



Hace 55 años

Absimetría pélvica*

Por el Dr. Alcibíades MARVÁN

Hace año y medio presenté a la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, una nota previa con el título de *Absimetría Pélvica* (Absis, Absidón: Arco, Metrón: Medida). Este punto de vista para el estudio de la pelvis vendría en mi concepto a ampliar el conocimiento de la forma y dimensiones pélvicas y podría ser aplicado para el pronóstico y conducta a seguir en el parto.

I. En dicha nota previa dejé asentados tres postulados que a la letra dicen:

1. *La utilización de un diámetro está subordinada a la curvatura del arco de donde parte y termina.*

2. *Un estrecho relativamente angosto puede ser franqueado sin consecuencias para el producto, cuando la cabeza fetal, ligeramente modificada en su forma y en sus dimensiones, es inmediatamente después alojada en una cavidad lo suficientemente amplia para permitir su progreso, sin una exagerada compresión intracraneana.*

3.- *Siendo sensiblemente esférica la cabeza fetal y siendo sus cortes, en sus actitudes obstétricas, sensiblemente semejantes al círculo, tanto más fácilmente se adaptará a los diferentes estrechos y segmentos pélvicos, en cuanto más se acerquen éstos a la curva de la esfera o en su corte a la curva de la circunferencia.*

II.- Desde el punto de vista radiográfico, señalé como interesantes seis arcos que denominé “fundamentales”: 1, 2, 3 y 4 correspondiendo a los cuatro

arcos que limitan los cuadrantes del estrecho superior; 5 para el arco, que en la proyección lateral da la curvatura del sacro; y 6 para el arco subpúbico tomado en condiciones de deformación constante.

III. Hice una revisión de los procedimientos matemáticos y gráficos que podrían servirnos para medir en una radiografía las proyecciones de estos “arcos fundamentales”.

IV. Considerando estos procedimientos laboriosos y poco prácticos, propuse como medio provisional, para medir los arcos, una placa transparente con círculos de radios conocidos, a la que denominé “Absímetro”.

V. De las pelvicefalometrías examinadas entonces, en el Archivo Radiográfico del Hospital Francés de México, fueron escogidas 40, teniendo en cuenta la calidad de las placas y los datos clínicos conocidos:

- 20 Ginecoides
- 2 Antropoides
- 6 Platipeloides
- 4 Androide-Ginecoides
- 3 Antropoides-Ginecoides
- 5 Asimétricas

De estas 40 escogimos 20 por reunir las siguientes condiciones:

- a) Mujeres de menos de 30 años
- b) Primiparidad
- c) Diámetros ligeramente disminuidos
- d) Productos vivos de más de 3 kgs y menos de

3,700 kgs

* Reproducido de: Ginecología y Obstetricia de México 1950;V:363-6.

e) Presentaciones de vértice, con una excepción: una presentación pélvica.

f) Partes blandas sin ninguna anormalidad aparente.

VI.- Sin sacar conclusiones, la casuística pareció demostrar que la distosia coincidía, en las pelvis límites, con aquellos casos en que los arcos fundamentales se alejaban de las circunferencias consideradas como patrones.

La revisión serena de estos 20 casos presentados, 4 de ellos con repetición de parto; los ensayos realizados por distintos procedimientos de medición y una casuística todavía pobre para sacar conclusiones, me autorizaron en la actualidad, para exponer la siguiente doctrina:

1. La absimetría es un procedimiento que amplía los puntos de vista clásicos, para el estudio obstétrico de la pelvis.

2. La Absimetría es clínica y radiológica.

3. Es útil para el pronóstico en la pelvis límite y en el parto pélvico de la primigesta.

4. Perderá valor junto con todos los procedimientos pelvimétricos, cuando la casuística mundial demuestre como estoy convencido de ello sin poderlo probar, que la distosia, es con más frecuencia problema de partes blandas y muy probablemente relacionado con los factores endócrinos que al final del embarazo modifican la vía del parto.

I. *Absimetría; Aplicación de los Métodos Clásicos.*

Por precisos que sean los conocimientos que tenemos acerca de los diámetros pélvicos, no podemos tener idea de la posible utilización de éstos, si desconocemos la forma y dimensión del arco de donde parte y termina ya que el mismo diámetro puede estar limitado por muchos arcos, dado que éstos no son en la pelvis siempre parte de una circunferencia.

Radiografías

II. *Absimetría Clínica y Absimetría Radiológica.*

Son estudiables y medibles por la clínica, aunque en forma imprecisa y siempre con la subjetividad de todas las apreciaciones clínicas:

a) Los arcos anterolaterales derecho e izquierdo del estrecho superior.

b) El arco anterior del sacro.

c) El arco subpúbico.

d) *Otro arco más sin denominación anatómica actual*, pero perceptible al tacto, que partiendo de las espinas ciáticas, sigue los ligamentos sacrociáticos y termina en la parte media de la cara anterior del sacro. *Este arco, sin nombre en Obstetricia*, duro y blando en su consistencia, es el que fundamentalmente nos da la impresión, al tacto mesurador, de la amplitud o estrechez de la excavación pélvica.

La apreciación de la longitud de cada uno de estos arcos y la profundidad de su curvatura por medio del examen intrapélvico, constituye la Absimetría Clínica.

Absimetría radiológica

Por medio de tres placas, una del estrecho superior en posición de TOMÁS, una lateral y otra tomada en condiciones constantes de deformación del arco subpúbico, puede juzgarse de los arcos pélvicos.

Estos arcos pueden ser medidos por procedimientos matemáticos y gráficos, todos complicados y poco útiles. Por medio del Absímetro, haciendo coincidir fracciones de circunferencia de diámetros conocidos, con los arcos de las proyecciones radiográficas, o bien estableciendo una relación entre la cuerda y el arco engendrado por el radio correspondiente. Cualquiera de los procedimientos es útil para darse idea de su longitud y de su abertura.

III. *Absimetría en el parto con pelvis límite y en el parto pélvico de la primigesta.*

El concepto de pelvis límite ha venido cambiando después de los estudios de CALWELL, para aplicarse no sólo a la antigua "Justo minor", sino para todos aquellos subgrupos derivados de sus cuatro grupos

fundamentales, en donde alguno o algunos de los diámetros de los diferentes segmentos y estrechos pélvicos, están disminuidos en una magnitud tal, que no es posible emplear el calificativo de verdadera estrechez (concepto de LITSMAN). Todavía para el obstetra que trabaja y vive estos problemas, el mismo concepto de estrechez queda sujeto a la prueba de trabajo de parto y excepcionalmente un obstetra de experiencia decide la intervención profiláctica, porque las medidas clínicas o radiológicas acusen desproporción céfalo-pélvica.

La prueba de trabajo dista mucho de ser lo suficiente inocua, porque todavía nos engaña en la excavación y estrecho inferior y nos lleva frecuentemente a realizar operaciones obstétricas que a posteriori las consideramos torpemente indicadas.

La absimetría clínica y radiológica puede llevarnos a considerar como no indicada una intervención baja, o infructuosa la prolongación de la prueba de trabajo, cuando encontramos:

a) El arco innominado de la excavación a que me he referido (espina ciática a cara anterior de sacro, substituido casi por una recta, duro, doloroso y poco depresible).

b) Un sacro plano sobre todo en su mitad inferior, no compensado con un subpúbico abierto.

c) Un subpúbico cerrado coincidiendo con un sacro plano en su segmento inferior.

En el parto pélvico de primigesta y cuando la pelvis no es muy amplia, considero que la distosia es provocada, cuando esta es ósea, por los dos últimos factores: arco sacro y arco subpúbico, considerando como para la pelvis límite en cefálica, que uno y otro compensan sus curvaturas, dependiendo de una consideración clínica y radiológica de ambos factores, el poder señalar un pronóstico probable.

IV.- *Progreso y decadencia del valor de la Absimetría.*

Como la pelvimetría, sólo la estadística de millares de casos de partos en pelvis límite y de partos pélvicos en primigesta, en las que se hayan hecho pelvimetría, absimetría y cefalometría pélvica y radiológica, pueden llevarnos a conocer cifras que sirvan

como patrones de la longitud y profundidad de los arcos, como sólo millares de casos sirvieron para decirnos cuáles eran los diámetros de las pelvis normales, aun admitiendo márgenes altos para considerar las excepciones. De ahí el que no quiero presentar a Uds. las cifras que en mi casuística considero como posiblemente normales, teniendo en cuenta que las pelvis límites que puede un solo hombre estudiar en su vida, serán siempre pocas para poder señalar, si la medida de un arco es normal o patológica, compatible o incompatible con el parto normal, tanto más que cuanto esta precisión de cifras, sólo se referiría a los arcos medibles radiográficamente, sin poder señalarla con la misma precisión para los arcos clínicos (arco innominado de la excavación). Sin embargo, podría señalarles por lo que hasta aquí he visto, lo siguiente en relación con los arcos pélvicos:

1.- Cuando los arcos del estrecho superior coinciden con circunferencias de ocho centímetros de radio, con un margen de más o menos 5 a 10 mm, el encajamiento se realiza independientemente a la asimetría pélvica.

2.- El arco sacro puede ser dividido en dos, pudiendo formar un solo arco o dos arcos de curvatura distinta que se acoplan la mayor parte de las veces, a la altura de la tercera vértebra sacra, pudiendo entonces tener el sacro en su conjunto, tres clases de arco:

a. Sacro con arco único, que forma parte de la cuerda y el arco en una circunferencia cuyo radio oscila de 9 a 12, 14 y hasta 15 cmts.

b. Sacro mixto, cuya proyección lateral está formada por una recta superior y una curvatura profunda inferior.

c. Sacro con arcos múltiples, que corresponde a los habitualmente conocidos con falsos promontorios o exostosis, siendo de ellos el más frecuente el sacro con dos arcos.

De cuanto he podido observar en los casos por mí estudiados hasta ahora, considero: a) Que el primer segmento sacro, poco influye para el encajamiento y nada para el descenso y expulsión de la cabeza fetal.- b) Que el segundo segmento sacro, lo considero esencial para un buen descenso y expulsión de la cabeza

fetal y establezco una relación de compensación entre la parte inferior del arco sacro y la abertura del arco subpúbico, considerando que uno y otro se compensan en sus curvaturas para permitir el descenso y expulsión de la cabeza fetal.

Considero como bueno para el parto en pélvica de la primigesta, aquel arco sacro de una sola curvatura, que coincide con una circunferencia de 9 cms. de radio.

Uno de los factores que más me obligan a ser parco para interpretar mi casuística actual y privarme del deseo de sacar conclusiones, es considerar que muchos de los casos que actualmente parecen demostrativos podrán ser en el futuro simples coincidencias, como ya me pasó en uno de los casos de la casuística presentada en mi nota previa, en donde la distocia fue indebidamente juzgada como de partes duras.

Considero también, ya lo señalé al principio de este trabajo, que a través del tiempo hemos exagerado las modificaciones de tamaño y forma de la pelvis ósea como causa de distocia, despreciando en mucho el estudio de las partes blandas como factor complejo y frecuente de distocia. Basta para iniciar el pensamiento en este argumento, el recordar las dificultades obstétricas de muchos partos de primigestas, en las que los partos siguientes fueron siempre fáciles, aun con pro-

ductos más grandes y en presentaciones y posiciones menos favorables al parto fisiológico.

¿Quién de nosotros no recuerda haber hecho diagnósticos de estrechez o deformación ósea, después de haber resuelto un parto de primigesta por medio de una intervención laboriosa y que este diagnóstico no haya quedado destruido por la facilidad de los partos subsiguientes? Un día llegará en que la preparación de nuestras enfermas en el embarazo, fundada en un conocimiento más amplio de la fisiología del parto, permita el encajamiento precoz a voluntad y entonces la Pelvimetría y Absimetría tendrán un lugar secundario, como lo tienen ahora, en todo este grupo de embarazadas en las que antes del parto, sin haber tomado ninguna medida ni de diámetros ni de arcos y sin que pase siquiera por nuestro pensamiento la idea de tomar una radiografía, podamos asentar un buen pronóstico basados exclusivamente en la impresión que a nuestra mano da, y que rara vez se equivoca en este aspecto, una presentación profundamente encajada, “envuelta” por las partes blandas.

Sólo para ilustrar esta exposición de doctrina, con unos cuantos ejemplos, voy a presentar a Uds. algunas de las placas que con más claridad muestran, por la multiplicidad de formas y tamaños de los arcos pélvicos, la necesidad de ser estudiados y medidos.