controló con tactos vaginales, con bolsa rota, se decidió efectuar

una cesárea extraperitoneal tipo Waters, que se realizó el 16 de Enero de 1951, a las 12 de la mañana, con una duración de 63 minutos, con las variaciones a la técnica de Waters: *a)* Incisión de Pfannenstiel; *b)* Sección del músculo recto izquierdo, en su inserción inferior; *c)* La paciente no fue cateterizada previamente, ni se introdujo azul de metileno en solución, en la vejiga, los demás tiempos iguales a la técnica descrita. Niño sexo masculino, pesó 8 libras 12 onzas, respiración espontánea, sin anomalías.

Diagnóstico final.—Desproporción céfalo-pélvica, infección ovular.

Post-operatorio.—Apirético, la paciente se levantó al tercer día, se quitaron puntos al sexto día, fue alta al séptimo día, en buenas condiciones, así como el niño.

Caso Número 12.

A. M., 22 años de edad. Grávida uno para cero. Ultima menstruación, no recuerda.

Examen general.—Temperatura, 36.5 grados. Pulso, 78 por minuto. Tensión arterial, cien sobre sesenta.

Examen obstétrico.—Presentación cefálica de vértice, posición derecha, variedad posterior, altitud menos uno. Altura uterina, 34 centímetros. Circunferencia uterina, 94 centímetros. Foco localizado en el cuadrante inferior derecho abdominal, 140 por minuto, ritmo regular.

Pelvimetría externa.—Biespinoso, 24 centímetros. Bicresta, 26 centímetros. Bitrocantéreo, 30 centímetros. Baudeloque, 19 centímetros.

Exámenes de laboratorio.—Normales.

El trabajo principió espontáneo el 17 de Enero de 1951, a las 8 de la mañana, la presentación no encajaba, la dilatación progresó a 6 centímetros, en 48 horas, el ritmo del foco se hizo irregular, por lo que se decidió efectuar una cesárea extraperitoneal tipo Waters, que se realizó el 19 de Enero a las 5 de la mañana, con las siguientes variantes a la técnica de Waters: *a)* No se cateterizó la enferma, ni se introdujo solución de azul de metileno en la vejiga, el resto de los tiempos idénticos a la técnica descrita, niño sexo femenino, pesó 7 libras, respiración espontánea, sin anomalías.

Diagnóstico final.—Desproporción céfalo-pélvica, sufrimiento fetal.

Post-operatorio.—Apirético, se levantó al tercer día, se quitaron puntos al sexto día, fue alta al séptimo día, en buenas condiciones, así como la niña.

Caso Número 13.

M. L., 32 años de edad. Grávida cinco para cuatro. Ultima menstruación, 25 de Febrero de 1950; parto probable, 5 de Diciembre de 1950.

Examen general.—Temperatura, 36.5 grados. Pulso, 80 por minuto. Tensión arterial, ciento diez sobre setenta.

Examen obstétrico.—Presentación cefálica de vértice, posición izquierda, variedad posterior, altitud menos uno. Altura uterina, 32 centímetros. Circunferencia uterina, 96 centímetros. Foco localizado en el cuadrante inferior izquierdo abdominal, 140 por minuto, ritmo regular.

Pelvimetría externa.—Biespinoso, 24 centímetros. Bicresta, 25 centímetros. Bitrocantéreo, 30 centímetros. Baudeloque, 20 centímetros.

Exámenes de Laboratorio.—Revelaron una anemia macrocítica, hipercrómica, hipocitémica.

El trabajo principió espontáneo el 8 de Diciembre de 1950, el trabajo fue lento, no se verificó encajamiento, y después de 18 horas de contracciones la bolsa se rompió espontáneamente con una dilatación de 4 centímetros, durante 12 horas más el trabajo prosiguió sin efectuarse encajamiento, apareció meconio en el líquido amniótico y el foco se hizo irregular, en estas condiciones se decidió intervenir prácticamente una cesárea extraperitoneal tipo Waters. Sin variantes a la técnica clásica descrita, niño sexo masculino, pesó 7½ libras, respiración espontánea, sin ninguna anomalía.

Diagnóstico final.—Desproporción céfalo-pélvica, infección ovular, y sufrimiento fetal.

Post-operatorio.—Apirético, la enferma se levantó al tercer día, se quitaron puntos al sexto, y fue dada de alta al séptimo día en buenas condiciones, así como el niño.

Caso Número 14.

M. G., de 18 años de edad. Grávida uno para cero. Ultima menstruación, no recuerda.

Examen general.—Temperatura, 37 grados. Pulso, 70 por minuto. Tensión arterial, ciento veinte sobre ochenta.

Examen obstétrico.—Presentación cefálica de vértice, posición derecha, variedad posterior, altitud menos uno. Altura uterina, 28 centímetros. Circunfe-

rencia uterina, 90 centímetros. Foco localizado en el cuadrante inferior derecho abdominal, 140 por minuto, ritmo regular.

Pelvimetría externa.—Biespinoso, 23 centímetros. Bicresta, 27 centímetros. Bitrocantéreo, 29 centímetros. Baudeloque, 19 centímetros.

Exámenes de laboratorio.—Normales.

El trabajo principió espontáneo, la enferma se presentó a la Maternidad después de 24 horas de trabajo infructuoso en su casa, la cabeza no encajó, y la dilatación no pasó de 2 centímetros, la bolsa se conservó intacta. A la admisión, el útero se presentaba tetanizado, por lo que hubo de ser sedado con demerol, 300 miligramos; sin vencer con ello el estado de contracción del útero, el foco se hizo irregular, por lo cual se efectuó una cesárea extraperitoneal tipo Waters, sin variantes a la técnica descrita. Niño sexo femenino, pesó 7 libras, respiración espontánea, sin ninguna anomalía.

Diagnóstico final.—Desproporción céfalo-pélvica y sufrimiento fetal.

Post-operatorio.—Con febrícula de medio grado los dos primeros días, la enferma se levantó al tercer día, se quitaron puntos al sexto y fue dada de alta el séptimo día en buenas condiciones, así como la niña.

Caso Número 15.

M. G., de 24 años de edad. Grávida uno para cero. Ultima menstruación, no recuerda.

Examen general.—Temperatura, 37 grados. Pulso, 70 por minuto. Tensión arterial, ciento veinte sobre ochenta.

Examen obstétrico.—Presentación cefálica de vértice, posición izquierda, variedad anterior, altitud menos uno. Altura uterina, 24 centímetros. Circunferencia uterina, 91 centímetros. Foco localizado en el cuadrante inferior izquierdo abdominal, 140 por minuto, ritmo regular.

Pelvimetría externa.—Biespinoso, 23 centímetros. Bicresta, 27 centímetros. Bitrocantéreo, 28 centímetros. Baudeloque, 17½ centímetros.

La estimación pélvica reveló tratarse de una pelvis de tipo androide, con segmento posterior aplanado y sacro plano sin curvatura.

Exámenes de laboratorio.—Normales.

El trabajo comenzó espontáneo, prematuro en cuatro semanas, se le dió una prueba de trabajo que se prolongó hasta 25 horas, el encajamiento no se efectuó, se decidió practicar una cesárea extraperitoneal tipo Waters, sin variantes a la técnica descrita. Niño sexo masculino, pesó 7½ libras, respiración espontánea, sin ninguna anomalía.

Diagnóstico final.—Estrechez pélvica.

Post-operatorio.—Apirético, la enferma se levantó al tercer día, se quitaron puntos al sexto día, fue dada de alta al séptimo día en buenas condiciones, así como el niño.

Las observaciones son auténticas.

(f) Dr. Jorge Pellecer.

CONCLUSIONES

Primera.—Dada la facilidad de ejecución a que se ha llegado en la cesárea extraperitoneal supravesical, creemos que está firmemente indicada en todos los casos en que haya infección, los cuales constituyen la mayoría, de los que deben resolverse por cesárea, en el Hospital General.

Segunda.—El post-operatorio es brillante, y no puede ser comparado con ninguno de los demás post-operatorios que sigan a cualquier otra técnica de cesárea.

Tercera.—La intervención no requiere mayor personal ni instrumental que para cualquier otra técnica.

Cuarta.—Con las variantes hechas en Guatemala por el Doctor Ricardo Alvarez Orantes, se facilita enormemente su ejecución, se dió origen a otra técnica extraperitoneal, que será objeto de trabajo posterior por su creador.

Quinta.—En las cesáreas efectuadas no se ha registrado ningún accidente de ruptura vesical, como los señalados por otros cirujanos.

Sexta.—Debe ser obligatoria su difusión en nuestro país, pues es la cesárea que menos probabilidades de infección materna provoca, y baja considerablemente el porcentaje de accidentes operatorios, tanto fetales como maternos.

Séptima.—No tiene ninguna contraindicación especial para ser ejecutada, aparte de las generales para todas las cesáreas.

Octava.—Las presentes conclusiones están basadas en la feliz estadística, que registra una mortalidad y morbilidad de cero por ciento.

HÉCTOR ARAGÓN QUIÑONES.

Vº Bº,

DR. JORGE PELLECER.

Imprímase,

DR. CARLOS MAURICIO GUZMÁN,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

Joseph B. De Lee y *J. P. Greenhill,* B. S.—Principios y Práctica de Obstetricia.

Favre.—Précis d'Obstétrique.

Jaime Moragues Bernat.—Clínica Obstétrica.

Dr. Edward G. Waters.—La operación cesárea supravesical extraperitoneal.—Presentada en la revista "El Progreso Médico", número 1, Enero y Febrero de 1941.

Titus.—Atlas of Obstetric Technic.

Les Cesariennes Basses a la Maternité de l'Hospital Lariboisiere, tesis del Doctor Alvarez Orantes.—París, Francia, 1929.

Carl Henry Davis.—Gynecology and Obstetrics.

Ginecología y Obstetricia de México.—Revista Bimestral, número 5, Septiembre y Octubre de 1950. (Cesáreas extraperitoneales Doctor *José Rabagó).*

Alfred C. Beck M.—Práctica de Obstetricia.

A Paravesical Extraperitoneal Cesarean Section Technique by James *Francis Norton,* M. D.—Margaret Hague Maternity Hospital, Jersey City.

Supravesical Extraperitoneal Cesarean Section (Waters' Type), by *Edward G. Waters,* Ph. B.; M. D., F. A. C. S., Jersey City, N. J. (From the Margaret Hague Maternity Hospital).