

Un caso de cesárea por antigua coxalgia

por

Miguel S. Salarich

Tocólogo agregado a la Obra Maternal del Instituto de la Mujer que Trabaja

El caso clínico que vamos a estudiar, a pesar de no incluir caracteres propios de una gran patología obstétrica, presenta algunos puntos de consideración clínica y técnicos, dignos de especiales comentarios.

Historia clínica.—D. A. Primigrávida de 21 años. La vemos por primera vez el día 2 de agosto del presente año. La exploración general nos muestra una anquilosis de la articulación coxo-femoral izquierda, debida a un antiguo proceso coxálgico que apareció a los 6 años. Las características de esta deformidad son las siguientes: muslo en flexión acentuada y en adducción con completa anquilosis de la articulación de la cadera. La longitud del expresado muslo es de unos 10 a 12 cms. más corto que el otro. La pierna del mismo lado más delgada. Esta enferma anda con gran dificultad, pero con ayuda de un zapato especial de gruesa suela a fin de corregir el acortamiento, debido doblemente al propio del muslo afecto y al producido por la flexión del mismo.

Al andar se observa una pronunciada depresión lumbar de compensación que desaparece en decúbito dorsal, es decir, al ceder la posición forzada de deambulación. No existe malformación raquídea alguna, ni presenta historia ni secuelas de supuraciones locales.

La exploración externa de la pelvis no demuestra ninguna inclinación lateral estando la enferma acostada. Los diámetros externos dan las siguientes cifras: biespinoso, 27 cms.; bisiliaco, 25 cm.; bitrocantéreo, 29 cms.; de Baudeloque, 18 cms. Al andar en bipedestación, aparte la deformación estática anteroposterior debida a la ya citada lordosis lumbar de compen-

sación, presenta una inclinación lateral de arriba abajo y de derecha a izquierda.

A la exploración interna, ninguna deformación pélvica. El promontorio no es accesible (cabe contar con la dificultad de practicar una perfecta exploración debida a la adducción del miembro enfermo). Los dos lados de la excavación son normalmente amplios; el arco pubiano igualmente normal. Sin asimetría.

Ninguna otra enfermedad en sus antecedentes. Reglas de tipo normal.

Obstétricamente observamos: gestación en el 8.º mes (última menstruación el 16-12-32). Anteversión uterina; este detalle obliga a que la medición de la altura uterina sea superior a la normal en la correspondiente época del embarazo (33 cms.). Feto con tendencia a la transversal; el polo cefálico alojado completamente en la fosa iliaca izquierda.

El útero presenta además un mayor desarrollo en el lado derecho, debido posiblemente a la ya dicha posición fetal. Latido cardíaco positivo.

La vulva presenta una dirección ligeramente oblicua de izquierda a derecha. El vientre de la enferma, grávido y péndulo, y el muslo anquilosado en flexión llegan a tocarse cuando la enferma está de pie.

Los intentos de versión externa del feto son inútiles. Recomendamos el empleo de una faja abdominal y el decúbito lateral izquierdo.

El día 30 del mismo mes han aumentado estos caracteres. La anteversión de la viscera hace medir 40 cms. de altura uterina. La presión que el muslo enfermo imprime a la cara anterolateral uterina, marca sobre ésta un aplanaamiento, que contrasta con el abultamiento del lado opuesto. La cabeza fetal continúa en el mismo sitio.

Comentarios clínicos

¿Cómo evolucionará el parto en esta enferma coxálgica?

En primer lugar, la posición fetal, si ésta no se corrige, constituye una imposibilidad a la solución espontánea. La corrección de esta mala presentación, está dificultada por la deformidad pélvica relativa en ciertas posiciones maternas, por la disforme estática del útero y aun por la viciosa del canal vulgo-vaginal.

Por estas razones, debemos alejar la posibilidad de un parto espontáneo. En esas condiciones, debemos estudiar cuál es la mejor solución operatoria obstétrica.

Es verdad que, partidarios en todos los casos de trastornos óseos, de la prueba del parto, no podemos dar, hasta ver el comportamiento del mismo, una orientación decisiva. Las características del trabajo pueden hacer variar los previos propósitos de la manera más amplia. En nuestra decisión definitiva pueden entrar en discusión todas las características obstétricas del caso, en primer término, y en otro no lejano, algunas consideraciones para-técnicas de no menor importancia.

La espontaneidad del caso, no probable, no es, empero, un hecho imposible. La solución en caso de distocia puede variar opuestamente según el momento y la evolución del trabajo.

A pesar de todo, preferimos hacer algún comentario orientador.

La vía vaginal nos ofrece en este caso una seguridad relativa. Aun creyendo que no se trata de un feto voluminoso, por la razón expuesta (a pesar de una medición de 40 cms.), se nos ofrece llena de dificultades debido al trastorno ósteo-articular de la enferma, que ha anquilosado su extremidad inferior de tal forma, que casi podríamos decir obstruye el acceso al canal del parto; si bien no, tal vez, a la entraña

de la mano o brazo, sí, en cambio, a la introducción de instrumentos (forceps) y dificultaría enormemente toda intervención que tuviera que practicarse sobre el cuello uterino. Este es el hecho más importante a tener en cuenta. Más que la deformación pélvica que pudiera existir, el obstáculo producido por el miembro fijo, es el factor que seriamente compromete la vía vaginal.

En la publicación de un caso parecido de coxalgia (Anals del I. Policlínic, diciembre de 1931), que hemos tenido ocasión de convivir, perteneciente al Dr. S. DEXEUS FONT, se insiste sobre este punto como la razón más poderosa e influyente en la decisión de la solución del caso por vía abdominal, aparte, naturalmente, de otras razones, sobre las cuales hablamos también en el presente comentario.

Por otra parte, la colocación fetal nos dice ya, desde ahora, que una aplicación de forceps no será posiblemente factible. Sin duda se tendrá que recorrer a una versión interna; que de poderse practicar, si las condiciones de tonicidad uterina y volumen fetal son favorables, la extracción podría ser particularmente laboriosa, y en este caso especial una ampliación pelviana de urgencia, aparte no solucionar dicha dificultad, la consideramos contraindicada por poderosas razones.

Estas son: la posibilidad de despertar un proceso tuberculoso apagado, y más aún el trastorno que puede representar en una enferma de deambulacion imperfecta el peligro de aumentar esta dificultad por el hecho de una sección articular u ósea.

La vía abdominal es la que tal vez nos aleja más de posibles complicaciones ulteriores. Rodeada la enferma de las condiciones de rigurosa asepsia en la conducción del parto, nos puede dar máximas garantías.

Analizaremos más adelante este punto.

Hemos de notar que las condiciones intrínsecas del parto pueden reformar la indicación.

Evolución del parto.—El día 2 de septiembre, rotura espontánea de la bolsa de aguas a las 8 horas. Inmediatamente pequeños dolores que van sucediéndose de poca intensidad. A primera hora de la tarde las contracciones se hacen más intensas y frecuentes. El feto ha reducido un poco su oblicuidad, colocándose más longitudinalmente; no obstante, la cabeza fetal ocupa aún la fosa iliaca. Corazón fetal rítmico. Sin ninguna exploración.

A las 17 horas intervención.—Raquianestesia entre 12 v. d. y 1.^a v. l. con 0'10 grs. de novocaina. Ligeró Trendelenburg a los 5'. Perfecta anestesia. Sin ningún vómito durante ni después de la intervención.

Laparatomía media; ésta presenta ligeras dificultades de técnica; el operador debe colocarse a la derecha de la enferma, pues la posición del muslo flexionado impide hacerlo en el sitio correspondiente. No puede colocarse la muslera por no sostenerla la extremidad inferior.

Puesto el útero al descubierto, disección del peritoneo visceral e incisión del segmento inferior transversal; incisión de unos 10 centímetros. Formando palanca con la mano introducida en la brecha, extracción de la cabeza fetal y resto del feto. Extracción manual de la placenta. 3 c. c. de hipofisina inyectados en el músculo uterino proporcionan una contracción persistente. Sutura de la incisión uterina. Idem del peritoneo por encima de la incisión. Cierre de la cavidad por planos.

Feto vivo, de unos 3.300 gramos aproximadamente.

Existe buen drenaje loquial.

Curso postoperatorio: normal. En el tercer día de puerperio síntomas bronquiales producen una elevación térmica a 38'5°, que desciende el día siguiente. Lactancia materna. Vacuna Calmette. (Esta intervención tuvo lugar en la Clínica particular del Hospital de Santa Cruz de Vich.)

Comentarios técnicos.

Ya hemos hablado, en parte, al estudiar la clínica de la distocia.

El hecho de la rotura prematura de las

membranas obliga a una solución más o menos precoz, mayormente cuando el análisis de las indicaciones de las posibles intervenciones nos hacía prever mejores garantías hacia una solución abdominal del caso.

La presentación no longitudinal del feto, nos hacía vislumbrar estéril toda tentativa de expectación, en espera de encontrar una solución más benigna. Por otra parte, ésta podía ser causa de graves contrariedades fetales (procidencias).

Eliminada ya la vía vaginal por este hecho, y por la patología general de la enferma, la intervención cesárea podía practicarse precozmente. Ante ella, la expectación, no proporcionaría mayor benignidad; después de 8 a 9 horas de contracciones aunque débiles y espaciadas, ya podía existir una dilatación suficiente para asegurar el drenaje loquial y la formación suficiente del segmento inferior para poder practicar una cesárea suprasinfisaria, caso de recorrer a una incisión longitudinal-segmentaria. Por otra parte, a pesar de no haber practicado ninguna exploración vaginal durante el trabajo de parto, aumentar el número de horas transecurridas de huevo abierto era exponer a la enferma a una posible complicación infectiva.

Temíamos, empero, que la posición del muslo anquilosado en flexión, podría dificultar seriamente la técnica segmentaria y nos obligaría tal vez a recorrer a una histerotomía corporeal. Esta no es de nuestra preferencia, por las razones generales de la técnica cesárea, que hace que la tengamos abandonada en absoluto.

Con muy ligeras dificultades, pudimos practicar el despegamiento del peritoneo visceral y hacer recaer la incisión sobre el segmento inferior. Este no era muy extenso; una incisión longitudinal no habría dado bastante campo para la extracción fetal; habríamos tenido que prolongarla

necesariamente sobre el cuerpo con las desagradables consecuencias de una cesárea clásica y sin las ventajas de la incisión segmentaria.

Por esto preferimos la incisión segmentaria transversal—que nos dió perfecto resultado—aparte de otras razones de índole técnica que no son del caso estudiar aquí, y que hacen que desde un tiempo a esta parte, la utilizemos sistemáticamente.

El porvenir obstétrico de esta enfermedad se ve indiscutiblemente comprometido por la lesión-articular que ha obligado a la solución estudiada. Es posible que una mejor presentación fetal con otras características de la evolución del parto podrían hacer esperar un desenlace más eutóico; pero es más probable todavía, que la persistencia de la lesión causal obligue en otras gestaciones a una semejante solución.

RESUM

Embarassada primípara, amb una anquilosis coxo-femoral per antiga coxalgia que manté la cuixa esquerra en flexió i adducció marcades. Presentació del feto transversal irreductible, úter en anteversió fins a apoiarse sobre la cuixa flexionada i desviat de dreta a esquerra. Canal vulvo-vaginal també oblicu. Per totes aquestes condicions, a part les inherents

al treball del part en si, no cregueren indicada una intervenció per via vaginal, recurrent a una cesàrea segmentària transversal, afb doble bon resultat.

RÉSUMÉ

Une première grossesse avec une ankylose coxo-fémorale à cause d'une ancienne coxalgie, laquelle maintient la cuisse gauche en flexion et adduction très marquées. Le fœtus en présentation transversale irréductible, l'utérus en anteversion jusqu'à s'appuyer sur la cuisse en flexion et dévié de droite à gauche. Le canal vulvo-vaginal est aussi oblique. A cause de toutes ces conditions on n'a pas crû indiqué une intervention vaginale. Une césarienne transversale segmentaire a été faite avec tout succès.

SUMMARY

A first pregnancy with a coxo-femoral ankylosis, resulting from a coxalgia; this ankylosis keeps the left thigh in market flexion & adduction. The presentation of the fœtus is irréductible transversal, the uterus in anteversion resting on the thigh in flexion, deviated from right to left. The vulvo-vaginal canal is also oblique. Because of the se conditions it was thought that a vaginal intervention was not indicator & a transversal segmentary Caesarean was made with all succes.