

Trabajo de la Clínica Maternal de Sta. Madrona. - Servicio Dr. S. Dexeus Font

Un caso de vía vaginal consecutiva a cesárea segmentaria

por

M. Terán Valls

E. L. 1 parto 21/a., año 1927. Primeros dolores día 24 a las 10 horas, dolores de encajamiento. A las 19 h. del 27, cabeza fetal alta, dilatación 6 ctms.

Se resuelve esperar. día 28, a las 3 horas es trasladada a clínica. Vértice OIII, fijado, dilatación 8 ctms. No hay exteriormente signos de hipertonia uterina. Se decide la intervención por vía baja. Raqui 0,12 novocaína. Se acaba manualmente la dilatación y en este momento se rompe la bolsa saliendo un par de cucharadas de agua. Forceps correctamente aplicado en O.I.I.I., intentos de flexión y descenso. Fracaso. Se cree entonces factible una versión, pero la mano encuentra insospechadamente un anillo de contracción a nivel del cuello fetal que no ha cedido a la raqui ni desaparece con las maniobras (perfectamente indoloras). Aprovechando la anestesia, cesárea suprasinfisaria. Es interesante recordar: 1.º Despegada la hoja vesico-uterina el segmento inferior aparece como una bolsa flácida sin tonicidad alguna. 2.º Segmento inferior de paredes tan delgadas que, a pesar de incidir con el mayor cuidado, no obstante se provoca con el bisturí un pequeño corte lineal en

región malar del feto. 3.º La extracción fetal se hace con forceps. Siendo laboriosa se prolonga la incisión hacia arriba hasta que se encuentra la resistencia del anillo de contracción.

Puerperio excelente. Estado general espléndido. Se levanta a los 6 días. Lactancia materna. Peso del feto, 3.500 gramos.

2.ª Parto. Marzo, 1935. Ingresa en clínica el día 10. Toda la noche con intensas contracciones. A las 9 h. del 11 se le administra spasmalgine (1 ctm.). Contracciones iguales. Una hora más tarde dolores algo calmados. A las 10 h. se rompe artificialmente la bolsa. Líquido teñido de meconio, Pituigan (1 ctm.). Las contracciones son fuertes, pero la cabeza no baja. A las 11,30 intervención por sufrimiento fetal, después de: 10,30 horas de contracciones, 1 hora bolsa rota. Vertex O.I.I.A. entre 1.º y 2.º plano dilatación 7 ctms. Temperatura y pulso normal. 1 tacto vaginal. Pelvis justa. Feto (se han apreciado faltas en el latido cardíaco).

Aplicación de forceps de Kielland. La euchara anterior aplicada con mucha prudencia, entra y rueda. La posterior no se coloca hasta que se hace entrar por el

ángulo lateral posterior derecho. La cabeza no rueda. Posición en I.A. Notando cierta resistencia al desplazamiento de la cabeza fetal, preferimos intentar nueva presa del Kielland. Idéntico resultado para el forceps, pero la cabeza se desplaza más fácilmente ahora y aprovechamos este momento para la versión practicando episiotomía profiláctica. Ninguna dificultad hasta llegar al Mauriceau. Dicha maniobra logra abarcar la boca y descenderla, pero no se consigue el desprendimiento de la cabeza. Sinfisiotomía. El bisturí penetra en la articulación por la parte superior. Secciona algunas fibras de la parte alta, pero tropieza con rugosidades en la parte media que no permiten la sección total. Repetidos intentos sin resultado. Nuevo Mauriceau enérgico consigue la extracción total. Pituitaria endovenosa (5 unidades). Alumbramiento a los 2 minutos y sin pérdida.

Pequeño desgarró cervical derecho lateralizado, de 1 cm. de largo, que no sangra.

El tacto endo-uterino aprecia el segmento inferior muy distendido. Más arriba la existencia de dos anillos de Bandl.

Puerperio apirético. Alta, a los 10 días. Lactancia materna, Peso fetal, 3.150 grs.

De la presente historia obstétrica, si bien son muchas las consecuencias que se deducen, nuestra intención es poner de manifiesto exclusivamente la característica más saliente: nos referimos a la evolución del parto, relacionado a una primera histérotomía abdominal.

Añadimos este, a la lista de los numerosos casos publicados, referentes al parto vaginal consecutivo a una cesarea.

Notoriamente, en todas las observaciones descritas, el éxito alcanza a la cesarea cuando ésta ha sido efectuada sobre el segmento inferior. Y gracias a los resultados

obtenidos "a posteriori", el criterio hoy día es unánime al aceptar dicha región uterina como única y exclusiva, siempre que se realice el parto por vía abdominal.

No cabe dudar al afirmar que, la excelencia de dicha técnica lleva consigo la proscripción de la cesarea clásica, sólo en uso hoy día en aquellos ambientes cuyo único afán estriba en la consecución de un éxito inmediato con el empleo de una técnica sencilla.

Nos alejamos de este concepto obstétrico, demasiado fácil y excesivamente egoísta.

La participación activa en el gran problema de la maternidad atañe al tocólogo y por tanto a él incumbe el porvenir obstétrico de la mujer. Atento por consiguiente al mañana de toda madre primitivamente cesarizada, su misión consiste en la vigilancia y mejoramiento, en lo posible, de sus nuevas maternidades.

En este sentido, la cesarea segmentaria ha abierto nuevos horizontes y más halagüeños para aquellas mujeres, cuyo ideal de maternidad estaba siempre unido a la preocupación de un final quirúrgico de su embarazo de mayor importancia y gravedad, a medida de sus nuevas gestaciones.

Gracias a ella, y es una de sus muchas ventajas, llegado el momento de una nueva distocia, aun en aquellos casos cuyas circunstancias puedan hacer preveer dificultades de mayor o menor intensidad, podremos llevar a cabo el acto tocúrgico con el ánimo libre de intranquilidad por la suerte de la embarazada, a nosotros confiada, sea cualquiera la vía que eligiéramos.

Si los factores locales y generales nos invitan a adoptar una solución, ya sea vaginal o abdominal, la antigua eventualidad no pesará en la decisión del camino

escogido. Para la elección estimaremos en lo que vale, por ser punto capital, la precisión del diagnóstico operatorio y en cambio tendremos muy poco en cuenta el hecho de la primera distocia.

Aclaremos inmediatamente que este lenguaje hasta cierto punto despreocupado, lo empleamos únicamente al hablar de los casos que sabemos fueron puros. Comprendidos en este grupo todos aquellos que se resolvieron mediante cesarea segmentaria y cuyo puerperio fué normal. Siempre que el caso, desde un principio o bien en el curso del puerperio estuvo acompañado por complicaciones infectivas, debemos considerarlo como sospechoso y la cautela debe imponerse. No olvidaremos en estas condiciones, para decidir tal o cual técnica quirúrgica, el hecho de una antigua histerotomía abdominal.

Por supuesto también, que si la primera cesarea la determinó una causa con intensidad permanente (gran estrechez pélvica), no podremos despreciar el conocimiento de la anterior distocia en el momento de los nuevos partos, pues no habiendo variado la etiología de la distocia, ésta se nos presentaría de continuo junto con el factor, antiguo complemento más o menos gravoso, según las circunstancias y la reiteración del parto.

Sin embargo, el aspecto cambia si la histerotomía fué hecha a favor de una causa transitoria. Esta, no existiendo en el parto, y no habiendo mediado en ocasión de la cesarea ningún accidente infectivo, especialmente local, del cual podríamos temer hubiera fraguado intensa reacción adhesiva de las serosas, podemos, llegado el caso, proceder según las conveniencias del momento, sin tener que hacer de lo antiguo motivo inquietante de actualidad.

Nos interesa el conocimiento de una infección local por los cambios de posición

y fijación del utero. La provocación de un trauma uterino, en la nueva situación de la víscera, creada por las adherencias, guarda relación directa con las dificultades y la violencia de la intervención vaginal, y la resistencia de las sinequias. No es éste el único motivo que nos obliga a cuidar este detalle, el cual merece la importancia que le conferimos. Trátase de deducir hasta qué punto estas mismas adherencias han podido modificar la estructura anatómica de la capa muscular del útero, debilitándola y creando zonas muy frágiles y aptas para el traumatismo. Ante la probabilidad de esta contingencia la máxima prudencia se impone al emitir el juicio operatorio si no estamos seguros de los antecedentes infectivos de la embarazada.

El célebre aforismo americano "once section always section" debido al uso de la cesarea corporeal, aparece modificado por la segmentación, en el sentido de que limita el empleo de la cesarea iterada a los casos verdaderamente necesarios.

De ahí otra ventaja atribuible a la técnica segmentaria con empleo "standart" ya que nos permite, previo estudio de los casos encauzar la maternidad de esas mujeres por vía más semejante a la parturición normal y por tanto más en consonancia con el ideal obstétrico.

La observación presentada se ajusta a cuanto acabamos de exponer y demuestra con suficiencia las antedichas ventajas de la histerotomía segmentaria.

En la primera distocia, el hecho de haber interrumpido la vía vaginal variando el curso de la intervención, lejos de demostrar un error de diagnóstico operatorio, nos enseña el índice de precaución que debe partir en todo acto tocúrgico. Fracasado el forceps y puesta de manifiesto la hipertonía uterina por explo-

ración endo-uterina (única prueba cierta para comprobarla en toda su importancia), no cabía otra solución que la adoptada, ya que el empeño en la versión nos exponía a peligros más inminentes que los que se podían esperar de una intervención reglada.

El curso post-operatorio fué excelente y cabe hacer constar que a pesar del intento de vía vaginal, no obstante, la más leve amenaza de infección no se hizo patente en el puerperio.

No fué tanto el peligro de dicha intervención frustrada como pudo serlo el de la conducción del parto. Al fracaso vaginal siguió inmediatamente la cesarea y por consiguiente, aparte la rigurosa asepsia empleada en el intento, el tiempo transcurrido entre una y otra intervención no podía ser causa de grave infección.

Mayor interés tiene en este caso la conducción del parto durante el cual, las exploraciones de haber sido deficientes, habrían podido ser por poca escrupulosidad y tiempo transcurrido, excelente transportador de una sepsis cuyas manifestaciones no habrían pasado desapercibidas en los días siguientes a la operación, siendo el pronóstico, naturalmente, más sombrío en las circunstancias de este caso.

Inmediatamente decimos que la conducción del parto estuvo a cargo del especialista de un modo exclusivo, con lo cual quedan deshechas las suspicacias de relativa asepsia.

El detalle de este puerperio nos confirma una vez más en la obligada necesidad a que estamos sujetos en la conducción obstétrica: La asepsia.

En el segundo parto ha desaparecido la causa que impuso la cesarea. Y, al sobrevenir la distocia, teniendo en cuenta los datos excelentes del antiguo puerperio y siendo favorable el examen local y gene-

ral para una solución vaginal, no se duda en seguir otra vía.

Actualmente y como detalle de técnica, preferimos la incisión transversal del segmento inferior a la longitudinal usada en la primera intervención de esta historia.

RESUM

Es comenta la necessitat de l'ús "standart" de la cesàrea segmentària en benefici del futur obstètric de la dona primitivament cesaritzada. La via vaginal consecutiva a la c. segmentària és factible sempre i quan no s'hagués donat cap accident infectiu puerperal en ocasió del part cesàrea, quina existència faria sospitar reacció serosa en forma de sinequies que provocant canvis i zones de debilitat uterina, afavoririen el trauma en el part per via vaginal. Convé també la no existència de desproporció pèlvico-fetal irreductible.

RÉSUMÉ

L'auteur montre la nécessité de "standardiser" la césarienne segmentaire pour l'obstétrique future dans tous les cas déjà traités avec l'opération césarienne. Après la césarienne segmentaire la naissance par voie vaginale est toujours praticable s'il n'y avait pas d'infections puerpérales à l'occasion de l'opération césarienne. En cas d'infection il faut toujours soupçonner une réaction séreuse en forme de synéchies que provoquent des altérations et une débilité partielle de l'utérus favorisent par conséquent des lésions en cas de naissance par voie vaginale. Cet opération susmentionnée est seulement praticable s'il n'existe pas une disproportion irréductible entre le bassin et le fœtus.

RIASSUNTO

Ci ritiene la necessità del uso "standard" della cesarea segmentaria come un vantaggio per il futuro ostetrico della donna primitivamente cesarizzata.

La via vaginale consecutiva alla cesarea segmentaria è sempre fattibile, mentre non ci sia infezione puerperale prodotta per il parto cesareo, ciò che farebbe sospettare una reazione della serosa in forma di aderenza che provocando cambi e zone d'indebolimento uterino, favorirebbero il trauma nel parto per via vaginale.

E utile accertarsi della mancanza di una sproporzione pelvico-fetale non riducibile.

SUMMARY

The author comments upon the necessity of "standardising" in the future tocology the segmental Caesarian operation in cases in which the woman has previously undergone the simple Caesarian section. After the segmental Caesarian operation vaginal parturition is always feasible, provided there has been no puerperal infection on occasion of the Caesarian section. A former infection would give rise to suspicion of serous reaction in form of symphysis provo-

king alterations and partial debility of the uterus thus favoring injuries during the vaginal parturition. Irreducible disproportion between pelvis and fetus is a contraindication.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, in der zukünftigen Geburtshilfe den segmentären Kaiserschnitt zu "standardisieren", in Fällen, in denen die Frau früher mit dem einfachen Kaiserschnitt behandelt wurde. Nach dem segmentären Kaiserschnitt ist die vaginale Geburt immer dann möglich, wenn bei dem Kaiserschnitt keine puerperale Infektion stattgefunden hat. Bei einer Infektion muss man immer den Verdacht auf eine seröse Reaction in Gestalt von Verwachsungen haben, welche Veränderungen und teilweise Schwäche des Uterus hervorrufen und dadurch Verletzungen bei der vaginalen Geburt begünstigen. Es sollte auch kein unüberwindliches Missverhältnis zwischen Becken und Kind bei obengenannter Operation vorhanden sein.