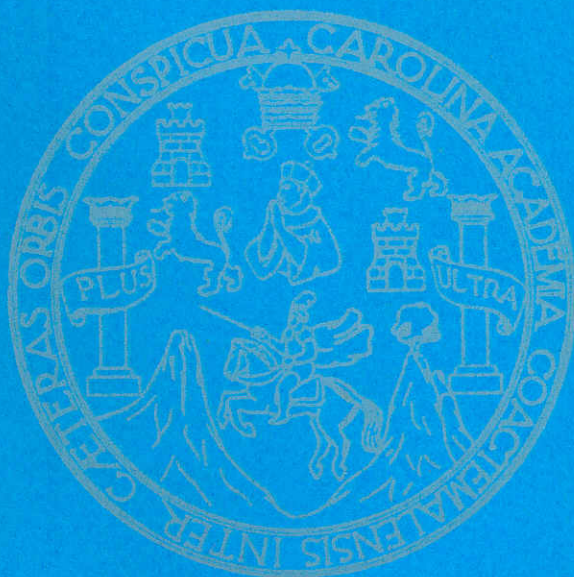


183
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"REVISION DE CASOS EXCEPCIONALES SOMETIDOS
A OPERACION CESAREA"
(PRESENTACION DE UNA CASUISTICA DE 10 CASOS)

VICTOR SAMUEL OLIVA AGUILAR

Guatemala, Julio de 1975

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION**
- II. HISTORIA**
- III. INDICACIONES**
- IV. TECNICA QUIRURGICA**
- V. PRONOSTICO Y COMPLICACIONES**
- VI. MATERIAL Y METODOS**
- VII. CASUISTICA Y DISCUSION**
- VIII. RECOMENDACIONES**
- IX. BIBLIOGRAFIA**

I. INTRODUCCION

El tema "CESAREA" ha sido abordado y considerado hace algunos años de una importancia vital que se llegó a calificar de intervención riesgosa y aventurada. Ahora bien, los tiempos han cambiado y las complicaciones del procedimiento, antes graves, hoy son menos frecuentes y mejor tratadas; lo que hace posible prestar más atención a campos que en un tiempo fueron totalmente descuidados.

Por otra parte, la mujer embarazada puede estar sujeta a ciertas entidades que se agraven o bien aparezcan en el estado gravídico, y sin embargo le permita mantener un embarazo normal, pero al culminar este embarazo hay que decidir la conducta a seguir con el mismo; debido a que la afección de otro órgano de la economía o bien por condiciones especiales del mismo embarazo nos introduzca hacia el ámbito quirúrgico de la Obstetricia.

No pretendemos cubrir una casuística rara, pero si presentar una serie de casos que por lo poco común especialmente en nuestro medio ha llamado poderosamente la atención y han sido calificados de "CASOS INTERESANTES INFRECUENTES EN OBSTETRICIA"; es decir, esta tesis es una reflexión, sobre las relaciones recíprocas entre internista y tocólogo o más bien entre la medicina y obstetricia, sobre la casuística en la cual se aunaron esfuerzos de diferentes especialistas poniendo en función una serie de elementos que buscaron una mejor solución para cada situación,

integrando para ello conocimientos y criterio que llegaban hacia una sola misión:

"SALIR AVANTE DE UNA SITUACION DADA Y OCASIONAR EL MENOR DAÑO POSIBLE A LA UNIDAD MATERNO-FETAL"

II. HISTORIA

Etimológicamente la palabra "Césare" procede del latín "Coedere" que significa cortar y César que quiere decir nacido mediante corte. Por consiguiente la Operación cesárea se refiere a la liberación del feto por la sección de las paredes abdominal y uterina.

Según la mitología Esculapio, el padre de la medicina, nació por esta vía cuando Apolo escindió el vientre de su madre Corones que estaba en la hoguera.

Para unos como Plinio, lleva este nombre porque el primero de los cesares fue así extraído del vientre de su madre que acababa de expirar por eso los romanos daban el sobrenombre de Cesones a los individuos venidos al mundo por esta operación.

La operación cesárea propiamente dicha, fue practicada al principio solo sobre mujeres muertas en un período más o menos avanzado del embarazo. Se atribuye a uno de los primeros reyes de Roma a Numa Pompilio la promulgación de una ley, llamada por esta razón LEXREGIA, que prohíbe inhumar una mujer encinta sin antes haber extraído el fruto, con el objeto de dar mayor número de hombres al Estado. Esto y la falta de datos ha hecho pensar que en la antigüedad sólo se hacía esta operación en estas condiciones. Sin embargo, Felkin la vio hacer a los naturales de Uganda "in vivo" embriagando a la paciente con jugo de

banano fermentado y usando como antiséptico el mismo líquido. La técnica operatoria era impecable a pesar de la falta de sutura y de mortalidad alta por infección o hemorragia.

La verdadera historia de la cesárea comienza en el año de 1500 cuando Jacob Nuffer de origen suizo y cazador de puercos operó a su mujer después de haber sido desahuciada. En 1581 llamó la atención sobre la cesárea en mujer viva un tratado publicado por Francois Roussell con casos llegados de varias fuentes, a pesar de algunos que carecían de autenticidad y otros probablemente eran embarazos ectópicos.

No obstante y a pesar de los adelantos de la técnica la mortalidad de la operación cesárea permanece elevada hasta el año de 1876. En esta época se sorprende de ver a Porro, practicar no sólo la ruptura de útero sino la resección de gran parte de órgano. Esta operación es hecha en Francia con gran éxito por Geniot, Fochier y Championere; estos dos últimos cirujanos advierten con razón que el éxito de la nueva operación no es debida al manual operatorio sino a las ventajas de una rigurosa antisepsia.

Como se ve esta fue la primera operación cesárea que se practicó con los albores de la antisepsia (21 de Mayo de 1876). A partir de esta época, el pronóstico de la operación cesárea con o sin ablación del útero mejora cada día a medida que se perfecciona la antisepsia.

En 1882, asistente de las clínicas de Leopold, rehabilita la sección cesárea clásica y propone un modo de sutura del útero más perfeccionado, capaz de dar éxitos más

serios a la intervención. He aquí su técnica: Seccionar la pared abdominal sobre la línea media y bastante alto cortar el músculo uterino verticalmente encima del anillo de Bandl, allí donde el peritoneo se adhiere más íntimamente a la pared uterina, aplicar después de la extracción del feto y de la placenta una doble sutura sobre el útero, la primera con hilos de plata, pero sin interesar la mucosa uterina, la segunda sero-serosa, previa resección de los labios de la herida para asegurar un mejor afrontamiento esta segunda sutura era practicada con hilo de seda. Con el empleo de esta técnica se obtuvieron resultados halagadores pero poco después fue simplificada por su mismo autor.

Fue Paul Bar el primero que publicó en Francia (Mayo de 1899), una estadística de 10 cesáreas conservadoras practicadas en tres años.

A medida que se ha ido perfeccionando en el procedimiento de la antisepsia y de la técnica operatoria, la operación cesárea se ha vuelto relativamente frecuente y nada peligrosa siempre que a la habilidad operatoria se agregue una asepsia rigurosa.

En Centroamérica por primera vez se efectuó la operación cesárea por el Dr. Elogio Baca, ilustre cirujano guatemalteco en el mes de diciembre de 1871, aún cuando en Guatemala no se tenía idea de lo que es antisepsia. Sin embargo, el Dr. Baca con la energía de su carácter y lleno de fe en su ciencia supo afrontar las consecuencias de un acto operatorio profesional.

De las fuentes históricas que he consultado acerca de la operación cesárea en Guatemala, se que no se volvió a

practicar sino hasta el mes de Septiembre del año de 1905; se trataba de un caso de estrechez pelviana en una mujer que sufría de albuminuria grave por nefritis crónica. La enferma fue operada en el hospital General "San Juan de Dios" por el doctor Juan José Ortega. La operación fue seguida de éxito completo salvándose las vidas de la madre y el feto.

En los últimos tiempos ha avanzado enormemente y gracias a los progresos de la técnica y terapéutica preventiva y curativa, se ha hecho de uso corriente, pecando muchas veces por impaciencia o comodidad, al hacerlas sistemáticamente en casos que tal vez se hubieran resuelto espontánea y favorablemente o que eran indicación de diferente indicación quirúrgica, como la Sinfisiotomía. La lucha entre ésta y la cesárea, para discutir la supremacía y el privilegio en muchos de los casos como pelvis moderadamente estrecha, debe pasar a la historia; las dos tienen indicaciones bien distintas y se complementan.

La cesárea post-mortem también ha tenido su evolución en lo que se refiere al tiempo en que puede ser ejecutada - después de muerta la madre, con seguridad o probabilidad - de que el feto viva. La supervivencia de éste, está en relación con el tiempo transcurrido y las probabilidades de éxito dependen de la rapidez con que se haga.

Han sido citados casos de fetos extraídos vivos después de 2 ó 3 horas de la muerte de la madre, pero el Dr. Félix Uñó Mitjans los considera con mucha reserva, ya que según sus propias conclusiones, el tiempo útil para la extracción de un feto vivo y vital es de 15 á 20 minutos como máximo.

III. INDICACIONES DE CESAREA

En qué casos debe de exponerse la existencia de una mujer embarazada para terminar el parto de una manera tan extraordinaria y por vía extra natural?

Dividen los tocólogos las indicaciones de la operación cesárea en: Absolutas o relativas, electivas o de urgencia.

Las indicaciones absolutas son aquellas que están fuera de toda discusión como por ejemplo, los estrechese pelvianos infranqueables para un niño a término y los tumores previos inclusive el cáncer del cuello. Las otras indicaciones son relativas, o sean que pueden entrar en comparación con otros procedimientos obstétricos que logran el parto por vía natural.

Se llama cesárea electiva cuando la indicación puede preverse con anticipación y con tal motivo la intervención puede realizarse sin premura como cualquier operación. Otras veces la indicación surge por accidente en el embarazo o por una distocia insalvable del parto, en forma súbita, éstas serán las indicaciones para una cesárea de urgencia.

Las causas se dividen en:

- A. Cuando existe peligro para la madre
- B. Cuando existe peligro para el niño

INDICACIONES MATERNAS

1. Toxemia fulminante (pre-eclampsia progresiva o eclampsia que recurre después de control temporal)
2. Tumores pélvicos que obstruyen el canal del parto o debilitan la pared uterina
3. Ruptura uterina (urgencia operatoria abdominal)
4. Muerte materna con feto vivo
5. Problemas de partes blandas:
 - a. Anomalías congénitas
 - b. Ca. del cervix
6. Inercia uterina primaria o trabajo de parto irregular o prolongado, no obstante la estimulación
7. Pelvis asimétricas
8. Estrechez pélvica
9. En aquellos casos en que por cualquier motivo esté en peligro la vida materna.
10. Padecimientos congénitos o hereditarios: (luxación congénita de la cadera, condrodistrofia)
11. Enfermedades óseas pélvicas: (raquitismo, osteomalacia, fractura con desplazamiento, tumores)

12. Padecimientos de la columna vertebral: (xifo-escoliosis lumbar con transmisión anormal de la fuerza sobre la pelvis.)
13. Anormalidad de una extremidad inferior: (equinovarus unilateral o parálisis de una pierna, provocando desigualdad en la transmisión de la fuerza a los lados de la pelvis.)

INDICACIONES FETALES

1. Sufrimiento fetal
2. Presentaciones anormales:
 - a. De hombro
 - b. De frente
 - c. De cara posterior
3. Primigestas en podálica en casos de estrechez pelviana o pelvis límite
4. Situación transversa
5. Situación oblicua inmodificable
6. Embarazo gemelar:
 - a. Cuando el primer feto está en transversa
 - b. Cuando hay engatillamiento

INDICACIONES POR ANEXOS FETALES

1. Desprendimiento prematuro de placenta
2. Placenta previa:
 - a. Total
 - b. Parcial con hemorragia profusa que somete a riesgo la vida materna
3. Anomalías uterinas:
 - a. Utero doble: cuando uno funciona como tumor previo
 - b. Tumores uterinos (leiomiomas), que interfieren con la contracción o bien con el canal del parto
4. Distocia de cuello (falta de dilatación del cuello)
5. Inminencia de ruptura uterina
6. Anomalías de contracción, resistente a tratamiento
7. Prolapso de cordón con sufrimiento fetal franco

OTRAS INDICACIONES

1. Distocias postoperatorias
2. Enfermedades agudas que complican o impidan el parto

3. Fístulas rectovaginales reparadas

4. Fístulas vesico-vaginales reparadas

IV. TECNICA QUIRURGICA

LA CESAREA CORPORAL, llamada por su antigüedad cesárea clásica, pese a su facilidad ha sido casi abandonada, porque es una operación que no satisface y que por ello debe reservarse para casos excepcionales. En su ejecución exige una laparatomía muy extensa, y si el contenido ovular no es puro la siembra séptica es muy extendida, lo que aumenta con la movilidad posterior del cuerpo uterino. Por otra parte, es sabido que la parte alta de la cavidad peritoneal se defiende mal. La sección del músculo a pesar de hacerse en la línea media es muy hemorrágica; los labios gruesos de la incisión con tendencia a evertirse, son difíciles de reunir con la sutura y en el postoperatorio la constante actividad del músculo afloja los puntos y provoca la dehiscencia de la brecha. La adherencia sólida de la serosa al miometrio hace imposible la buena peritonización; por este motivo se producen secundariamente muchas adherencias que pueden originar una oclusión intestinal. Como sólo tiene la ventaja de su facilidad, que no está compensada con sus peligros, ha sido abandonada. Entre sus desventajas basta citar que la cicatriz es cinco veces más frágil y peligrosa que la segmental. Sus indicaciones actuales son muy restringidas. Sólo debe acudir a ella en casos de mal estado o dificultad de abordar el segmento inferior o procediendo a la histerectomía en el embarazo con cáncer cervical.

Técnica:

Incisión de pared: Laparatomía mediana, un tercio por encima y dos tercios por debajo del ombligo, de una longitud de 20 a 25 cm.

Incisión del útero: Se hace en la línea media de la pared anterior, sitio poco vascularizado, comenzando 5 cm por encima de la zona de adherencia fija del peritoneo. La incisión deberá tener 15 cm; se suele acompañar de una abundante hemorragia.

Extracción del feto y los anexos: La extracción del niño por los pies es fácil. El alumbramiento se hace manualmente.

Sutura del útero: El primer plano a puntos separados que toma el músculo de ambos lados sin incluir la mucosa, debe hacerse con catgut crómico 1. La primera línea de sutura se cubre con una sutura continua, que comprenderá la serosa y las capas más superficiales del músculo.

Cierre de la pared: Eliminadas las compresas protectoras se aspira el líquido amniótico y la sangre de la cavidad peritoneal. Se reintegra al útero una vez verificada su buena retracción. La pared abdominal se sutura por planos con la técnica habitual.

CESAREA BAJA TRANSPERITONEAL

En la época actual no es ya necesario describir las variadas técnicas utilizadas en otro tiempo. Las cesáreas seg

mentarías extraperitoneales, puras o por artificio, no se justifican ya. En el momento sólo se hace la cesárea baja, segmentaria, suprasinfisaria, transperitoneal, que en consecuencia describimos en detalle. La preparación de la paciente exige recurrir a algunos sedantes (evitando la morfina y los barbitúricos), afeitar el monte de Venus y evacuar la vejiga.

Incisión de la pared: Debe hacerse con cuidado, ya que se adelgaza tanto en la preñez que es fácil herir los órganos subyacentes. Las incisiones que se pueden practicar son dos: la mediana infraumbilical y la transversal o de Pfannestiel.

a) **Incisión mediana infraumbilical.** Se hace una incisión mediana entre el pubis y el ombligo de unos 15 cm de longitud. En las cesáreas imperativas se reseca la cicatriz anterior. Solo se ligan los vasos importantes con el objeto de extraer lo más rápidamente posible al feto para sustraerlo cuanto antes de la influencia de la anestesia. Se incide verticalmente la aponeurosis. La apertura del peritoneo se hace en el punto superior de la incisión, para no herir la vejiga, que a veces tiene una situación muy alta, haciendo un pliegue con pinzas de Kocher. Ojal con bisturí, incisión vertical con tijera.

b) **Incisión transversal o de Pfannestiel:** la incisión se practica en el surco suprasinfisario siguiendo una trayectoria transversal arqueada. La hemostasia debe realizarse cuidadosamente por cuanto se seccionan muchos vasos. La apertura de la aponeurosis se hará también transversalmente, después de lo cual se separará de los músculos rectos y piramidales disecando en forma roma hacia arriba y hacia

abajo, en cambio, la línea alba, que se hallará en el centro del campo operatorio se seccionará a tijera también en dirección al ombligo y al pubis. El borde superior de la incisión se fijará a la piel por debajo del ombligo, mediante un punto que tome piel celular subcutáneo y aponeurosis. La separación de los músculos rectos y la apertura del peritoneo se realizan siguiendo la misma técnica que para la incisión longitudinal.

Con cualquiera de ambas incisiones una vez que se ha abierto la cavidad peritoneal se cubren los bordes de la herida con compresas de gaza. La exposición del campo operatorio se realiza mediante separadores y una valva suprapubiana, o mediante separadores estáticos o de Balfour. Se introducen compresas aisladoras hacia los lados y hacia el fondo del útero para disminuir la contaminación abdominal con líquido amniótico, sangre, etc.

ELECCION DE LA INCISION. Ambas incisiones tienen ventajas e inconvenientes que impiden sistematizar su uso. La mediana tiene la ventaja de realizarse más rápidamente que la transversal en manos igualmente hábiles. El tejido celular subcutáneo y el plano muscular sangran menos, por lo que la hemostasis no requiere un cuidado tan riguroso permitiendo ahorrar tiempo, a la vez que los hematomas y las obturaciones posoperatorias ocurren con menos frecuencia. Finalmente ofrece un campo operatorio mayor y más fácilmente ampliable mediante su prolongación hacia arriba, hecho de trascendencia cuando la operación puede ser dificultosa (obesidad, feto grande, placenta previa anterior, etc.), o cuando sobreviene una complicación (hemorragia por inercia o por ruptura de la arteria uterina, extensión

de la incisión del útero) sobre todo si ésta obliga a realizar una histerectomía. Por el contrario tiene el inconveniente de las eventraciones postoperatorias son más frecuentes que la incisión transversal, (aunque esto no es muy importante, ya que el pronóstico es similar si se hace una correcta reparación de la pared en particular del plano muscular), y la cicatriz es menos estética, circunstancia no despreciable - ya que generalmente se opera en mujeres jóvenes. Las ventajas e inconvenientes de la incisión de Pfannestiel son las inversas de las de la mediana.

La elección de la incisión deberá hacerse de acuerdo con el buen juicio crítico del operador basado en su propia habilidad quirúrgica en la indicación de la cooperación, - en las dificultades que se presume encontrar en la posibilidad de realizar la mejor profilaxis de las eventraciones postoperatorias y recordando que la estética es un aspecto a - considerar en la decisión. Así por ejemplo, si se trata de una cesárea electiva en una paciente delgada con un feto de tamaño normal y durante la cual no se presumen complicaciones es lícito decidirse por una incisión transversal ya que el exceso de tiempo que demanda y el menor campo - operatorio se supone que no tendrán inconvenientes. Pero - si existe un sufrimiento fetal agudo, el feto es grande, la - paciente es obesa y existe la posibilidad de complicaciones es más correcto decidirse por la mediana.

Incisión del peritoneo uterino y desprendimiento vesical.

La incisión del peritoneo visceral se hace por encima de la vejiga. Reconocido el fondo de saco vesicouterino, - se hace un ojal a 1 ó 2 cm más arriba y por él se lo seccio

na transversalmente unos 12 cm. Después de tomar su borde inferior con una pinza de aro, se lo desprende (y con él la vejiga) a dedo, con una tijera curva de punta roma cerrada, o mejor con una pinza montada con una gasa; de la misma manera se hace hacia arriba para separar el colgajo superior; en este procedimiento hay que proceder con cuidado - para no lesionar los plexos venosos que asientan por debajo. Si se va a realizar una histerotomía longitudinal, se debe desprender la vejiga hacia abajo; si se hace una incisión transversal del segmento inferior, procedimiento que - aconsejamos, el despegamiento peritoneal necesario es mínimo, lo cual es ventajoso por los menores riesgos de hemorragia venosa y de celulitis.

Sección del segmento inferior:

1o. Incisión longitudinal (Krönig-Opitz). Mediante un - separador acodado, tipo Breisky, el ayudante aparta y protege bien la vejiga. El operador con el bisturí hace un - ojal longitudinal arriba, en la línea media del segmento; - por él, con una tijera recta de punta roma sigue cortando - hacia abajo, tomando todas las precauciones para no herir al feto.

2o. Incisión transversal (Munro KERR). Con esta técnica se practica una abertura arciforme de concavidad superior. Esta forma de abordar el útero facilita la sutura posterior de la brecha, da una mejor cicatriz y permite que la operación sea realmente segmentaria cuando la porción baja del útero tiene poca amplitud o cuando existen adherencias de la vejiga. Para realizarla se toman precauciones para no herir - al feto levantando con pinzas de Allis un pliegue del seg-

mento inferior en la línea media y a unos 4 cm por encima de la vejiga, practicándose allí un ojal con bisturí o con pinza Kocher perforando las membranas. Por este ojal se introduce la tijera de punta roma, y cortando ambos lados se hace una sección transversal curva de 12 cm. La brecha puede también ampliarse sin cortar, introduciendo por el ojal ambos índices y separando las fibras por devulsión, de acuerdo con el tamaño de la presentación por está por debajo. El ayudante mientras tanto aspira la sangre y el líquido amniótico con el aspirador eléctrico para evitar que pasen al abdomen.

Extracción fetal y de los anexos ovulares. La extensión del feto puede verse dificultada por los separadores, en cuyo caso se eliminarán momentáneamente. En los casos de placenta previa para llegar al feto es necesario pasar a través de los cotiledones o rechazarlos.

Para extraer al niño se recurre en la presentación cefálica a distintas maniobras manuales: Unos con dos dedos van en busca de la boca del feto y la llevan hacia adelante buscando exteriorizar el mentón fuera de la brecha uterina para que la mano introducida como palanca por detrás de la cabeza trate de extraerla por flexión; otros, en cambio, hacen la maniobra de llevar el occipital hacia adelante y enucelan la cabeza por deflexión. Ambos procedimientos son facilitados por la expresión fúndica del ayudante. Las maniobras instrumentales puestas a contribución con el mismo fin se hacen mediante el fórceps, la palanca de Sellheim o utilizando pinzas de aro aplicadas en el cuero cabelludo como elementos de tracción. En caso de dificultad es necesario agrandar la incisión. En las presentaciones

podálicas y en la situación transversa se hace la extracción por las nalgas, valiéndose de los pies, extrayendo la cabeza última por una maniobra parecida a la de Mauriceau. En este instante se debe inyectar oxitocina (5 U.I.) o derivados del cornezuelo de centeno (ergobasina o ergonovina 0.2 a 0.4 mg), ya directamente en el útero o por vía intravenosa, para disminuir la hemorragia y acelerar el alumbramiento. El ayudante mientras tanto sigue usando el aspirador y el operador toma ambos labios de la brecha uterinas con pinzas de aro.

El alumbramiento se realiza por tracciones del cordón y presiones del fondo uterino. En los casos excepcionales en que esto fracasa se practica el alumbramiento manual. Debe cuidarse que tanto los cotiledones como las membranas salgan en totalidad.

Cierre del útero: Se vuelven a colocar los separadores y la valva para tener buen campo. El segmento inferior se sutura en dos planos con catgut crómico 0 ó 1. El primero en sutura continua toma todo el espesor de ambos labios musculares de la herida, con excepción de la mucosa. El segundo, también musculomuscular invagante del primero, en puntos en X o en sutura continua. Actualmente la sutura en dos planos se está abandonando, en beneficio de la síntesis en un sólo plano, ya que se han demostrado que con esta se logra una cicatrización tan buena como son la primera y una cavidad del útero menos deformada. La sutura en un sólo plano se realiza con catgut crómico 1 con puntos en U ó en X (son preferidos los primeros, por cuanto producen una buena hemostasis, sin ser necrosantes como ocurre con los segundos), perforantes o bien con sutura continua.

Con cualquiera de ambas técnicas, el último paso consiste en rehacer el peritoneo visceral con una sutura continua, uniendo con catgut simple 0 el colgajo superior con el inferior peritoneovesical.

Cierre del abdomen. Para ello se procede antes a la extracción de las compresas aisladoras a la limpieza de la cavidad abdominal, a la eliminación de las valvas, separadores y cambio de campos y la verificación de buena retracción uterina.

La pared abdominal se sutura por planos, según la técnica habitual, comenzando por el peritoneo parietal en forma continua con catgut simple 0. La sutura del plano muscular es imprescindible y requiere un cuidado muy especial, por cuanto las embarazadas presentan una marcada diastasis de los rectos anteriores que pueden dar lugar a eventraciones si no se repara correctamente. Si se ha operado con la incisión transversal, inexorablemente se han abierto las vainas de los rectos, porque su sutura no plantea dificultades. Se realiza mediante puntos en U de aproximación con catgut 1 simple.

Pero si se ha efectuado la incisión mediana, lo habitual es que al incidir la aponeurosis se haya abierto sólo una de las vainas y se encuentre al descubierto un solo músculo recto. Por lo tanto, para la reparación del plano muscular, es imprescindible abrir la otra vaina para hallar el otro músculo recto. Se la incide en el borde interno y en toda su extensión, y luego se diseca hasta poner al descubierto todo el músculo. A continuación se suturan ambos rectos anteriores con la técnica ya mencionada.

Luego se sutura la aponeurosis con puntos separados de catgut crómico 1. En el tejido celular subcutáneo se ponen puntos de acercamiento con catgut simple 0. Por fin se sutura la piel con agrafes, algodón, hilo o seda. Terminada la operación se exprime el útero a través de la pared abdominal para eliminar los coágulos que pueda contener. La herida se cubre con gasas mantenidas con cinta adhesiva. Una venda de cuerpo da sostén a la pared abdominal.

Durante el acto operatorio se instala una perfusión intravenosa de suero fisiológico, o en las toxémicas, de suero glucosado, reemplazadas por sangre en los casos necesarios. En el postoperatorio inmediato se utilizan analgésicos y se administran antibióticos en forma profiláctica.

Operaciones agregadas: La cesárea debe limitarse a su objeto, sin aprovechar la ocasión para realizar operaciones sobreañadidas, con excepción de la esterilización si estuviera indicada. Las miomectomías, anexectomías, apendicectomías, etc., deben dejarse en general para otra ocasión ya que el estado puerperal no es el más propicio para las intervenciones no urgentes.

V. PRONOSTICO Y COMPLICACIONES

En manos de cirujanos competentes la operación cesárea debe tener una mortalidad de menos de 0.5% y quizá inferior a 0.2%. De hecho en muchas clínicas se han efectuado más de mil operaciones sin una sola muerte materna. Por ejemplo Davis relata una mortalidad de 0.1% en 1,962 operaciones efectuadas en Chicago en el Lying-In Hospital. Las dos muertes se debieron a embolia pulmonar. Entre 242 muertes de operaciones cesáreas publicadas para Gordon 48 se debieron a accidentes durante la anestesia. Según han hecho notar otros autores la mortalidad fetal en la operación cesárea es varias veces más que en la extracción vaginal. Sin embargo, al estudiar detenidamente éstos casos de muerte infantil por lo común se advierte que no son atribuibles al método de extracción sino a otros dos factores a saber: 1) Premadurez y 2) Indicaciones para la operación cesárea que n si mismas eran perjudiciales para el bienestar de la criatura, ejemplo Desprendimiento Prematuro de Placenta o Prolapso de Cordón Umbilical que provoca sufrimiento fetal.

Excepto la infiltración local de la anestesia empleada para la operación es siempre una amenaza potencial para el niño y desde luego emplea una parte de estas muertes.

Entre los factores que influyen sobre el pronóstico materno podemos citar los siguientes:

- 1.- Del motivo simple o complicado de la indicación (estrechez pélvica, eclampsia, placenta previa, etc.), Así por ejemplo no es lo mismo operar a una mujer con buen estado general al comienzo del trabajo que una profundamente anemiada por una placenta previa o con un medio interno trastornado por una eclampsia grave.
- 2.- Del instante en que se realiza. Embarazo, comienzo de parto, después de muchas horas de evolución del trabajo (el margen de seguridad está en las 18 horas de T parto).
- 3.- Del grado de pureza del huevo (integridad de la bolsa, número y calidad de los tactos, maniobras, etc.)
- 4.- De la técnica (cesárea corporal o cesárea segmentaria, cesáreas iterativas, en las que el acto se prolonga si hay adherencias.

No es de extrañar que en la eclampsia, la placenta previa, el desprendimiento normoplacentario y en las distocias complejas, en los que el estado materno ya está afectado antes de la operación, la mortalidad se eleve.

Causas de Muerte: las más frecuentes son la Toxemia, la Anestesia, la Peritonitis, el Shock y la Anemia Aguda Post hemorrágica.

Durante el acto operatorio pueden producirse (complicaciones inmediatas) o después de un tiempo de practicado el mismo (complicaciones mediatas y tardías).

Entre los accidentes inmediatos está, que se cura con la sutura en dos planos y la colocación de una sonda permanente durante 10 días. Pero la más frecuente e importante de las complicaciones es la hemorragia, puede originarse en la superficie de sección del segmento o en sitio de inserción placentaria.

Hemos visto que el tipo de anestesia influye en forma manifiesta sobre la abundancia del derrame sanguíneo. La hemorragia de la herida uterina, se cohibe apresurando la evacuación y la sutura; y la originada en el sitio de inserción placentaria, como ocurre por la atonía uterina, se combate con los medios habituales (masajes y axtóticos).

También puede producirse una hemorragia si la herida uterina transversal se extiende hacia el costado del útero y aún hasta su cara posterior interesando la arteria uterina. En este caso se ligará la arteria en sus cabos distal y proximal, con catgut crómico 1 y se suturará la herida en toda su extensión.

La serosa visceral, y con ella la vejiga, pueden estar muy adheridas u ofrecer venas de gran calibre en su vecindad. La incisión transversal elude el primer obstáculo y la suavidad a la ligadura de los vasos el segundo.

La delgadez del segmento expone a que se hiera al niño durante la apertura del mismo, estando prevenido y usando la técnica descrita se lo evita. Cuando existan dificultades para extraer el feto debe ampliarse la abertura; en la incisión transversal se completa con la longitudinal en la línea, extendida hacia arriba. La longitud de la prolongación debe adecuarse a las necesidades, oscilando por lo ge-

neral entre 4 y 6 cm.

La dificultad en la extracción de los anexos ovulares se resuelve por el alumbramiento manual, mientras no se presente la placenta acreta.

Un accidente que es necesario evitar y que aparentemente ocurre de cuando en cuando con la incisión transversal, es la sutura por error del labio superior de la histerectomía con la pared posterior del útero. Entre las complicaciones mediatas la más importante es la peritonitis, puede ocurrir por contaminación primaria durante el acto operatorio (infección por el operador, instrumental, líquidos uterinos, etc.) o por propagación secundaria desde la cavidad uterina contaminada.

En las cesáreas segmentarias son frecuentes las infecciones venosas que originan flebitis y embolias.

La oclusión intestinal (es rara), casi siempre secundaria a una reacción peritoneal (íleo paralítico), se combate con la terapéutica conocida.

Como accidentes tardíos pueden observarse adherencias útero parietales del intestino o epiplón, fistulas útero parietales, bridas o adherencias, que pueden ocasionar una oclusión intestinal mecánica tardía. Son frecuentes las distocias de los rectos y las eventraciones consecutivas a la malacatrización de la pared a causa de abscesos y hematomas.

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES URETERALES: el tratamiento de las lesiones, ureterales debe ser considerado en 2 grupos que incluyen, en forma natural, aquellas descubiertas en la mesa de operaciones y aquellas descubiertas subsecuentemente.

Lesiones reconocidas durante la operación: cuando durante el transcurso de una operación se descubre que unas pinzas o una ligadura están comprimiendo el ureter las mismas serán retiradas inmediatamente. En cuanto al ureter se inspeccionará con todo cuidado. En no pocos casos el daño producido no habrá sido tan importante como para impedir el normal funcionamiento ulterior del ureter. Si el daño es mínimo pero el cirujano se encuentra intranquilo en lo que respecta a su integridad, puede hacerse un ojal y colocar un drenaje extraperitoneal en cigarrillo adyacente al lugar de la lesión a manera de válvula de seguridad, el peritoneo debe cerrarse por encima con lo que si hubiere derrame, el mismo será extraperitoneal. Si el operador no se siente tranquilo con el simple drenaje puede efectuar por arriba de la lesión una incisión longitudinal en el ureter y canalizarlo con un catéter de polietileno de calibre adecuado que se dejará arrollado a la vejiga y se retirará después de 10 días.

Si se descubre que el ureter está seccionado o si las lesiones existentes hacen desconfiar acerca de la capacidad de una restitución espontánea, el cirujano tiene tres caminos a elegir: puede implantar el cabo proximal de ureter seccionado en la vejiga, puede efectuar una anastomosis uretero-ureteral entre ambos cabos o puede sencillamente ligar la porción proximal del ureter. La reparación ideal debe conservar la función normal del riñón y restituir la permeabilidad del ureter. La implantación directa del ureter en la ve-

jiga ofrece mayor aproximación a dicho ideal que la anastomosis uretero-ureteral; por lo tanto si la lesión del ureter es lo suficientemente baja como para permitir la implantación en la vejiga será el procedimiento de elección.

Si la lesión es muy alta para ello debe intentarse anastomosis uretero-ureteral. Según nuestra opinión únicamente en dos ocasiones se justifica la simple ligadura del ureter lesionado:

- 1- Cuando la operación haya sido de tal magnitud que prolongarla más para efectuar una implantación o una anastomosis suponga serios riesgos para la vida del paciente.
- 2- Cuando por haberse suprimido una considerable porción del ureter resulte imposible la implantación o la anastomosis. Antes de decidir una ligadura, se debe palpar el riñón opuesto para cerciorarse de su presencia y en lo posible de su normalidad. La experiencia nos ha demostrado que la ligadura del ureter en estas circunstancias con un material resistente y no reabsorbible. Si la palpación revela la falta del riñón opuesto o cualquier evidencia de anormalidad, el extremo proximal del ureter debe abocarse a la piel y en último caso que drene hasta que pueda determinarse el estado de unión opuesto.

La sección bilateral o lesión grave de ambos uréteres es una contingencia rara y es aún más raro su descubrimiento o producción en la mesa de operaciones. Cuando uno se enfrenta a un accidente tan serio debe efectuarse la anastomosis bilateral o la implantación en dos lados. En caso que

el estado del paciente no permita la reparación doble uno de los tubos será reparado en tanto que el ureter opuesto se abocará a la piel para permitir el funcionamiento de su ríñon, hasta que pueda determinarse que el ureter reparado funciona satisfactoriamente.

Lesiones no descubiertas durante la operación: la existencia de una ligadura bilateral pronto se pone en evidencia a medida que se instala la anuria. Durante la primeras 48 horas, éste suele ser el único síntoma, pero luego el nitrógeno no protéico de la sangre comienza a elevarse y la paciente presenta signos de uremia. Si no se solucionan las obstrucciones por lo general la enferma fallece en término de 7 á 10 días. Si el análisis preoperatorio de la orina no indicó la presencia de ninguna enfermedad renal sería cabe estar bien seguro que la anuria postoperatoria de 40 horas significa lesión renal unilateral. Cuando se esté seguro que la situación existe será tanto mejor cuanto más rápidamente se sustituya el Tx. Sustentamos firmemente la opinión de que la nefrostomía bilateral es preferible al intento de deshacer las ligaduras. Cuando se intenta desligar por vía transabdominal en realidad se está sometiendo a la paciente —que ha sufrido una laparatomía pocos días antes— a una segunda laparatomía y la mortalidad es alta.

Las dificultades técnicas de trabajar en las regiones ureterales tan recientemente sometidas a un trauma quirúrgico son grandes y los intentos de ligadura pueden resultar infructuosos. En contraste con ello la nefrostomía bilateral se efectúa rápidamente, la enferma pronto comienza a orinar copiosamente y el nitrógeno no protéico de la sangre cae con rapidez. La secreción urinaria se estimula inmediata-

mente en el postoperatorio mediante inyecciones intravenosas de solución glucosada o salina. Algunas veces la luz ureteral se restablece espontáneamente después de la nefrostomía o la pielostomía. Si así no ocurriese, puede intentarse permeabilizar los uréteres por medio de su cateterización, aunque tales tentativas a menudo fracasan. Si la cateterización ureteral no logra vencer la obstrucción, debe efectuarse una laparatomía seis semanas después de haber practicado las nefrostomías y se realizará el necesario trabajo plástico sobre los uréteres. El estado general de la enferma es entonces lo bastante bueno como para permitir el minucioso y paciente trabajo destinado a proveer una función ureteral permanente y normal.

VI. MATERIAL Y METODOS

Fueron escogidos 10 casos de pacientes sometidos a - operación cesárea, en el Departamento de Maternidad del Hospital General "San Juan de Dios" en los últimos años. Casos seleccionados predominantemente por indicaciones - poco frecuentes o por los hallazgos en los mismos considerados como no contemplados en la literatura actual. Estos son expuestos independientemente comentados e ilustrados, haciendo énfasis en lo más importante y de valor clínico para cada uno de ellos.

Para la obtención de los expedientes respectivos fue - consultado el libro de operaciones de la sección de Obstetricia y el Archivo de Historias Clínicas del Hospital General "San Juan de Dios".

Además revisión bibliográfica para cada uno de los casos anotados, para un comentario más adecuado.

VII. CASUISTICA Y DISCUSION

Caso No. 1

Paciente I.C.G. de 38 años de edad, es referida de Chi - quimula con fractura de fémur izquierdo (sin estudio radiológico) y embarazo de 36s, G:7, P:6, Ab:0, hijos vivos 3. Dos meses previos a su ingreso, refirió dolor de miembro inferior izquierdo, el cual se agravó al caer de costado del mismo lado, lo cual le imposibilitó la marcha.

El estado general de la paciente es malo, signos vitales dentro de límites normales. Utero ocupado por embarazo simple en posición derecha, altura uterina 33 cm, FcF: 156x'. Se encontró miembro inferior izquierdo con edema grado III, hipertérmico, con presencia de talangectacias. - La región es tensa palpándose una masa en tercio superior - del muslo.

Se ordenó de inmediato Rx con protección, encontrándose "Fractura subtrocanteria con osteolisis y desplazamiento hacia adentro de la diáfisis femoral, como empujada por masa que aumenta de volumen todo el muslo". Se procedió a hacer punción en tercio superior del muslo, extrayéndose después de dos intentos 0.5 cc de líquido sero-sanguinolento IC:

- 1) Fractura patológica subtrocanterea izquierda
- 2) Osteosarcoma

Traumatólogo sugiere que en vista de imposibilidad para movilizar a la paciente y por tratarse de un embarazo a término se resuelva por vía alta. Bajo anestesia epidural se efectúa CST, obteniéndose producto sexo masculino, con buen apgar al nacer, con un peso de 6.8 libras. No hubo complicaciones postoperatorias.

Se tomó biopsia la cual es reportada así: MAC: "se reciben tres fragmentos no identificados blancorosaáceos y friables. MIC: secciones revelan sarcoma, constituido por células redondas, células fusiformes y muy pocas polimórficas, formando trabéculas y cordones extensos, asociado con múltiples figuras de mitosis y focos de necrosis. No se observó formación osteoide".

DX: Tejidos blandos, biopsia
OSTEOSARCOMA INVASIVO.

DISCUSION

El osteosarcoma (sarcoma osteogénico) es un tumor de la metáfisis de los huesos largos, más común en el extremo distal del fémur, en el extremo superior del fémur, en el extremo proximal de la tibia, y en el extremo superior del húmero en ese orden de frecuencia.

Sin embargo puede ocurrir en casi cualquier hueso del cuerpo. Este tumor ocurre en un 60% en hombres y en un 40% en mujeres, puede aparecer en cualquier edad, pero es más frecuente en la segunda década de la vida. El tumor generalmente se presenta como masa abundante en cartilago y en zonas que producen huesos, producen deformación del extremo del hueso y elevación del periosteo. El tu-

mor se extiende hacia los tejidos blandos que lo rodean y puede llegar a distender la piel y formar úlcera.

Sus metástasis ocurren frecuentemente por vía sanguínea y en pocos casos hay invasión directa de los ganglios linfáticos y aún metástasis a distancia. Debido a que crece en zonas muy vascularizadas invaden los vasos sanguíneos dando como consecuencia metástasis tempranas al pulmón.

La razón de efectuar cesárea en este caso por la deformidad presentada y especialmente por la imposibilidad de movimiento agregando la fractura ya existente y la fragilidad del tejido óseo a nivel de su articulación que hacen imposible el parto por vía natural; ya que lógicamente provoca una desigualdad en la transmisión de la fuerza a los lados de la pelvis. En vista del pronóstico no se efectuó cauterización quirúrgica.

Caso No. 2

Paciente M.E.S.A. de 36 años de edad, unida, primigesta, ingresa 6/8/73 con embarazo de 34s x UR, refiriendo dolor punzante en flanco derecho, irradiada a hipogastrio y fosas reanales; el cual se acompaña de hemorragia negruzca abundante que principió hoy a las 9 horas.

Estado general bueno, con útero aumentado de tamaño, FCF: 140x1, presentación podálica, posición izquierda, altitud móvil; se encontró además dos orificios, en uno se palpa la presentación y el otro parece ser orificio externo. Orificio interno cerrado. IC: Utero didelfo. FCF: descen-

dió a 80x' por lo que se colocó a paciente en decúbito lateral derecho, sin embargo no mejoró por lo que se decidió hacer CST por sufrimiento fetal y características anatómicas de órganos genitales. Obteniéndose producto sexo femenino que pesó 6.2 lbs, con apgar 10 a los 5'. Se pudo visualizar útero doble, el izquierdo grávido, el derecho aumentado 2x1, ambos con 2 trompas y un ovario para cada útero.

DISCUSION

UTERO DIDELFO: Los dos hemiúteros se encuentran bien separados, acompañados frecuentemente de vagina doble. Esta malformación es debida a la falta de acercamiento de los conductos de Müller hecho que ocurre al segundo mes del embarazo.

La gesta evoluciona generalmente en el cuerno mejor desarrollado, la interrupción prematura de la gestación es frecuente dada la hipoplasia de la musculatura. El otro hemiútero puede ocasionar metrorragias y/o expulsión de la decidua, simulando el cuadro de embarazo ectópico.

El feto se dispone en situación longitudinal. La complicación más terrible es la ruptura uterina que puede acontecer a nivel del punto de unión de los dos cuerpos uterinos alrededor del quinto mes de embarazo.

En el transcurso del parto, el útero se comporta de acuerdo con el grado de desarrollo de la fibra muscular, siendo frecuente la hipodinamia. (Figura No. 1). Una brida rectocervical, que frecuentemente acompaña al útero doble, constituye una distocia que puede llegar a la rotura uterina. El tabique cervical, así como el vaginal, pueden a

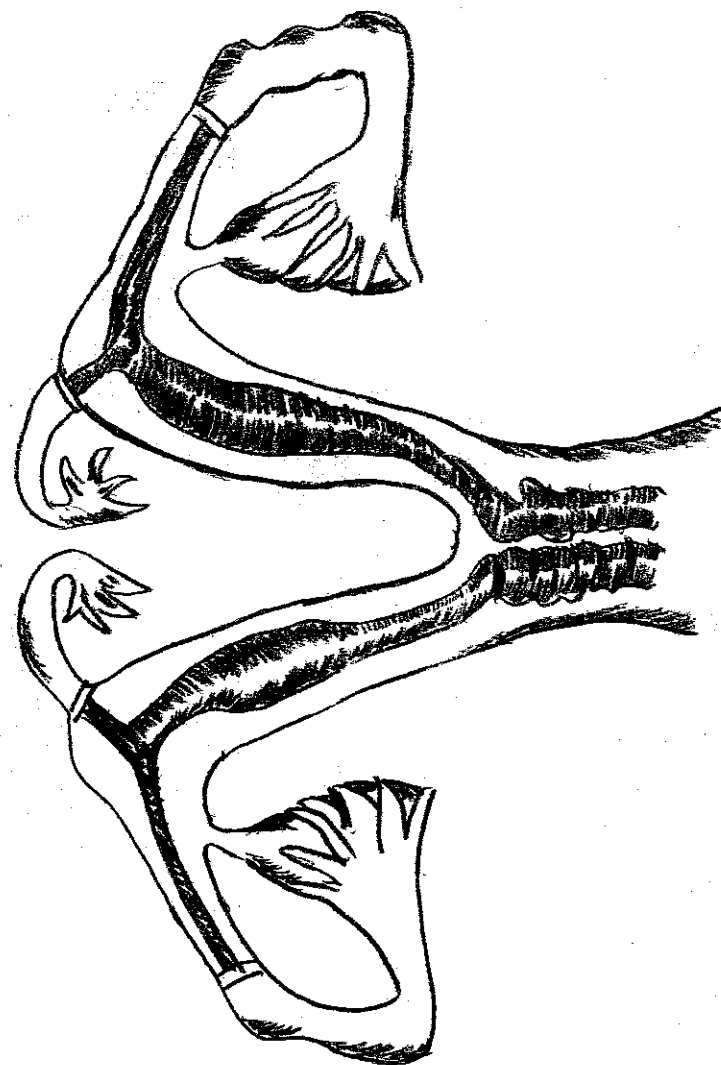


FIGURA No. 1.

UTERO DIDELFO CON DOS TROMPAS PARA
CADA UTERO Y UN OVARIO PARA CADA
UNO DE ELLOS.

veces impedir el encajamiento o la progresión de la presentación, o bien originar desgarros de las partes blandas, con hemorragias serias.

El diagnóstico puede hacerse por el hallazgo de dos - vaginas o dos cuellos que hacen sospechar la presencia de una malformación; la palpación permite apreciar 2 hemiúteros, simulando a veces uno de ellos un mioma o un embarazo ectópico.

Hecha ya la ilustración de útero didelfo, tendremos - que hacer un comentario sobre el sufrimiento fetal agudo - como posible consecuencia de la constante compresión del útero sobre el producto gestacional que no pudo descender debido a que uno de los úteros funcionaba como tumor - previo y como consecuencia de ello una presentación que - no es la más común; a continuación presentamos un breve - esquema de lo que algunos autores consideran la incidencia de presentación.

99

Situación longitudinal

100 EMBARAZADAS

1

Situación transversal

96

Presentaciones cefálicas

100 EMBARAZADAS

3

Presentaciones pélvicas

100 EMBARAZADAS

94

Occipitales normales

2

Cefálicas anormales

Sobre Sufrimiento Fetal, podemos resumir:

- a) Sufrimiento Fetal Crónico: La disminución del crecimiento fetal (Peso y Talla) por el aporte insuficiente y en forma prolongada de los materiales necesarios para su desarrollo, la mayoría es debido a causa placenta, sin embargo puede ser por sustancias y metabolitos que impiden la utilización del oxígeno.
- b) Sufrimiento Fetal Agudo: Perturbación de la homeostasis fetal; secundario a la deficiencia de intercambio de Anabólitos y Catabólitos entre madre y feto es insuficiente para satisfacer las necesidades del producto. Es de instalación rápida.

Este se divide según Hon y Quilligan, así:

	Moderada: 119 - 100 x'
Bradycardia	Aumentada: 99 x' o menos
	Moderada: 161 - 180 x'
Taquicardia	Aumentada: 180 x' o más

Lo anterior más apareamiento de meconio hace prácticamente el diagnóstico.

Caso No. 3

Paciente A.C.G. de 25 años de edad, unida, secundigesta, originaria y residente en esta capital, sin control prenatal, ingresa con trabajo de parto activo (9/5/75), contracciones C/3' x 45", FcF 140x', situación oblicua izquierda, promontorio palpable, 32 cm. por AU. Llama la atención probable moldeamiento parietal y elongación de la cabeza por lo que se manda a pelvimetría reporta los siguientes diámetros:

	Transverso	Anteroposterior	Conjugado
ES	13.1	9.6	23.1
EM	10.1	10.1	----
EI	10.9	Inmedible	----

Se aprecia estrechez pélvica G:I de estrecho superior, en diámetro anteroposterior. Presencia de anillo de Bandl y ligamentos tensos. Por lo que se decide hacer Cesárea Segmentaria Transperitoneal por Estrechez Pélvica Grado I, situación oblicua e inminencia de ruptura uterina. Bajo anestesia raquídea se efectuó CST encontrando segmento bastante adelgazado, Polo Cefálico montado sobre concavidad de la FID, meconio fresco, obteniéndose producto sexo femenino con 6 lbs de peso, con apgar 6 al minuto y 10 a los 5', alumbramiento artificial. Además se encontró útero didelfo estando grávido el izquierdo, el derecho funcionó como tumor previo, lo que explica la oblicuidad, además se encontraron dos vaginas. Postoperatorio sin complicaciones.

Discusión: Inicialmente haremos un comentario en cuanto a la estrechez pélvica del estrecho superior. Sabemos que la

estrechez pélvica Grado I cuando se trata del estrecho superior anteroposterior en el 75% de los casos, se resuelve por vía alta (Cesárea), ya que es difícil que el diámetro transversal o bien los oblicuos puedan compensar la deficiencia del diámetro anteroposterior. A continuación un cuadro que resume la clasificación de estrechez pélvica aceptada por algunos autores.

Estrechez Pélvica	Medida	Conducta
Grado I	10 - 9	Del 25 al 50% se resuelven por Cesárea, esto dependerá del diámetro medio transversal que es imperativo para dar prueba de Trabajo de Parto.
Grado II	9 - 8	Del 50 al 75% se resuelve por Cesárea; puede dársele cierto margen cuando la estrechez sea del medio transversal y feto pequeño.
Grado III	8 - 7	Cesárea siempre.
Grado IV	7	Cesárea siempre.

Sin embargo, lo que definitivamente interfirió con el Trabajo de Parto fue la situación viciada del feto como consecuencia del útero derecho que funcionó como tumor previo. El útero didelfo es sumamente raro y es como consecuencia de la función incompleta o la reabsorción anormal de las porciones de Müller. Esta es la más rara y extrema de las anomalías que no son más que dos tractos genitales adyacentes separados, uno como imagen de espejo del otro. Todas las anomalías uterinas se ven de 1:1000 para algunos

autores.

Como curiosidad a los dos años la paciente fue sometida a segunda cesárea con feto en situación oblicua y en esta oportunidad el útero grávido era el derecho.

Figura No. 2

Caso No. 4

Paciente I.V.R. de 19 años de edad, unida, primigesta, que ingresa el 6/X/74, con trabajo de parto activo, embarazo de 40 s por UR. Estado general de la paciente aceptable, útero aumentado de tamaño, FCF: 144x1, contracciones cada 5', presentación y posición MIIT.

Se envió a pelvimetría encontrándose los siguientes diámetros promedios:

Estrecho Superior:	11.25
Estrecho Medio:	10.00
Estrecho Inferior:	09.50

Lo cual demuestra que es una pelvis límite, procediéndose a efectuar CST por presentación MIIT y pelvis límite; obteniéndose producto sexo femenino de 7 lbs, de peso, con buen apgar y edema facial severo.

Postoperatorio sin complicaciones. Se adjunta Rx.

DISCUSION

PRESENTACIONES DE CARA: La más frecuente de las presentaciones de cara es la MIIT y luego le sigue en orden de frecuencia la MIIA, la MIIP y la MIDA. En general las

presentaciones de cara son secundarias, es decir siguen a una presentación de vértice, sincipucio o frente que por obra de las contracciones uterinas sumada a factores maternos (estrechez pelviana, malformaciones uterinas, tumores, etc.), fetales (dolicocefalia, hidrocefalia, etc.), u ovulares (hidraminios, placenta previa, cordón corto, etc.), se transforman en presentaciones de cara primitivas y obligadas (bocio congénito, quiste del cuello).

La presentación de cara al acercarse extraordinariamente a la columna cervicodorsal hace que en su descenso la presentación sea acompañada por los hombros y parte superior del tronco fetal. Se debe tomar en cuenta que se trata de un parto largo, laborioso de 25 á 30 horas en las primizas y de 12 á 15 en las multíparas que hecho el diagnóstico de enclavamiento de la presentación es inútil esperar el parto espontáneo.

Con buena dinámica el especialista puede resolver la situación efectuando una sinfisiotomía o aplicando fórceps según los casos; el médico general tendrá que recurrir a fórceps. En este parto adquiere más importancia que en cualquier otro la auscultación de los látidos fetales, pues las indicaciones de urgencia para intervenir surgen más a menudo.

Los cuidados del recién nacido son los mismos que conocemos, pero además habrá de recordarse que el tumor serosanguíneo asienta a nivel de la cara y especialmente en las mejillas, que se presentan infiltradas, friables y a veces con flictenas, otros con desprendimiento de la epidermis, cuando los tactos durante el parto no se han hecho con cuidado y por lo tanto son puertas abiertas a la infección.

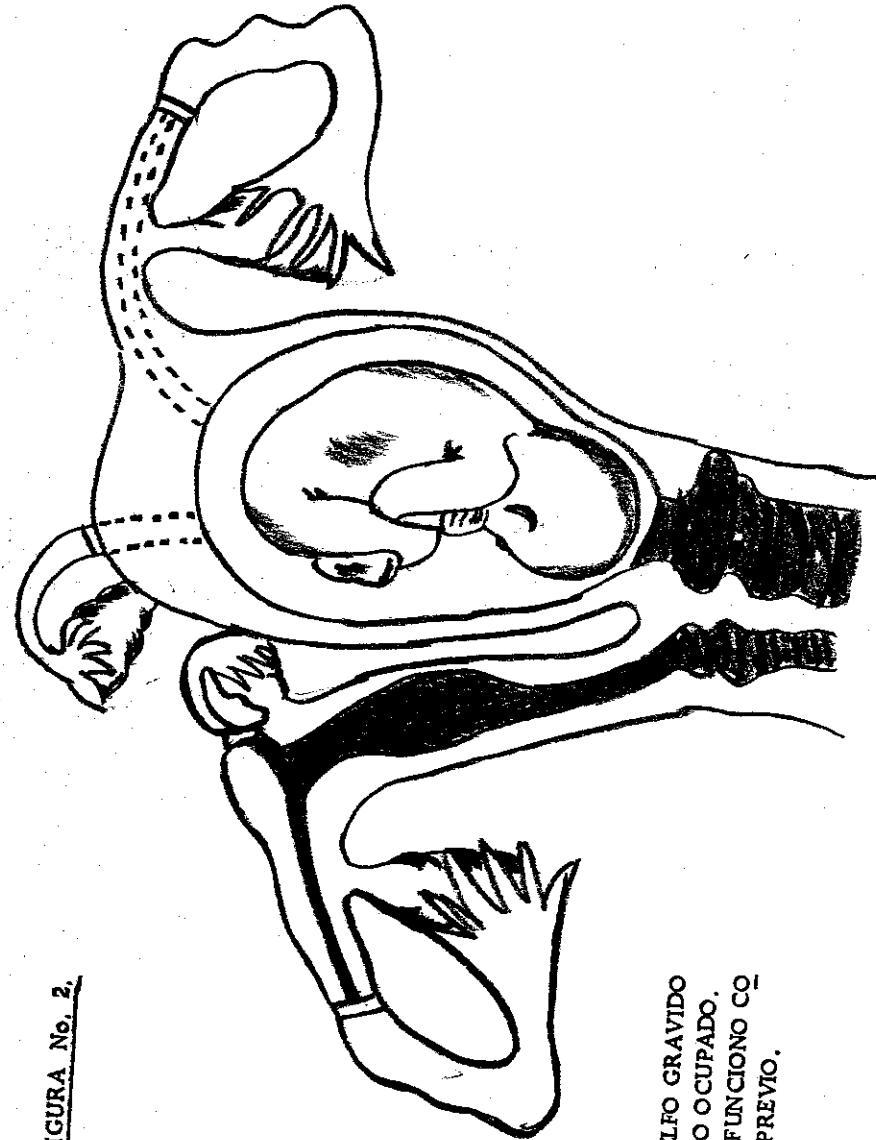


FIGURA No. 2.

UTERO DIDELFO GRAVIDO
EL IZQUIERDO OCUPADO.
EL DERECHO FUNCIONA COMO TUMOR PREVIO.

Recordemos que durante la evolución del parto, en la presentación de cara, si en las variedades de posición posteriores (MIDP y MIIP) no se produce la rotación simultánea con el encaje (según unos autores) o previa al mismo. Otras veces la rotación es insuficiente y la presentación se enclava en variedad de posición transversa. Hemos recordado esto porque agregándolo al conocimiento que se tiene de la distinta frecuencia en las variedades de posición de presentaciones de cara, se podrá intuir que será más frecuente tener que aplicar fórceps con MIDP enclavada, que con MIIP y será también más frecuente hacerlo con MIDT que con MIIT.

Esta es una distocia de actitud fetal la más rara en presentación en deflexión con extensión de la cabeza. Casi siempre siguen el curso de las mento anteriores y raramente de las mento posteriores. La parte que se presenta es la cara y el mentón constituye el punto guía. El perímetro del plano de salida es de 34 cms. En la presentación de cara mento posterior no puede producirse parto por vía natural. La frecuencia de la presentación de cara según algunos autores es de 1 en cada 200 á 300 partos.

RESUMIENDO:

PRESENTACIÓN DE CARA

Punto Guía: El Mentón

Punto de Rotación: El Hueso Hioides

Salida de la Cabeza: Mediante flexión pura

Plano de Paso Máximo: Plano Hioideo-Parietal

Perímetro: 34 cms.

El niño nacido de presentación de cara parece desfigu

rado los primeros días, como consecuencia de tumor sero-sanguíneo que asiente sobre todo en la mejilla que va adelante y en los tejidos vecinos.

El tratamiento en la mento anterior con buena pelvis es una paciente espera. Sin embargo, se prefiere resolver quirúrgicamente aquellos casos donde no se dispone de buena pelvis como el caso que nos ocupa.

En cuanto a la etiología según Von Haeker aparece con más frecuencia en fetos con cráneo dolicocefalo (cráneo alargado), sobre todo si se tiene una mala pelvis. No hay que olvidar que los tumores en la cara anterior del cuello (bocios, higromas, etc.) dan origen a una presentación de cara primaria. Los miomas cervicales como tumores del conducto del parto, pueden llevar a una actitud fetal de deflexión.

A continuación esquematizante tres signos característicos de la presentación de cara, (Exploración Externa)

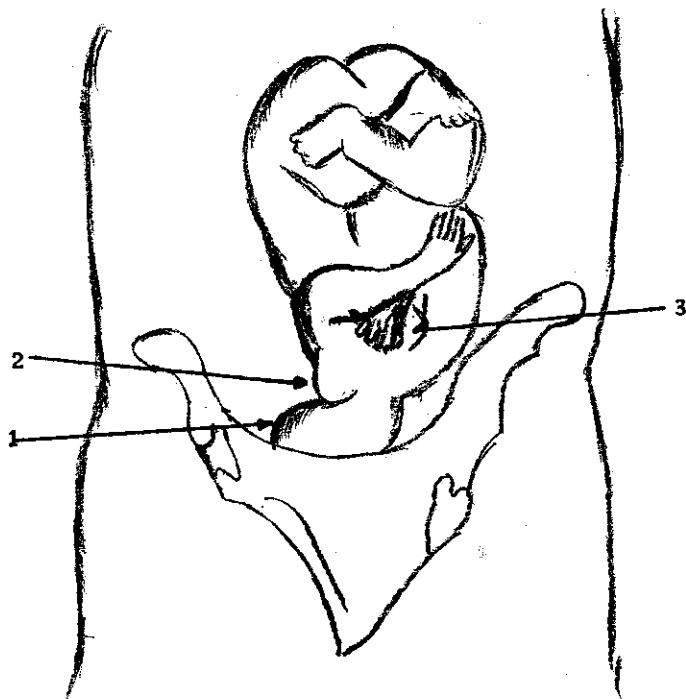
Figura No. 3

Caso No. 5

Paciente I.Y.T.R., de 17 años de edad, unida, primigesta, ingresa el 10-X-73, con embarazo de 37 semanas por UR y AU; hipoplasia vaginal, feto vivo y trabajo de parto. Refiere que desde los 15 años de edad viene padeciendo de dolor abdominal tipo cólico, el cual se ha exacerbado desde hace 1 mes, notando aparecimiento de masa en fosa ilíaca derecha.



FIGURA No. 3.



1. - Occipucio muy prominente
2. - Escotadura característica entre la cabeza y el dorso
(golpe de hacha de Budin), y
3. - Los tonos cardíacos se oyen con más claridad del la
do en que están las ~~pequeñas~~ partes.

Estado general aceptable, útero aumentado de tamaño, FCF 130x', AU 31 cms. Genitales externos de nulípara, vagina sumamente corta. Se palpa masa que ocupa trayecto vaginal, no se logra delimitar útero. Se diagnóstica Tabique Transverso, que presenta orificio puntiforme en su parte media, debido a lo cual impide la palpación del fondo de saco y cuello uterino.

Bajo anestesia general se practicó resección de tabique vaginal y apertura de útero, sin embargo el tabique volvió a obstruirse, por lo que se decidió hacer Cesárea Segmentaria Transperitoneal obteniendo producto sexo femenino con peso de 4 lbs, apgar de 10 a los 15'. Postoperatorio sin complicaciones.

DISCUSION:

Pertenece en este caso al capítulo de malformaciones útero vaginales las cuales pueden deberse a: 1o. Defectos en el desarrollo de uno de los sistemas de Müller; 2o. falta de acercamiento y fusión en la línea media (útero didelfo); 3o. trastorno en la tunelización del cordón genital; y 4o. persistencia del tabique en cualquiera de los tres niveles (cuerpo, cuello y vagina). En nuestro caso éste último es el que nos interesa, es de mayor importancia por el hecho que este tabique se encuentra en sentido transversal, siendo el más frecuente el tabique en el sentido longitudinal. Esta es una malformación tardía que aparece alrededor del 4o. mes. Una probabilidad que debe tenerse en cuenta es la implantación de la placenta en el tabique, originando en ocasiones adherencias anormales o aún acretismo. En esta paciente no hubo adherencias.

Figura No. 4

Caso No. 6

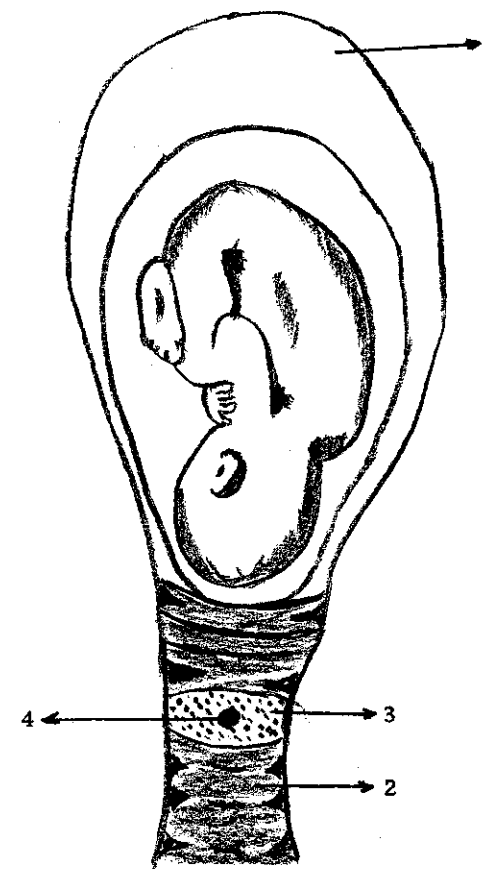
Paciente J.V.R., unida, secundigesta, hijos vivos ninguno, originaria y residente en esta capital. Ingresó el 5/3/75, con trabajo de parto activo, embarazo de 32 s x Au, FCF 140x', situación transversa, con procidencia de cordón y procidencia de miembro superior izquierdo, en vista de lo anterior se decide resolver embarazo por vía alta. Previa anestesia raquídea se efectúa CST, con alumbramiento artificial dificultoso sumamente friable, con vesículas en área que parece ser cuello, de más o menos 3 cm de diámetro, por lo que se procede a tomar biopsia, la cual es reportada así: MAC: El espécimen consiste en 2 fragmentos de tejido previamente fijados en formalina que miden 1 x 0.8 y 0.5 cm respectivamente, uno es de consistencia gelatinosa semitraslúcida. Cuatro secciones. Especimen en completo embebido.

MIC: El estudio histológico revela biopsia de cuello uterino encontrándose unión escamo-columnar en el musino. Puede apreciarse que hay foco de carcinoma epidermoide in situ el cual tiene ocasional penetración glandular. Las láminas estudiadas en el corte de congelación eran más demostrativas, que las láminas permanentes en parafina, también se observa reacción inflamatoria severa.

DIAGNOSTICO: Biopsia de cuello uterino: CA IN SITU.

Postoperatorio se complicó con fiebre y loquios sumamente fétidos, por lo que se pensó en una endometritis secundaria a un alumbramiento incompleto, en vista de ello se practicó legrado encontrándose dehiscencia de herida operatoria, por lo que hace laparatomía exploradora e histerec-

FIGURA No. 4.

UTERO TABICADO

- 1.- Utero grávido
- 2.- Vagina
- 3.- Tabique
- 4.- Agujero puntiforme.

tomía abdominal total, con salpingooferectomía bilateral. Se encontró proceso neoplásico invasivo. Se obtuvo producto muerto con las siguientes anomalías congénitas: a) agenesia esofágica, b) hipoplasia renal, c) un ventrículo, d) una suprarrenal, e) ano imperforado y f) pseudohemafroditismo.

DISCUSION

Inicialmente diremos algo con respecto a su frecuencia, la cual es diferente según la experiencia de las maternidades (incluyendo control de papanicolau y seguimiento de las pacientes). Así tenemos: un caso cada 23,670 embarazos (0.004%) o de los centros oncológicos, 2.26% sobre 1,237 carcinomas cervicales. En el Instituto de Radium Hemmet, la frecuencia es de 3.33%.

En términos generales, el porcentaje del carcinoma es bajo en la época de mayor fertilidad genital. La edad media de carcinoma-embarazo ha sido de 48.3 años.

En cuanto al pronóstico, se ve agravado en el retardo del diagnóstico. Lo agrava aún más la resolución de la gravidez por vía vaginal (parto o aborto), ya que va a favorecer muchísimo la extensión y propagación de la lesión. Su tratamiento como principio fundamental es prescribirlo como si no fuera embarazo.

La asociación de Ca de cuello uterino y embarazo está lejos de ser una excepción aunque por desgracia no se piensa lo suficiente en esa posibilidad. De error deriva la poca atención que se presta al cuello de las gestantes; es relativamente frecuente comprobar que éstas cursan todo su

embarazo y puerperio sin el más sencillo examen cervical; en parte porque persiste todavía el equívoco de que la habitual y relativa juventud de la embarazada hace remota la posibilidad de un carcinoma.

Un sector de médicos felizmente cada día menos numeroso cree aún en la inconveniencia y el peligro del examen con el espéculo e incluso del tacto vaginal en las embarazadas sobre todo en presencia de síntomas locales (metrorragia en primer término) y con el diagnóstico presente de amenaza de aborto o placenta previa. Muchas embarazadas afectadas de Ca. cervical se vieron privadas por ignorancia de su diagnóstico oportuno.

Las conocidas modificaciones que el embarazo determina en el cuello uterino suele dificultar en cierta medida el diagnóstico, el cual es posible realizar a pesar de ello en la mayoría de los casos.

El examen del cuello en la embarazada puede y debe hacerse como en cualquier paciente considerando por supuesto las particulares condiciones del estado grávido y la necesidad de limitar al mismo cierto tipo de biopsia.

El tratamiento será de acuerdo a las características y el juicio del colposcopista y el anátomo-patólogo cuando se confirma histológicamente el Ca. intraepitelial, por lo general debe esperarse hasta después del parto para su tratamiento, pero con el control riguroso de su evolución durante el embarazo; conviene realizar nuevas biopsias de las zonas sospechosas al octavo mes, puesto que la comprobación de la invasión carcinomatosa modifica la conducta, evitándose el parto por vía natural y decidirse en cambio -

por la operación cesárea e histerectomía ampliada inmediata.

El Ca. invasor durante el embarazo se trata siempre - que se den las condiciones que exigen quirúrgicamente por esta conducta según el siguiente esquema:

- 1.- Durante el primer trimestre: colpoanexohisterectomía total ampliada con linfadenectomía sin tener en cuenta el embarazo.
- 2.- En los últimos meses con feto viable, operación cesárea antes de iniciarse el trabajo de parto y colpoanexohisterectomía ampliada con linfadenectomía inmediata.
- 3.- En el segundo trimestre la decisión suele ser difícil: - operación inmediata como en el primer trimestre o esperar la viabilidad fetal. Deben valorarse distintos factores entre los que el interés por el hijo desempeña un papel importante.

Otros autores esquematizan el tratamiento así:

Feto no viable: Tratamiento igual que para el carcinoma - en paciente no embarazada.

Casos operables: Histerectomía amplia o radial según el caso.

Casos inoperables: Curie y Roentgenoterapia. Se iniciará - radiación intravaginal e intracervical - que provocará el aborto, luego aplicación intraútero.

Hay ciertos casos que dependerán de lo cercano, de la viabilidad y el deseo del hijo para determinar el tratamiento.

Feto viable: Casos operables: Cesárea-histerectomía
Casos inoperables: Cesárea seguida de dueterapia luego Roentgenoterapia.

Vale la pena hacer mención en este caso que debido a la dilatación completa con el normal acortamiento de la fibra muscular uterina en el momento de la cesárea, quien procedió a efectuarla cometió el error de extraer el producto mediante incisión de la pared anterior de la vagina, en lugar del segmento uterino. Además lo que inicialmente los confundió con vesículas del segmento, esto se comprobó posteriormente al momento de la histerectomía.

Para terminar diremos que:

El carcinoma del cuello uterino ocupa el tercer lugar en importancia entre los cánceres de la mujer.

Que le corresponden, aproximadamente el 10% de las muertes en cáncer en mujeres.

Que puede ocurrir a cualquier edad, y que los factores más influyentes en su aparición son:

- Edad del primer coito
- Frecuencia del coito
- Número de compañeros sexuales
- Higiene personal del cónyuge

Parto y el traumatismo concomitante con el mismo.

Caso No. 7

Paciente M.E.M.R., de 31 años de edad, unida, originaria y residente de esta capital, ingresa 9/11/75, con embarazo de 38s por A.U, gestas 10, partos 4, abortos 4, cesáreas 1. Refiere que el día de hoy inició trabajo de parto activo, cuadro acompañado de dolor tipo cólico de instalación rápida en flanco y fosa ilíaca derecha. Como antecedentes de importancia tenemos dos papanicolau, los cuales resultaron positivos y una biopsia del 15 de octubre de 1974, la cual es reportada así:

Macroscópicamente: Fijado en formalina se recibe pieza - de 15 cm de long. dura, de color marcado con punteado café oscuro, se somete material a estudio histológico.

Microscópicamente: Secciones de cuello uterino muestra - una cervicitis crónica glandular, con metaplasia escamosa.

Diagnóstico: Carcinoma Epidermoide.

En vista de lo anterior se efectúa CST por cáncer del cuello uterino y cesárea anterior. Obteniéndose producto sexo femenino, con 7 libras de peso, con apgar 10 a los 5'. Postoperatorio sin complicaciones.

DISCUSION: (Véase discusión del caso anterior)

Caso No. 8

Paciente R.P.X. de 18 años de edad, unida, primigesta ingresa 28/V/73, con embarazo de 34s x UR y adormecimiento de miembros inferiores de 5 días de evolución. Refiere que al estarse bañando, principió a sentir "calambre" de ambas piernas, no aumentado ni disminuido de intensidad el cual le imposibilitó la marcha súbitamente.

El estado general de la paciente es aceptable, sin molestias graves aparentes. Se encontró útero aumentado de tamaño, con una FCF de 140x¹, presentación cefálica, posición izquierda, cuello formado sin dilatación. Neurológicamente no hay control de esfínteres, falta de estímulos en miembros inferiores con pérdida de la sensibilidad y movimientos voluntarios, miembros superiores normales, ausencia de reflejos.

Anestesiología sugiere inducirla por lo que se procedió; sin embargo se suspende inducción por polisistolia y tetania. En vista de lo anterior obstetra y neurólogo consideraron efectuar cesárea segmentaria trasperitoneal y lamiectomía a la vez. Obteniéndose así producto masculino, con buen apgar, peso 6.4 lbs; postoperatorio sin complicaciones.

Se tomó biopsia la cual es reportada así: "Se recibe pieza de ligamento amarillo. Descripción MAC: fijados en formalina se reciben dos pequeños fragmentos uno de los cuales mide 1 cm de diámetro de consistencia blanda y bordes irregulares. MIC: sección de ligamento amarillo revela hipertrofia. DX: LIGAMENTO AMARILLO HIPERTROFICO"

Dr. H.F. Castro.

DISCUSION:

Un método práctico y cómodo de enfocar estos trastornos es el de considerar el síntoma o signo primarios con que se presenta el caso. Muchas veces esto proporciona una clave valiosa respecto a la localización de la enfermedad. Una historia cuidadosa puede constituir el 90% el diagnóstico neurológico. Tiene importancia la revisión sistemática detallada ya que muchas enfermedades generalizadas van acompañadas de manifestaciones neurológicas, de igual modo es esencial una minuciosa historia familiar, porque muchas enfermedades heredofamiliares afectan el sistema nervioso.

Las enfermedades de la medula espinal causan trastornos de la marcha debidos a lesiones del tracto corticoespinal y de los cordones posteriores (sensación propioceptiva). También puede haber trastornos de la sensibilidad cutánea, tal como aparecen en el dolor referido a una área inervada por un segmento particular de la medula espinal, o en la pérdida de la sensación de tacto, dolor y temperatura. La función de la vejiga y el intestino también puede estar alterada. Los tumores de la medula espinal tienen importancia fundamental, lo mismo que otras lesiones compresivas o las enfermedades intrínsecas de la medula espinal. Las radiografías ordinarias de la columna vertebral pueden revelar anomalía, pero corrientemente la información definitiva la proporciona la mielografía.

Este es un caso derivado de lesión de tejidos blandos de la columna vertebral, donde existe una transmisión anormal de los impulsos nerviosos sobre los órganos pelvianos, corrobora lo anterior la falta de sensibilidad de la pacien-

te desde la 5a. dorsal hacia abajo y además la falta del control de esfínteres, por lo que se le practicó operación cesárea.

Caso No. 9

Paciente J.H.O.S. de 31 años de edad, unida, primigesta, que ingresó el 13/IV/73 referida por oftalmólogo con un embarazo de 40s por UR para efectuar cesárea electiva por desprendimiento de retina de ojo izquierdo. Refiere ella que hace 6 años sufrió desprendimiento de retina de ojo derecho, siendo sometida a operación por especialista, sin embargo no recuperó la visión. Tres años después principió con molestias en el ojo izquierdo, consultó con su especialista quién la operó y no fue sino hasta seis meses después recuperó la visión, previa colocación de lentes de contacto.

DISCUSION:

Desprendimiento de retina es la separación parcial o total de la retina de la coroides. El desprendimiento es parcial al principio, pero sino se trata llega a ser completo. Este proceso se produce con máxima frecuencia en los miopes, especialmente en los que tienen unas -5 a -8 dioptrías, pero también se origina después de traumatismo. Ocasionalmente puede desarrollarse tras el uso de mióticos muy potentes, cicatrices coroidales con adelgazamiento de la pared, o contracción de bandas del humor vítreo.

El enfermo percibe destellos de luz (estrellas) seguidos de sensación de moverse una cortina a través del ojo. La

extensión de la pérdida visual depende de la localización geográfica del desprendimiento. La oftalmoscopia revela irregularidades en la retina, pliegues, desgarros y vasos sanguíneos ennegrecidos. Es preciso excluir los tumores coroidales, aunque éstos son raros si se ven desgarros retinianos.

En el caso que nos interesa se practicó cesárea segmentaria trasperitoneal, evitando así la presión intracraneana, principalmente en el período expulsivo, de esta manera se conservó la visión del ojo izquierdo.

Caso No. 10

Paciente A.M.V.A. de 19 años de edad, unida, primigesta, ingresa el 12/II/75, con trabajo de parto activo y embarazo de 40s por AU y UR, dolores se iniciaron a las 9 horas.

Como antecedente quirúrgico de importancia: Se le efectuó vulvotomía por papilomatosis gigante, quedando periné rígido.

Estado general aceptable, signos vitales normales, útero ocupado por embarazo simple en presentación cefálica, posición izquierda; FCF 140x1, cuello dos centímetros de dilatación, altitud -1, espinas prominentes.

Se observa cicatriz operatoria anterior, por resección de condiloma, tejidos no elásticos a ese nivel (ver gráfica adjunta).

Se efectuó CST por cirugía vulvar previa, que dificultó

ta la elasticidad perineal; obteniéndose feto de sexo masculino, con peso de 7.3 libras y apgar de 8 a los 5'. Su evolución postoperatoria se complicó con una endometritis, la cual respondió a tratamiento, dándosele egreso.

Informe de patología fue reportado así: (17/XI/70). - Pieza a examinar: condilomatosis vulvar. MAC: Fijado en formalina se recibe tejido de 10x8cm de diámetro, de coloración grisácea, con áreas necróticas y superficie granulada, que corresponde a la piel de la región vulvar y que sugiere condilomatosis; los fragmentos se someten a estudio histológico. MIC: Secciones de vulva revelan condilomas acuminados múltiples con reacción inflamatoria. Dx: Vulva: Vulvectomía simple, Condiloma acuminado múltiple.

DISCUSION

Las verrugas son extraordinariamente frecuentes, se hallan distribuidas por todo el mundo y afectan por igual a ambos sexos y a todas las edades. Se observa una frecuencia máxima entre los 10 y los 20 años.

Las verrugas son autoinoculables según lo ha demostrado la transmisión por el beso, las lesiones satélites y las nuevas, a lo largo de líneas de rascado y a nivel de verrugas viejas.

Son de diversos tipos morfológicos:

- 1.- Verrugas sésiles o comunes
- 2.- Verrugas filiformes
- 3.- Verrugas plantares
- 4.- Verrugas planas

5.- Verrugas húmedas o condilomas acuminados

En el caso que nos interesa (papilomatosis vulvar), pueden ser de dos tipos: El papiloma común de la piel suele originarse en los labios mayores o en el Monte de Venus hallase cubierto por piel aparentemente sana, se encuentra habitualmente sostenido por un corto pedículo y no se ulcera casi nunca.

El otro tipo es el condiloma acuminado característico de la vulva, la piel perianal y algunas veces la vagina. La humedad vaginal favorece su desarrollo. No debe procederse a extirparlos en el caso de embarazo, período en el cual crecen con mayor rapidez; las tumoraciones muy grandes requieren una operación cesárea como en este caso. Para prevenirse de cualquier recurrencia deberá atenderse cualquier tipo de flujo vaginal en el caso que exista.

En relación a las indicaciones maternas de cesárea se encuentra la cirugía a nivel de la pared anterior, posterior y toda aquella que haya provocado fibrosis severa capaz de obstruir el tracto vaginal. Como se observa en la gráfica adjunta.

Figura No. 5

Foto No. 2

VIII. RECOMENDACIONES

- 1.- Crear un archivo interno en la sección de Obstetricia de todos los hospitales, con el fin de hacer una mejor recopilación, de estos casos excepcionales.
- 2.- Seguir a estas pacientes con el objeto de saber su evolución definitiva, no importando el lugar de residencia.
- 3.- Hacer publicaciones de estos casos de los cuales hay pocos reportados en la literatura mundial.
- 4.- Recurrir definitivamente a medios y métodos especializados para mejores y nuevos diagnósticos en Obstetricia; es decir debe existir una relación entre Médico Especialista y Obstetra.
- 5.- Tratar de obtener una mejor impresión clínica, con historia completa haciendo énfasis en los antecedentes referidos por la paciente y su asociación con el embarazo actual.

CONDILOMA ACUMINADO EN VULVA Y
REGION PERINEAL.

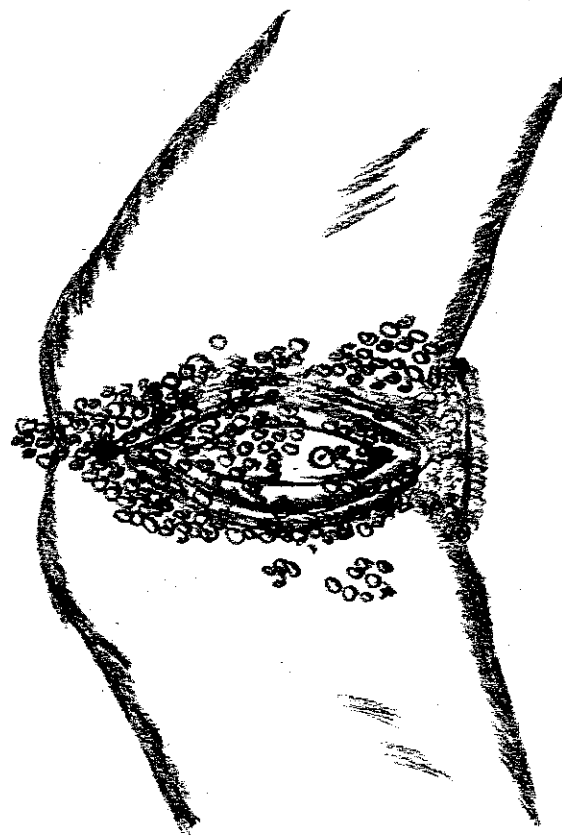
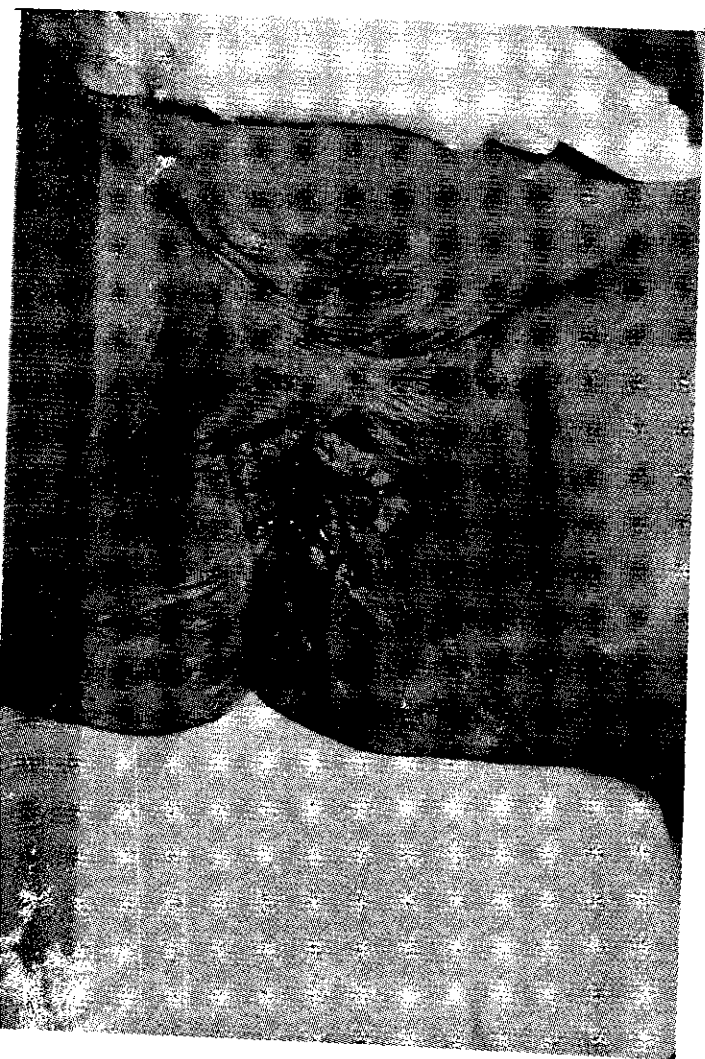


FIGURA No. 5



IX. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Archivos clínicos de registros médicos del Hospital - General "San Juan de Dios".
- 2.- Benson Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. 2da edición, Mexico, Ed. Manual Moderno. 1969. pp 551-555.
- 3.- Díaz J Fernando. Tesis: Operación cesárea abdominal, Guatemala. Agosto 1927. pp 11-16.
- 4.- Josep J. Rowinsky. Medical, Surgical and Gynecologic Complications of Pregnancy. Second edition, USA, - 1960. pp 217-232.
- 5.- Lagruta José. Cáncer del cuello uterino. Buenos Aires, ed. centroamericana, 1965. pp 226-232.
- 6.- Morages Bernat Jaime. Clínica Obstétrica. 8va. ed. Buenos Aires, ed. Ateneo, 1960. pp. 125-138, 355-359.
- 7.- Ruiz Velasco Víctor. La operación cesárea. 1ra. ed. México, 1971. pp 162-183.
- 8.- Schwarcz Ricardo. Obstetricia. 3ra ed. Buenos Aires. El Ateneo, 1970. pp 864-868.

- 9.- Te Linde Richard W. Ginecología operatoria. 3ra ed. Buenos Aires, ed. Bernades, S.A. 1966. pp 770-772.
- 10.- Williams. Obstetricia. 1ra ed. México, ed Salvat. - 1973. pp 358-360.

BR. VICTOR SAMUEL OLIVA AGUILAR

DR. VICTOR HUGO GONZALEZ
Asesor.

DR. HOMERO I. DE LEON
Revisor.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ
Director de Fase III.

DR. MARIANO GUERRERO ROJAS
Secretario General

Vo. Bo.

DR. CARLOS ARMANDO SOTO GOMEZ
Decano.