



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
REPUBLICA DE GUATEMALA, CENTROAMERICA

PELVIMETRIA

TESIS

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

POR

ANGEL RAFAEL SANCHEZ AYALA

EN EL ACTO DE INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

o o o

GUATEMALA, MAYO DE 1964

PLAN DE TESIS

- 1) INTRODUCCION
- 2) CONSIDERACIONES HISTORICAS DE LA PELVIS OBSTETRICA. RESUMEN
- 3) MATERIAL Y METODO
- 4) ESTUDIO ANALITICO DE 144 CASOS DISTOCICOS:
 - a) Prenatal
 - b) edad
 - c) paridad $\left\{ \begin{array}{l} \text{gestas} \\ \text{paras} \\ \text{abortos} \end{array} \right.$
 - d) trabajo de parto en horas de duración
 - e) tipo de parto
 - f) frecuencia de presentación
 - g) operación efectuada
 - h) peso del niño
 - i) condiciones del niño al nacer
 - j) antecedentes obstétricos

5) ESTUDIO PELVICO DE 100 CASOS

a) Ilustraciones

b) nueva clasificación y nomenclatura

6) CONCLUSIONES

7) BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

El tema pelvimetría, en Obstetricia se ha venido discutiendo desde hace casi tres siglos, y sin embargo sigue siendo siempre nuevo e interesante. Indudablemente para la práctica tocológica, constituye el estudio de la arquitectura pélvica, una de sus bases fundamentales. Por otra parte, el pronóstico del parto basado en la relación céfalo pélvica es trascendental en la resolución de todo caso de maternidad.

Inicialmente, basándose sólo en la apreciación externa y más tarde con métodos clínicos de exploración interna de la paciente, se llegó a establecer que la mayor parte de distocias se deben principalmente al problema del tránsito de la presentación a través de un canal que ofrece valladares naturales a veces más pronunciados y otras relativamente estrechos para un volumen mayor del niño. Con el uso de la radiología vinieron a sumarse nuevas ideas y mejores bases para la apreciación de la armonía feto-materna. Sin embargo, aún y muy a pesar del esfuerzo de muchísimas escuelas, todavía no existe una verdadera correlación entre los conceptos teóricos de diámetros pélvicos, los hallazgos clínicos externos e internos así como su nomenclatura y las visualizaciones radiológicas. Si a todo esto se suma la parte física y mecánica del parto, en donde intervienen el potente motor uterino y el increíble moldeamiento del feto, se agrega otra divergencia fisiológica al problema de la correlación de la pelvis femenina y el ovoide fetal.

Hoy nosotros, sumándonos a los brillantes trabajos de muchísimos autores, agregamos uno más a la bibliografía, que si bien es cierto, introduce una nomenclatura geométrica parcialmente ya usada por otros investigadores, trata además de correlacionar la arquitectura pélvica con la mecánica obstétrica, con la clínica y la radiología tocológica.

Hemos de hacer la salvedad que el presente trabajo, nació de una comunicación inédita del asesor para el autor y por ello me he permitido la libertad de escribir estas palabras. Además, aunque quizás para el lector de la tesis, ésta parezca incompleta, debemos aclararle que muchísimas circunstancias obligan a ello: en primer lugar, en general no se acostumbra la exploración radiológica sistemática a las pacientes que se prevee un parto eutóctico, y por consiguiente no existe un suficiente grupo patrón de pelvis para poder establecer límites normales. En segundo lugar, esta nomenclatura incluye a la pelvis en sus tres segmentos, aislados pero correlacionados, los cuales se encuentran como todos saben, en distintos planos y por consiguiente sólo las figuras geométricas pueden adaptarse a dicha circunstancia. En tercer lugar, aunque aparentemente, la nomenclatura de ginecoide se substituye por esférica, la androide por triangular, la antropeide por romboidal y la platipeloide por trapezoide, debe comprenderse, que por la estructura anatómica de la pelvis, la posición de los distintos estrechos, etc., prácticamente no existen tipos puros, ya que por ejemplo, jamás una pelvis normal, amplia, viable, femenina, podría llamarse esférica-esférica-esférica contemplando los tres estrechos, como hasta ahora se denomina ginecoide-ginecoide (en donde con dos siglas se abarcan los tres segmentos pélvicos), sino que por razón de la orientación de las espinas, por la curvatura pélvica etc. habrá

para el estrecho medio preponderancia de diámetros antero-posteriores y por consiguiente será romboidal en nuestra denominación.

Es decir, este hecho y muchos más que en su oportunidad se darán a conocer, hacen de la clasificación que proponemos, una novedad, y será quizás como ya se dijo el intento de una correlación integral del estudio pélvico.

Sirva pues el presente trabajo, de introducción preliminar al formal estudio de una nueva nomenclatura y clasificación pélvica, y por otra parte, de estímulo a los inquietos investigadores que nos brinden con su experiencia más luces a nuestro trabajo.

Quiero agradecer, al sustentante de la presente tesis, no sólo el plasmar con su trabajo una idea mía sino sobre todo, el hacerme partícipe en su tesis al permitir-me la redacción de la presente introducción.

EL ASESOR

CONSIDERACIONES HISTORICAS DE LA PELVIS OBSTETRICA

El estudio de la pelvis femenina, puede dividirse -
en dos períodos :

- 1) el primero que comprende dos siglos, desde 1701 a 1896, período concerniente a medidas clínicas y -
clasificación.
- 2) El segundo, desde 1896 hasta nuestros días concer -
niente a las medidas radiológicas y clasificación -
de la pelvis.

La relación entre la anatomía de la pelvis y el con -
cepto de desproporción cefalopélvica, fué desconocido
por 1700 años. Durante este período, se aceptó el he -
cho de que los huesos pélvicos sufren separación duran -
te el trabajo de parto y que el feto forza dicha separa -
ción hasta llegar a la superficie. Se creyó además, que
la dificultad en el trabajo de parto, se debía a la fal -
ta de dicha separación.

Vesalio en 1543 y Aurantius en 1572, anatomistas
italianos, fueron los primeros en dar la teoría de la se -
paración pélvica.

Aurantius en 1572, publicó un tratado en el que -
describe la anatomía normal y anormal de la pelvis.

En 1701, Deventer de Holanda, publicó Novum -

Lumen, en el que describe la pelvis humana cuidadosamente y sugiere una clasificación simple que consiste en general en llamarlas amplias y estrechas. Por este hecho, a Deventer se le llama Padre de la moderna Obstetricia. Sin embargo, tuvo un error al creer que el sacro y el cocix se echaban hacia atrás durante el trabajo de parto para permitir el desarrollo del vértice. El pensó, que el problema en trabajo de parto, consistía en que el sacro no se moviera posteriormente.

En 1722, de la Motte, francés, publicó un libro, en el que estableció que la pelvis estrecha era la causa más común de la dificultad en labor. Además dijo que era el estrecho superior el causante de distocia y no como Deventer que dijo que era el inferior.

Levret de Francia y Smellie de Inglaterra, son los responsables de la introducción de las medidas pélvicas.

Levret en 1753, fué el primero en describir los tres planos de la pelvis, llamándolos superior, medio e inferior.

Smellie en 1754, contribuyó con el diámetro conjugado diagonal a la clínica obstétrica. Hizo posible la medida superior, y su relación con el tamaño del feto como causa de distocia en el estrecho superior durante el trabajo de parto.

En 1775, Baudeloque, introdujo el diámetro que lleva su nombre y al que llamó conjugado externo. El pensó que este diámetro era de 7.5 cms. mayor que el conjugado verdadero.

En 1851, un libro alemán, Dan Enge Becken, publi-

có un trabajo de Michaelis que fué duramente discutido. Este autor, midió 1000 casos y encontró 7 por ciento de estrechez pélvica, definidos por un conjugado verdadero de 8.75 cms.

Litzmann sucedió a Michaelis y él también estudió 1000 casos y encontró 15% de estrecheces, definidas por un conjugado verdadero de 9.5 a 10 cms. Litzmann mejoró el trabajo de su antecesor, en la descripción y clasificación de la pelvis anormal. Estos trabajos forman la base del actual conocimiento de los huesos pélvicos.

Desde el monumental descubrimiento de los Rx por Roentgen en 1895, su uso fué aplicado a varias ramas de la medicina, incluyendo la Obstetricia. Al principio hubo resistencia para aceptar el diagnóstico radiológico.

En 1897, Albert de Alemania, fué el primero en estudiar la pelvis femenina a los Rx.

En 1897, dos franceses, Budin y Varnier, trabajando independientemente, usaron Rx en el estudio del estrecho superior y junto con Albert, publicaron sus trabajos en el mismo año.

Fabre, francés en 1900, desarrolló un método en el cual usaba placa metálica cuadrículada en centímetros, lo cual circunscribía el estrecho superior a niveles iguales. Este principio es similar al usado por Thoms.

Varnier hizo estudios de Rx de la pelvis en 1897 y 1898 y publicó tres artículos con el uso de distancia larga entre el tubo y la película y la paciente en posición prona. Durante la primera década de 1910, muchos franceses y ale-

manes hicieron contribuciones, que fueron modificaciones a los métodos originales de Albert, Fabre y Varnier. La siguiente década de 1910 a 1920, marcó el desarrollo de métodos estereoscópicos como corrección a la distorsión que causan los Rx. Se colocan dos placas sin mover a la paciente, usando una distancia conocida del tubo a las películas.

En 1914, Kehrer y Dessauer de Alemania, construyeron una complicada silla de Rx para método estereoscópico, usando posición semisentada.

Manges en 1912 y Chamberlain y Newell en 1921, hicieron similares contribuciones en el desarrollo del método estereoscópico de medidas pélvicas radiológicas, usando fórmulas matemáticas y stereoroentgenómetros.

En 1922, Hirsch, revisando los diferentes métodos comunes de pelvimetría radiológica, idea un método al que llamó telerontgenografía, para lo cual colocaba el tubo a una distancia de 250 cms. El principio de este método se basa en que las radiaciones a larga distancia tienden a hacerse paralelas, con lo cual la distorsión y divergencia son eliminados.

En 1923, Chassard y Lapiné de Francia, fueron los primeros en describir un método radiológico para visualizar el estrecho inferior. Actualmente esto corresponde a la proyección posteroinferior de la pelvis. Este método no fué muy aceptado debido a las dificultades técnicas para la realización de las radiografías.

En 1926, Doraland y Hubeny, publicaron un libro en que tratan del uso de Rx en embriología y Obstetri-

tricia. Durante este tiempo, se tuvo como principal preocupación la de desarrollar métodos que eliminaran la distorsión y mejoraran los estudios pelvimétricos, así como perfeccionar el equipo en sí.

En 1912, se introdujo el tubo de cátodo frío de Coolidge y en 1921 apareció el diafragma de Potter-Bucky. Estas dos mejoras, hicieron posible el avance en la técnica y estimuló los estudios pelvimétricos.

Thoms y muchos otros norteamericanos, desde 1922 a la fecha, han hecho importantes contribuciones. Thoms, popularizó la posición semisentada para obtener una verdadera vista del estrecho superior en la posición erecta lateral usando pelvómetro. Hizo hincapié en que la posición posterior se asocia usualmente con pelvis antropoide. En 1935, publicó dos libros: La pelvis Obstétrica y Contribuciones Clásicas a la Ginecología y Obstetricia.

En 1923, Cadwell y Moloy, fueron los primeros en introducir el método estereoscópico, el uso del cual se basa en la producción de una imagen virtual. La relación cefalopélvica en el estrecho superior, pudo ser bien vista en sus tres dimensiones.

En asociación con D'Esopo y Swenson, hicieron numerosas contribuciones a la roentgenología obstétrica. En 1933, ellos introdujeron una clasificación radiológica de la pelvis y nuevos métodos de pelvimetría basados en el uso de estereoscopía. Desde 1934 a 1950, publicaron numerosos artículos que hablaban de mecanismo de labor, arquitectura pélvica: tamaño y moldeamiento fetal.

En 1950 Moloy y Steer, desarrollaron un método cuantitativo, usando también estereoscopia. Hicieron discos de diferentes tamaños representando el estrecho superior y tamaño de la cabeza fetal y a su vez se comparaban con la imagen virtual.

Muchísimos otros autores, han ingeniado sistemas para medir la pelvis en sentido volumétrico, estereoscópico; han creado céfalo pelvímetros, reglas graduadas, etc. Sería interminable mencionar en detalle no solo cada método radiológico sino también las diferentes nomenclaturas pélvicas.

MATERIAL Y METODO:

Se revisaron en total 359 papeletas correspondientes al Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, - codificadas durante el año 1961 como PARTO DISTOCICO.

Después de cuidadoso análisis, se tomó un grupo de 144 papeletas, que llenaban prácticamente todas las condiciones requeridas, previamente establecidas.

De ellas, 135 tienen estudio pelvimétrico clínico o radiológico y las 9 restantes, por urgencia, se resolvieron quirúrgicamente sin permitir el estudio en referencia.

De los 135 casos que tienen estudio pelvimétrico, se tomaron 100 al azar, los cuales constituyen la base de nuestro trabajo.

De estos 100 casos, con pelvimetría radiológica, se pudo establecer que muchos de ellos tenían medidas similares realizadas por dos o más observadores, motivo por el cual creímos conveniente reevaluar las placas radiográficas, midiéndolas conforme la pauta clásica establecida y aprobada internacionalmente.

A continuación, los 100 casos radiológicos, fueron trasladados a figuras geométricas a escala de 1,50, trazando independientemente las medidas de estrecho superior, medio e inferior. La observación detenida y cuidadosa de estas figuras, nos llevó a contemplar la posibilidad de que determinada figura geométrica podría encajar

en tal otra. Esto es en esencia la base de nuestra nueva clasificación y nomenclatura.

Así vemos, que una pelvis clasificada como ginecoide, con diámetro transversal mayor que el anteroposterior, es útil y viable en todos sus diámetros, lo cual significa que funciona como una esfera por la cual debe traspasar un óvalo.

Una pelvis androide, es útil y viable en sus diámetros anteroposterior y transversal o mayor, lo cual nos da la idea de ser triangular.

Una pelvis antropoide, es útil obstétricamente en su diámetro anteroposterior no así en su diámetro oblicuo o transversal, lo cual nos traslada a un rombo.

Y por último, la pelvis platipeloide, es útil en sus diámetros transversales únicamente, razón por la cual la llamamos trapezoide.

Han salido combinaciones muy interesantes, y en realidad ninguna pelvis de tipo puro, siendo quizá la razón de ello, que todos los partos analizados fueron distócicos, ya que si no hubieran sido de este tipo, no habiésemos tenido material para estudio.

Se debe hacer notar, que nuestra clasificación, atiende a los tres estrechos de la pelvis: SUPERIOR, MEDIO e INFERIOR.

Las combinaciones a que nos hemos referido, no corresponden como clásicamente sólo al Estrecho Superior (ginecoide-ginecoide, androide-androide, antropoide-antropoide, plana-plana) con sus diferentes y variadas

combinaciones, sino que nos hemos hecho la reflexión de que de nada sirve una pelvis ginecoide-ginecoide en su estrecho superior si en el medio es de tipo antropoide y en el inferior es de tipo platipeloide o viceversa; es decir que es un concepto funcional de la pelvis como canal en su sentido de longitud por el cual pasa un móvil adaptable a la comodidad que ofrezcan los segmentos laterales o anteroposteriores del conducto óseo, gracias a la rotación y al moldeamiento.

Queremos dejar constancia, de que este trabajo es la base de uno más profundo y extenso que contemple el aspecto integral de la pelvis, tanto en eutocia como en distocia y en otros aspectos de la dinámica del parto.

ESTUDIO ANALITICO

A continuación haremos un estudio analítico de los 144 casos con los que se principió este trabajo. Como podrá observarse, en este estudio no se tocó el problema pélvico en sí, ya que esto será motivo de otra parte de esta tesis.

Se analizará edad, paridad, tiempo de trabajo de parto, tipo de parto, operación, peso del niño, condiciones del mismo, etc.

Además, una referencia a los antecedentes de la paciente en la cual podrá concluirse en que el problema siempre fué de tipo pélvico, aunque haya tenido partos eutócicos previos.

ESTUDIO ANALITICO DE 144 CASOS:

- a) Prenatal:
- | | |
|---|-------------|
| 1) Asistieron a control prenatal 86 pacientes..... | 59.72% |
| 2) No asistieron a control prenatal 58 pacientes..... | 40.27% |
| <hr/> | |
| Total 144 pacientes | 100.00% ap. |
- b) Edad:
- 1) La edad MAS FRECUENTE fué de 17 años.

- 2) EL PROMEDIO de edad
fué de 24, 25 años.
3) El análisis por edades
nos dió los siguientes
resultados:

| | | |
|--------------------|----------|---------|
| 14 años | 1 caso | 0.69% |
| 15-25 años..... | 88 casos | 61.11% |
| 26-35 años..... | 49 casos | 34.03% |
| 36-40 años..... | 5 casos | 3.47% |
| Más de 40 años... | 1 caso | 0.69% |
| Total de 144 casos | | 100.00% |

c) Paridad:

1) GESTAS

| | | |
|------------------|----------|--------|
| Gestas 1 | 88 casos | 61.11% |
| Gestas 2..... | 21 casos | 14.58% |
| Gestas 3-6..... | 31 casos | 21.52% |
| Gestas más de 6. | 4 casos | 2.77% |

2) PARAS

| | | |
|------------------------------------|----------|--------|
| Nulíparas | 90 casos | 62.50% |
| 1 parto previo.... | 23 casos | 15.97% |
| Entre 2 y 5 partos previos ... | 28 casos | 19.44% |
| Más de 5 partos.. previos | 3 casos | 2.08% |

3) ABORTOS

| | | |
|-------------------------------------|-----------|--------|
| 0 Abortos | 130 casos | 90.27% |
| 1 Aborto previo.. | 9 casos | 6.25% |
| Entre 2 y 5 a- bortos previos... | 5 casos | 3.47% |
| Más de 5 abortos previos | 0 casos | 0.00% |

d) Trabajo de parto en horas de duración:

No hubo trabajo de

| | | |
|--------------------|----------|--------|
| parto:.... | 14 casos | 9.72% |
| Entre 1 y 5 hrs. | 16 casos | 11.11% |
| Entre 6 y 10 hrs. | 23 casos | 15.97% |
| Entre 11 y 15 hrs. | 23 casos | 15.97% |
| Entre 16 y 20 hrs. | 15 casos | 10.42% |
| Entre 21 y 25 hrs. | 14 casos | 9.72% |
| Entre 26 y 30 hrs. | 13 casos | 9.03% |
| Entre 31 y 35 hrs. | 6 casos | 4.16% |
| Entre 36 y 40 hrs. | 3 casos | 2.08% |
| Más de 40 hrs. | 17 casos | 11.80% |

| | | |
|--------------------------------|-----------|--------|
| e) Tipo de Parto: | | |
| Parto eutócico simple (*) | 2 casos | 1.39% |
| Parto distócico simple | 142 casos | 98.61% |
| f) Frecuencia de presentación: | | |
| OIIA | 40 casos | 27.77% |
| OIIT | 17 casos | 11.80% |
| Cefálica Izquierda(**) | 16 casos | 11.11% |
| OIDA | 10 casos | 6.94% |
| OIDP | 10 casos | 6.94% |
| SIIA | 10 casos | 6.94% |
| OIIP | 7 casos | 4.86% |
| Cefálica (**) | 6 casos | 4.16% |
| Podálica (**) | 5 casos | 3.47% |
| Cefálica Derecha(**) | 4 casos | 2.77% |
| AIDDP | 4 casos | 2.77% |
| AIIDA | 3 casos | 2.08% |
| OIDT | 2 casos | 1.38% |
| SIIT | 2 casos | 1.38% |
| AID-DA | 2 casos | 1.38% |
| Situación oblicua | 1 caso | 0.69% |
| MIIA | 1 caso | 0.69% |
| MIDP | 1 caso | 0.69% |
| SIIP | 1 caso | 0.69% |

| | | |
|--------|--------|-------|
| SIDP | 1 caso | 0.69% |
| AII-DP | 1 caso | 0.60% |

(*) Un forceps de Piper profiláctico y 1 maniobra de De-
ter Müller y Mauriceau. Niños prematuros. Pacien-
tes estudiadas bajo el punto de vista de posible disto-
cia.

(**) Sin determinar posición y variedad de posición.

g) Clase de operación que resolvió los 144 casos:

| | | | |
|----|--|-----------|--------|
| 1) | Cesárea segmentaria transperitoneal | 117 casos | 81.25% |
| | Cesárea segmentaria extraperitoneal | | |
| | PUGA | 1 caso | 0.69% |
| 2) | Forceps: | | |
| | Medio bajo, Tucker | | |
| | Luickart | 2 casos | 1.38% |
| | Bajo, Tucker Luickart | 3 casos | 2.08% |
| | Medio, Tucker Luickart | 2 casos | 1.38% |
| | Kielland | 5 casos | 3.47% |
| | Medio bajo, Kielland | 1 caso | 0.69% |
| | Tucker Luickart | | |
| | McLane | 2 casos | 1.38% |
| | Luickart | 1 caso | 0.69% |
| | Simpson | 1 caso | 0.69% |
| | Medio bajo, | | |
| | Simpson | 1 caso | 0.69% |
| | Medio alto, Scanzonni | 1 caso | 0.69% |
| | Forceps de tipo no determinado | 1 caso | 0.69% |
| | Forceps de Piper | 2 casos | 1.38% |
| 3) | Vacuum extractor | | |

| | | | |
|----|---|------------------|----------------|
| | profiláctico | 1 caso | 0.69% |
| 4) | Craneotomía | 1 caso | 0.69% |
| | Embriotomía | 1 caso | 0.69% |
| 5) | Gran extracción pelviana | 1 caso | 0.69% |
| | Maniobra de De- venter Müller y Mauriceau | 1 caso | 0.69% |
| | Total | 144 casos | 100.00% |

h) Peso del niño:

| | | | |
|---------------------|-----------|-------------------|--|
| 1) por peso: | | | |
| De 5.8 a 8 libras | 120 casos | 83.33% | |
| Más de 8 libras | 12 casos | 8.33% | |
| Menos de 5.8 libras | 12 casos | 8.33% | |
| | | <u>99.99% ap.</u> | |

| | | | |
|---------------------------|---------|-------|--|
| 2) Peso más frecuente: | | | |
| 7 libras | 7 casos | 4.86% | |
| 3) Peso más alto: | | | |
| 9 lbs. 10 onz. | 1 caso | 0.69% | |
| 4) Peso más bajo: | | | |
| 4 lbs. 4 onz. | 1 caso | 0.69% | |

| | | | |
|-----------------------------------|-----------|--------|--|
| i) Condiciones del niño al nacer: | | | |
| Buenas condiciones | 105 niños | 72.91% | |
| Condición delicada | 8 niños | 5.55% | |
| Anestesiado | 7 niños | 4.86% | |
| Apnea recién nacido | 6 niños | 4.16% | |
| Parálisis facial | 4 niños | 2.77% | |
| Niño muerto | 4 niños | 2.77% | |
| Marcas forceps | 2 niños | 1.38% | |
| Hemorragia intracra- neana | 1 niño | 0.69% | |

| | | |
|---------------------------------------|----------|--------|
| Hemorragia subconjuntival | 1 niño | 0.69% |
| Parálisis braquial | 1 niño | 0.69% |
| Mieolomeningocele e hidrocefalia | 1 niño | 0.69% |
| Circular de cordón | 1 niño | 0.69% |
| Niño contaminado | 1 niño | 0.69% |
| Ano imperforado | 1 niño | 0.69% |
| Céfalo hematoma | 1 niño | 0.69% |
| j) Antecedentes obstétricos: | | |
| Con una cesárea anterior | 22 casos | 15.27% |
| Con dos cesáreas anteriores | 1 caso | 0.69% |
| Con forceps anterior | 11 casos | 7.64% |
| Con 4 partos anteriores en transversa | 1 caso | 0.69% |
| Con parto anterior en podálica | 2 casos | 1.38% |
| Con óbito previo | 7 casos | 4.86% |
| Con embriotomía previa | 1 caso | 0.69% |
| Con parto eutócico gemelar previo | 1 caso | 0.69% |
| Con un parto eutócico simple previo | 11 casos | 7.64% |
| Con dos partos eutócicos previos | 2 casos | 1.38% |
| Con tres partos eutócicos previos | 2 casos | 1.38% |
| Con cuatro partos eutócicos previos | 1 caso | 0.69% |
| Con siete partos eutócicos previos | 1 caso | 0.69% |

(*)

(*) Este es posiblemente el caso que más llama la atención. Clínicamente la pelvis está estimada como amplia. Según nuestra observación, se trata de una pelvis triangular trapezoide triangular o bien androide-plana-androide. En el parto que se estudia ahora, hubo problema de descenso con trabajo de parto prolongado (más de 24 horas) y el caso se resolvió por cesárea con un niño de 8.2 libras. No se refieren los pesos de los niños anteriores.

ESTUDIO PELVICO:

Como se había anticipado, esta parte de la tesis, - va íntegramente dedicada al estudio de 100 casos de pelvimetría que se tomaron al azar de 117 pacientes con tal estudio. Estas 100 pelvimetrías, incluyen las 38 que fueron reevaluadas por nosotros.

Se hace mención de la nomenclatura clásica y al mismo tiempo de la que nos permitimos proponer de tipo geométrico.

A continuación presentamos el esquema de 10 pelvis que tomamos como ejemplo, aunque como podrá observarse, solo una de ellas es pura. En cada caso, se ha hecho un resumen de su evaluación y de como se resolvió el problema obstétrico. En algunas se señalan antecedentes y en otras el subsecuente. Se dejan anotados también, índices de altura pélvica, de estrecho superior, medio e inferior.

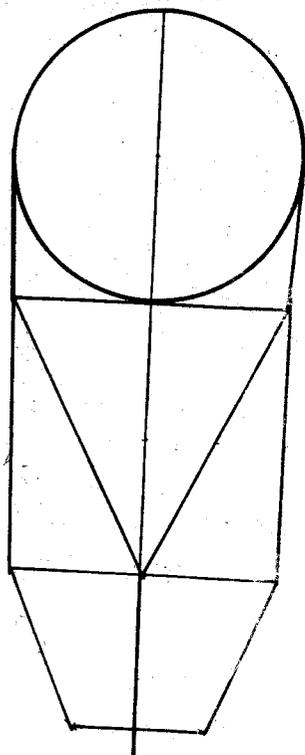


Figura No. 1

Caso No. 1, No. 2864-61

Paciente de 25 años. Primigesta.

Clínicamente se diagnosticó: Pelvis Ginecoide-Ginecoide, Simétrica.

Radiológicamente se descubre:

Pelvis ginecoide-androide-plana o sea:

Esférica-triangular-trapezoide

| | | | | |
|-----------------|-----------|---------------|-----------------|--|
| Altura pélvica: | 28.3 cms. | | | |
| Índice E. S.: | 22.9 cms. | (AP: 10.8 cm. | - TR: 12.1 cm.) | |
| Índice E. M.: | 20.0 cms. | (AP: 10.0 cm. | - TR: 10.0 cm.) | |
| Índice E. I.: | 17.4 cms. | (AP: 7.5 cm. | - TR: 9.9 cm.) | |

El caso se resolvió por cesárea, por desproporción feto pélvica, sufrimiento fetal intenso y primigesta con presentación podálica.

Niño pesó 6.13 libras.

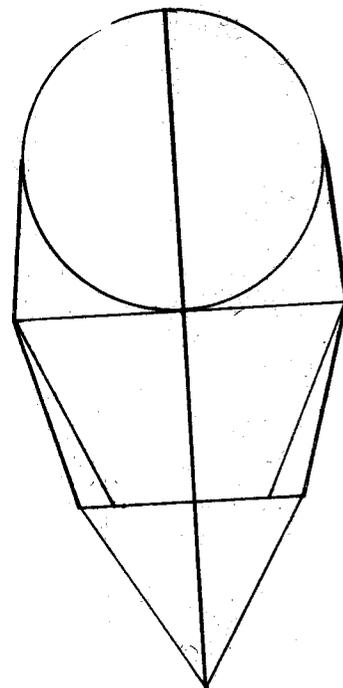


Figura No. 2

Caso No. 2 No. 526-61

Paciente de 18 años. Primigesta.

Clínicamente se diagnosticó: pelvis androide media, desproporción cefalopélvica no franca.

Radiológicamente se descubre:

Pelvis ginecoide-plana-androide sea:

Esférica-trapezoide-triangular

| | | | | |
|-----------------|------------|----------------|------------------|--|
| Altura pélvica: | 28.00 cms. | | | |
| Índice E. S.: | 22.5 cms. | (AP: 11.0 cms. | - TR: 11.5 cms.) | |
| Índice E. M.: | 20.5 cms. | (AP: 9.0 cms. | - TR: 11.5 cms.) | |
| Índice E. I.: | 15.0 cms. | (AP: 8.0 cms. | - TR: 7.0 cms.) | |

El caso se resolvió con un forceps bajo de Tucker (Luickart) por pelvis límite y sufrimiento fetal. Niño pesó 5.1 lbs.

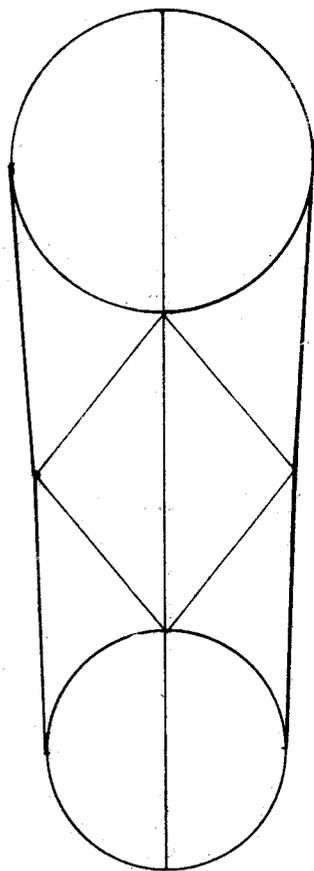


Figura No. 3

Caso No. 3 No. 95-61

Paciente de 20 años. Primigesta.

Clínicamente se diagnosticó pelvis ginecoide-ginecoide media.

Radiológicamente se descubre pelvis ginecoide-antrópoide-ginecoide, o sea: esférica-romboidal-esférica

| | | | | |
|-----------------|-----------|----------------|-------------------|--|
| Altura pélvica: | 31,5 cms. | | | |
| Índice E. S.: | 23,0 cms. | (AP: 11,0 cms. | - TR.: 12,0 cms.) | |
| Índice E. M.: | 21,8 cms. | (AP: 12,0 cms. | - TR.: 9,8 cms.) | |
| Índice E. I.: | 18,5 cms. | (AP: 8,5 cms. | - TR.: 10,0 cms.) | |

El caso se resolvió con una cesárea por desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal y trabajo de parto prolongado (26.40 Hrs.) Niño pesó 7.3 libras.

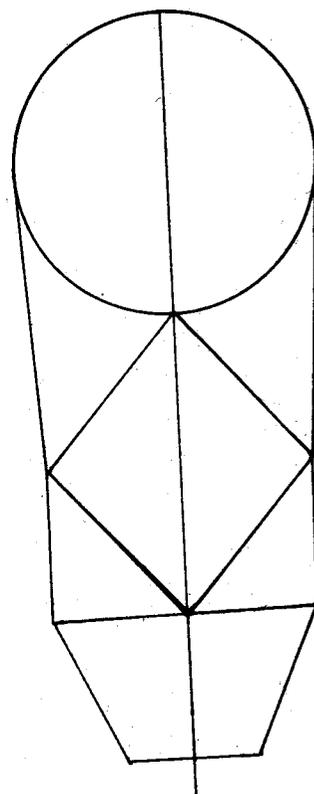


Figura No. 4

Caso No. 4 No. 5572-61

Paciente de 17 años. Primigesta.

Clínicamente se diagnosticó pelvis límite.

Radiológicamente se descubre pelvis: ginecoide-antrópoide-plana ó sea: esférica-romboidal-trapezoide.

| | | | | |
|-----------------|-----------|----------------|-------------------|--|
| Altura pélvica: | 29,2 cms. | | | |
| Índice E. S.: | 23,0 cms. | (AP: 11,0 cms. | - TR.: 12,0 cms.) | |
| Índice E. M.: | 21,0 cms. | (AP: 11,2 cms. | - TR.: 9,8 cms.) | |
| Índice E. I.: | 17,0 cms. | (AP: 7,0 cms. | - TR.: 10,0 cms.) | |

El caso se resolvió con una cesárea por estrechez pélvica, sufrimiento fetal y trabajo de parto prolongado (32 hrs.) Niño pesó 7.14 libras.

Luego tuvo un parto distócico, con detención en OI DT, que se resolvió con forceps de Tucker - Luickart McLane, con un niño de 6.3 libras

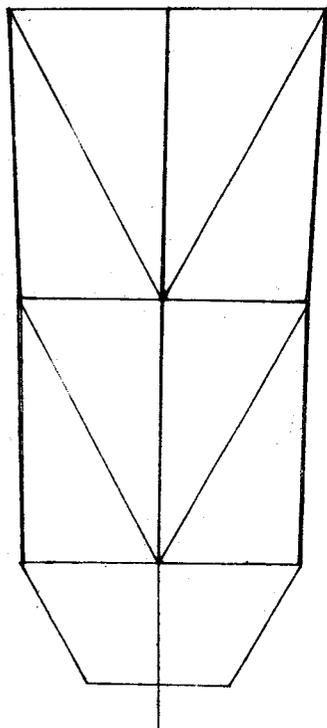


Figura No. 5

Caso No. 5 No. 474-58

Paciente de 18 años. Primigesta

Clínicamente se diagnosticó pelvis ginecoide-ginecoide media, simétrica.

Radiológicamente se descubre:

pelvis androide-androide-plana, o sea

triangular-triangular-trapezoide.

Altura pélvica: 27.2 cms.

Índice E. S.: 21.8 cms. (AP: 11.0 cms. - TR.: 10.8 cms.)

Índice E. M.: 19.8 cms. (AP: 10.2 cms. - TR.: 9.6 cms.)

Índice E. I.: 15.8 cms. (AP: 6.0 cms. - TR.: 9.8 cms.)

El caso se resolvió con una cesárea por Desproporción cefalopélvica. Trabajo de parto: 19.45 horas. Niño de 7.9 libras.

Tuvo luego tres cesáreas más con niños cuyos pesos variaron de 5.15 a 7.7 lbs.

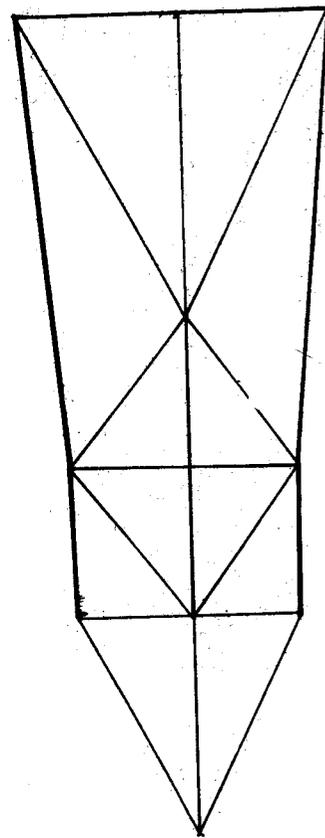


Figura No. 6

Caso No. 6 No. 1378-61

Paciente de 15 años. Primigesta.

Clínicamente se diagnosticó una pelvis androide-androide, con posible distocia

Radiológicamente se descubre:

Pelvis androide-antropoide-androide, o sea:

Triangular-romboidal-triangular.

Altura pélvica: 30.4 cms.

Índice E. S.: 22.4 cms. (AP: 11.2 cms. - TR.: 11.2 cms.)

Índice E. M.: 19.2 cms. (AP: 11.2 cms. - TR.: 8.0 cms.)

Índice E. I.: 16.0 cms. (AP: 8.0 cms. - TR.: 8.0 cms.)

El caso se resolvió con un forceps bajo de Tucker-Luickart y Episiotomía doble. Trabajo de parto: 12.15 hrs. Luego tuvo un parto distócico (cesárea) con un niño de 7.15 lbs.

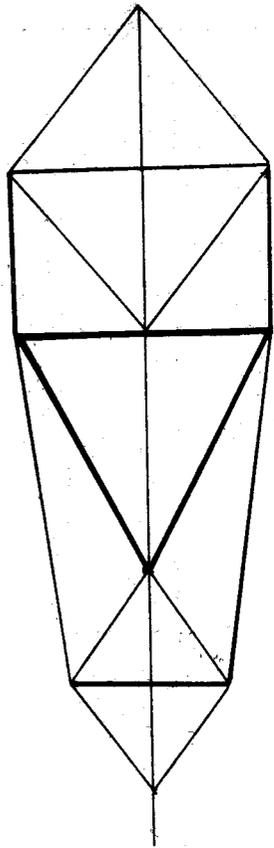


Figura No. 7
No. 3199-61

Caso No. 7

Paciente de 31 años. Primigesta.

Clínicamente se había diagnosticado una pelvis ginecoide-ginecoide, con promontorio palpable.

Radiológicamente se descubre una pelvis antropoide-androide-antropoide o sea: romboidal-triangular-romboidal.

Altura pélvica: 28.9 cms.
 Índice E. S. : 21.2 cms. (AP: 11.9 cms. - TR.: 9.3 cms.)
 Índice E. M. : 18.2 cms. (AP: 9.0 cms. - TR.: 9.2 cms.)
 Índice E. I. : 13.5 cms. (AP: 8.0 cms. - TR.: 5.5 cms.)

El caso se resolvió con un forceps bajo de Tucker-Luickart McLane, por paro en transversa, sufrimiento fetal, agotamiento materno. T. de parto prolongado 27.14 hrs. Niño pesó 6.1 lbs.

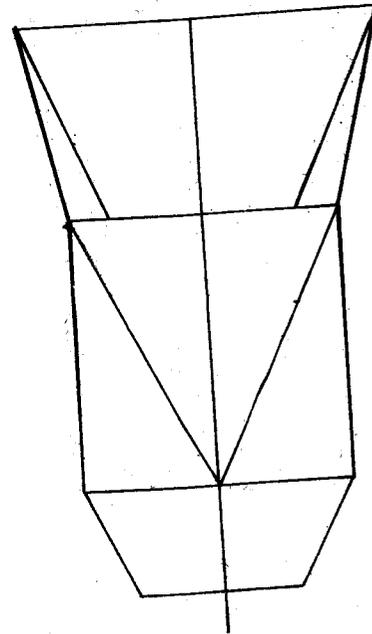


Figura No. 8
No. 2911-58

Caso No. 8

Paciente de 18 años. Primigesta.

Clínicamente se diagnosticó estrechez pélvica. No se hizo diagnóstico de tipo de pelvis. Radiológicamente se descubre una pelvis: plana-androide-plana o sea: Trapezoide-triangular-trapezoide.

Altura pélvica 25.0 cms. (AP: 9.8 cms. - TR.: 13.0 cms.)
 Índice E. S. : 22.8 cms. (AP: 9.4 cms. - TR.: 10.0 cms.)
 Índice E. M. : 19.4 cms. (AP: 5.8 cms. - TR.: 9.6 cms.)
 Índice E. I. : 15.4 cms.

El caso se resolvió con una cesárea por estrechez pélvica. El niño pesó 6.5 lbs. Luego tuvo una segunda cesárea con niño de 7 libras.

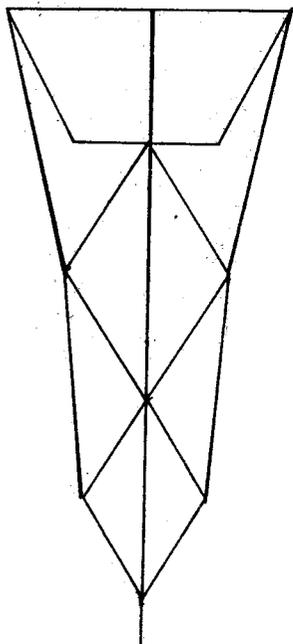


Figura No. 9
No. A4156-61

Caso No. 9

Paciente de 21 años. Paridad: 3-2-0.

Clinicamente se diagnosticó una pelvis con ángulo sub-púbico muy estrecho.

Radiológicamente se descubre pelvis plana-antropoide-antropoide o sea:

Trapezoide-romboidal-romboidal, muy estrecha.

Altura pélvica: 23.4 cms.

Índice E. S.: 17.2 cms. (AP: 6.6 cms. - TR.: 10.6 cms.)

Índice E. M.: 15.5 cms. (AP: 9.5 cms. - TR.: 6.0 cms.)

Índice E. I.: 11.8 cms. (AP: 7.3 cms. - TR.: 4.5 cms.)

El caso se resolvió con una cesárea por desproporción cefalopélvica, trabajo de parto prolongado (72 horas) Niño pesó 5.5 lbs.

Entre los antecedentes de la señora, es necesario hacer notar que refirió dos partos anteriores NORMALES, lo cual se tiene muy en duda. No refirió los pesos de los productos anteriores.

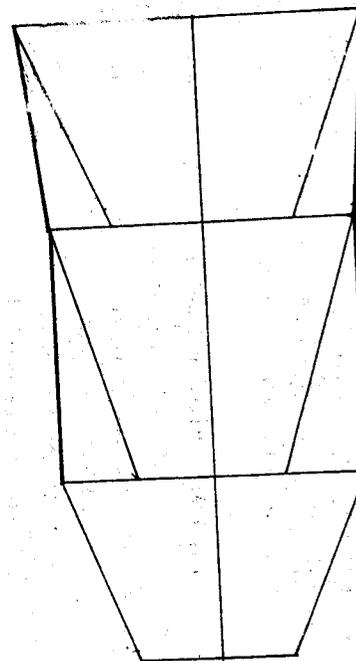


Figura No. 10

No. 4379-61

Caso No. 10

Paciente de 17 años. Primigesta.

No tiene reportada estimación pélvica. Radiológicamente se descubre una pelvis plana-plana-plana (plana pura) o sea Trapezoide-trapezoide-trapezoide. Es la única pelvis de tipo puro que logramos descubrir en nuestro estudio.

Altura pélvica: 24.9 cms.

Índice E. S.: 22.9 cms. (AP: 9.9 cms. - TR.: 13 cms.)

Índice E. M.: 20.0 cms. (AP: 9.0 cms. - TR.: 11 cms.)

Índice E. I.: 17.2 cms. (AP: 6.0 cms. - TR.: 11.2 cms.)

El caso se resolvió con una cesárea por forceps fallido, desproporción cefalopélvica y sufrimiento fetal intenso, además trabajo de parto prolongado (más de 24 horas). El niño pesó 7.1 libras. Luego tuvo un segundo parto en el cual se aplicó un forceps profiláctico con niño de 6.8 libras.

NUEVA CLASIFICACION Y NOMENCLATURA

Del análisis realizado, en suma se obtuvo el siguiente resultado:

| | | | | | |
|---------------------|-----------------------|----|------------|-----------------------|----------|
| PELVIS GINECOIDE | antropoide-plana | == | ESFERICA | romboidal-trapezoide | 15 casos |
| | antropoide-ginecoide | == | | romboidal-esférica | 13 casos |
| | antropoide-androide | == | | romboidal-triangular | 5 casos |
| | androide-plana | == | | triangular-trapezoide | 4 casos |
| | androide-ginecoide | == | | triangular-esférica | 1 caso |
| | plana-androide | == | | trapezoide-triangular | 1 caso |
| | antropoide-antropoide | == | | romboidal-romboidal | 1 caso |
| PELVIS ANDROIDE | antropoide-androide | == | TRIANGULAR | romboidal-triangular | 5 casos |
| | androide-plana | == | | triangular-trapezoide | 3 casos |
| | antropoide-ginecoide | == | | romboidal-esférica | 3 casos |
| | antropoide-antropoide | == | | romboidal-romboidal | 2 casos |
| | plana-androide | == | | trapezoide-triangular | 1 caso |
| | androide-antropoide | == | | triangular-romboidal | 1 caso |
| | antropoide-plana | == | | romboidal-trapezoide | 1 caso |

| | | | | | |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|----------|
| PELVIS ANTROPOIDE | androide-antropoide | == | ROMBOIDAL | triangular-romboidal | 1 caso |
| | ginecoide-antropoide | == | | esférica-romboidal | 2 casos |
| | plana-androide | == | | trapezoide-triangular | 1 caso |
| | androide-plana | == | | triangular-trapezoide | 1 caso |
| | antropoide-ginecoide | == | | trapezoide-esférica | 1 caso |
| PELVIS PLANA | androide-plana | == | TRAPEZOIDAL | triangular-trapezoide | 11 casos |
| | antropoide-plana | == | | romboidal-trapezoide | 11 casos |
| | antropoide-ginecoide | == | | romboidal-esférica | 7 casos |
| | ginecoide-plana | == | | esférica-trapezoide | 3 casos |
| | antropoide-androide | == | | romboidal-triangular | 2 casos |
| | antropoide-antropoide | == | | romboidal-romboidal | 2 casos |
| | androide-androide | == | | triangular-triangular | 1 caso |
| plana-plana | == | trapezoide-trapezoide | 1 caso | | |

Total 100 casos 100 %

DE LO CUAL SE DEDUCE QUE:

| | | |
|---|-----------|------|
| Pelvis esféricas en el E. S. encontramos..... | 40 casos | 40% |
| Pelvis triangulares en el E. S. encontramos | 16 casos | 16% |
| Pelvis romboidales en el E. S. encontramos | 6 casos | 6% |
| Pelvis trapezoides en el E. S. encontramos | 38 casos | 38% |
| | 100 casos | 100% |
| | | |
| Pelvis esférica en E. M. | 5 casos | 5% |
| Pelvis triangulares en E. M. | 23 casos | 23% |
| Pelvis romboidales en E. M. | 68 casos | 68% |
| Pelvis trapezoides en E. M. | 4 casos | 4% |
| | | |
| Pelvis esféricas en E. I. | 25 casos | 25% |
| Pelvis triangulares en E. I. | 16 casos | 16% |
| Pelvis romboidales en E. I. | 9 casos | 9% |
| Pelvis trapezoides en E. I. | 50 casos | 50% |

Del estudio efectuado se concluye que:

- 1- Para el estrecho superior el tipo de pelvis más frecuente es el esférico: 40%
- 2- Para el estrecho medio el tipo más frecuente es el romboidal : 68%
- 3- Para el estrecho inferior el tipo más frecuente es el trapezoide : 50%

Lo cual nos hace pensar gráficamente, que la pelvis normal podría ser:

ESFERICA - ROMBOIDAL -TRAPEZOIDE



que se explica anatómicamente porque:

- 1- Diámetro anteroposterior menor que transverso en E. S.
- 2- Diámetro anteroposterior mayor que transverso en E. M. (presencia de espinas ciáticas y,
- 3- Estrecho inferior circunscribe un trapecio, con ca₁ teto mayor a nivel de diámetro bi-isquiático y menor en arco sub-púbico.

CONCLUSIONES

- 1) Se revisaron en total 359 registros clínicos del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, clasificados como partos distócicos.
- 2) De estos 359 registros, se utilizaron 144 que reunieron el material adecuado.
- 3) De 144 registros, 135 tienen estudio pelvimétrico radiológico.
- 4) De 135 estudios pelvimétricos, se tomaron 100 al azar para una evaluación detallada.
- 5) Estos 100 estudios radiológicos, sirven de base para introducir nueva nomenclatura y clasificación de la pelvis femenina, de tipo geométrico.
- 6) Se concluyó que la pelvis normal debe ser de tipo ESFERICO-TRIANGULAR-TRAPEZOIDE
- 7) Se encontraron 15 pelvis clasificables en lo que exige la conclusión 6
- 8) No se encontró más que una pelvis de tipo puro, pero no viable.
- 9) Este trabajo, sirve de base para un estudio comparativo cuando se tenga material radiológico de pelvis normales.