



Hace 55 años

Cirugía en el parto vaginal

Por el Dr. José RÁBAGO.
 Profesor de Clínica Obstétrica.
 Universidad Nacional de México.

Si consideramos la cirugía en su sentido etimológico estricto, que quiere decir todo lo que se ejecuta con las manos, quedarían incluídas en este trabajo todas las maniobras que el partero puede ejecutar para extraer el feto a través del canal pelvi-genital; pero, si limitamos la definición de cirugía únicamente a las intervenciones cruentas, nos encontramos que, en el parto vaginal podremos aplicar la cirugía con dos finalidades:

1°. - La sección de las porciones del canal blando del parto que se oponen a la progresión del feto.

2°. - La reparación de los traumatismos que el paso del feto puede ocasionar en dicho canal.

OPERACIONES SOBRE EL CUELLO Y SEGMENTO INFERIOR UTERINOS

Desde los primeros tiempos de la cirugía obstétrica los parteros se encontraron ante la necesidad de evacuar rápidamente el útero de su contenido por padecimientos generales o locales, que ponían en inminente peligro la vida de la madre; y siendo en aquella época prohibida la vía abdominal por su peligrosidad extraordinaria apelaban a lo que Ambrosio PARÉ llamó "L'accouchement forceé", que consistía en dilatar manualmente el cuello y efectuar una versión por maniobras internas, seguida de la extracción del feto. Este proceder tenía como consecuencia casi habitual la muerte del producto y muy frecuentemente grandes desgarros del cuello, que cuando se propagaban al segmento inferior ocasionaban la muerte de la madre. Así pues, al advenimiento de la antisepsia y de la anestesia, la evacuación rápida del útero se hizo casi siempre por vía abdominal. Sin embargo, en algunos

casos, el estado de gravedad en que se encontraban las pacientes hacía temer su muerte durante o a consecuencia de la intervención abdominal; y esto fue lo que condujo a DUHRSEN a inventar la cesárea vaginal.

Cesárea vaginal

Anestesiada la enferma y después de una asepsia rigurosa de la vagina, se toma el cuello con pinzas de garras; tirando de él hacia abajo y levantando la pared anterior de la vagina con una valva se pone a la vista el fondo de saco vaginal anterior.

En este fondo de saco se practica una incisión que unos la ejecutan longitudinal y otros transversal y otros ligeramente arqueada.

Una vez seccionada la vagina se despegue con un dedo cubierto con una gasa el tabique vésico-uterino a la mayor altura posible; siendo esta maniobra sumamente fácil en la embarazada por la gran laxitud de los tejidos. Entre las dos pinzas de garras se secciona verticalmente el cuello sobre la línea media hasta la altura del fondo de saco anterior ya abierto. Se colocan otras dos pinzas cerca del ángulo de la incisión, se hace tracción hacia abajo para tener a la vista el segmento inferior y se hace un nuevo corte; se aplican otras dos pinzas más arriba, se vuelve a seccionar y así sucesivamente, hasta que se corta totalmente la cara anterior del segmento inferior del útero.

Entonces se procede a extraer el feto por medio de una versión interna sacándose a continuación la placenta; se ejecuta luego la reconstrucción, suturando con puntos separados de catgut la pared uterina desde el ángulo superior de la incisión hasta la punta del cuello. Luego se cierra la colpotomía dejándose una pequeña canalización en el centro de la sutura.

Esta operación no es aplicable en el embarazo a término pues no da la amplitud suficiente para el paso fácil de la cabeza. Actualmente la emplean algunos

* Reproducido de: Ginecología y Obstetricia de México 1951;VI:401-406.

autores para la interrupción rápida del embarazo entre los tres y los seis meses, dado que la dilatación instrumental del cuello no alcanza la amplitud suficiente para permitir el paso de la cabeza de un feto de más de tres meses de vida intrauterina.

INCISIONES DEL CUELLO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Son frecuentes las ocasiones en que, durante el trabajo de parto, el cuello uterino no se dilata y esto impide la progresión del feto.

La dilatación artificial del cuello pone a contribución su elasticidad; es decir, que el cuello se dilatará tanto como se lo permita dicha cualidad; pero llegada ésta a su límite, una mayor dilatación sólo se logrará a expensas de una ruptura. Cuando la elasticidad está perdida por algún proceso patológico, ya sea transitorio como el edema o la infiltración serosanguinolenta, ya sea permanente como la esclerosis cicatricial o las neoplasias cervicales, entonces la dilatación artificial será imposible. En vista de esto, cada día se desechan más las maniobras dilatadoras y se apela con más frecuencia a las incisiones del cuello o a la operación cesárea. Las incisiones simples del cuello tan sólo deben alcanzar su porción intravaginal, o sea que deben llegar hasta los fondos de saco. Por lo tanto, sólo deben aplicarse cuando la cabeza fetal está profundamente encajada en la excavación pélvica y forrada por decirlo así por el cuello y el segmento inferior; de modo que, una vez hechas las incisiones, la cabeza tenga paso libre a la vagina.

El sitio en que se practiquen las incisiones y el número de ellas varía según los autores. DUHRSEN que fue quien las introdujo en la práctica obstétrica aconsejaba hacer numerosas y pequeñas incisiones en el contorno del orificio cervical.

Las grandes incisiones del cuello van desde el orificio cervical hasta los fondos de saco vaginales. Si se trata solamente de edema del labio anterior del cuello que, formando una especie de cuña que estorba la progresión de la cabeza, bastará solamente con una incisión en la parte media de dicho labio para suprimir el obstáculo.

Pero, fuera de estos casos, hay que practicar dos o tres incisiones. La mayoría de los autores recomien-

dan incidir sobre la línea media en el labio anterior y posterior del cuello; pero teniendo en cuenta que la incisión sobre el labio anterior puede lesionar la vejiga, nosotros preferimos seguir el consejo de DE LEE quien recomienda practicar tres incisiones: una posterior sobre la línea media y dos oblicuas hacia adelante, de modo que quedan en la dirección en que el horario del reloj señala las dos, las seis y las diez.

Como generalmente las incisiones van seguidas de la extracción del feto con forceps, hay que ser sumamente cuidadoso; tanto en el momento de la aplicación de las cucharas, como en la extracción, para evitar el traumatismo de los colgajos del cuello. En la extracción deberá evitarse la rotación de la cabeza en la excavación pélvica; pues esto trae como consecuencia el arrancamiento de los colgajos. Dicha maniobra se efectuará cuando la cabeza haya llegado al piso perineal.

CATHALÁ, que ha hecho un estudio cuidadoso de esta operación, señala como requisito indispensable para que la cabeza pase a través de las incisiones, sin distender los tejidos, que la distancia entre el orificio cervical y el fondo del saco vaginal debe ser de ocho centímetros y METZGER recuerda que el dedo índice es aproximadamente de esa longitud. Por tanto, si introducimos la punta del dedo hasta el fondo de saco lateral, el orificio del cuello deberá quedar al nivel de la raíz del dedo.

Una vez extraído el feto y la placenta, se procederá a suturar las incisiones, poniéndolas a la vista por medio de valvas vaginales del mayor tamaño y haciendo tracciones sobre los colgajos por medio de pinzas.

Las pinzas de garras de POZZI o de MUSEAUX tienen el inconveniente de que desgarran los tejidos demasiado blandos del cuello.

Los norteamericanos aconsejan sustituirlas con las pinzas porta-esponjas, llamadas por ellos "*Dressing Forceps*", que no laceran los tejidos. Otros autores pasan una hebra de catgut grueso en la extremidad inferior de los colgajos y se sirven de ella para hacer la tracción.

EPISIOTOMÍA

En el trabajo de parto el perineo opone una resistencia a la salida de la cabeza fetal. Esta resistencia debe

ser vencida por la contracción uterina, que ayudada por las contracciones de los músculos de la pared abdominal, expulsa al feto hacia el exterior. En los casos normales la resistencia perineal va cediendo más o menos rápidamente, hasta que al fin el feto logra pasar.

Cuando existe un estado patológico que aumenta la resistencia, como sucede en las primíparas viejas, en las cuales algunos haces musculares han sufrido la degeneración fibrosa o cuando existe una gruesa cicatriz consecutiva a una plastía perineal, el tránsito de la cabeza del producto es detenido o retrasado por largo tiempo y puede aparecer el sufrimiento fetal.

Por otra parte, puede suceder que los tejidos perineales se encuentren edematosos, (ya sea a consecuencia del apoyo prolongado de la cabeza sobre ellos o del pujo intempestivo de la enferma o de padecimiento hidropígeno); la piel y la mucosa pueden estar alteradas por la presencia de lesiones cutáneo-mucosas como sífilides o papilomas. Estas alteraciones hacen que el perineo pierda su elasticidad y al no poder distenderse al paso de la cabeza se desgarra. Así pues, la episiotomía o corte del perineo tiene dos indicaciones: primero, el tratamiento de una distocia perineo-vulvar y segundo, la profilaxia del desgarro perineal.

Desde este último punto de vista numerosos autores recomiendan practicar sistemáticamente la episiotomía en las primíparas, fundándose en que, a pesar de que la piel y la mucosa del perineo no tengan solución de continuidad, la capa músculo-aponeurótica sufre rupturas no visibles, pero que impiden que estos músculos vuelvan a tener, en el futuro, la consistencia suficiente para ejercer su papel de diafragma pélvico.

Sin llegar a estos extremos nosotros pensamos que no debe insistirse tanto en la llamada defensa del perineo, sino que tan pronto como se note un retardo en el paso de la cabeza a través de la vulva o un adelgazamiento excesivo del perineo entre la horquilla y el ano, debe practicarse la episiotomía. Se han señalado como tipos de episiotomía según el sitio donde se practiquen: episiotomía lateral, oblicua o mediana; la episiotomía lateral está abandonada por el temor de que el corte pueda interesar el bulbo de la vagina. La episiotomía oblicua se practica dirigiendo

el instrumento de corte, del contorno de la vulva hacia la tuberosidad del isquion.

Al nivel de la horquilla vulvar, se puede incidir dirigiendo el corte verticalmente llamándosele episiotomía media o dirigiéndolo un poco hacia afuera para que en caso de que se prolongue no vaya a interesar el esfínter del ano, llamándosele a este corte merio-lateral.

El momento para ejecutar la episiotomía es variable según su indicación; si se practica en un parto espontáneo con feto en presentación de vértice, se espera para ejecutarla hasta que el perineo haya llegado a su distensión máxima. Se considera que ha llegado este momento cuando la piel del perineo se ha puesto pálida por la isquemia, pero hay casos en que los tejidos son poco elásticos y la ruptura de la mucosa se inicia antes, lo cual se manifiesta por la aparición de un hilito de sangre que sale por la horquilla vulvar al pasar una contracción expulsiva. Esto nos indica que se ha roto el anillo himeneal y que un desgarro es inevitable. Por lo tanto hay que practicar la episiotomía.

Si se trata de una intervención obstétrica, algunos autores prefieren ejecutar la episiotomía como primer tiempo operatorio, antes de la introducción de la mano o de los instrumentos; inclusive algunos recomiendan, cuando se trata de una toma media o alta de forceps o de una extracción pélvica en primíparas, hacer episiotomía medio lateral y prolongar la incisión hasta la porción inferior de la vagina, (incisión para-vaginal de SCHUKART) para evitar el desgarro vaginal que es tan frecuente en estos casos.

También se hará precozmente la incisión cuando el motivo de ella sea la falta de elasticidad de los tejidos vulvo-perineales. El corte se hará con tijeras de punta roma y bien afiladas y su extensión variará según las circunstancias.

Si el corte se hace en la línea media, y el perineo está muy distendido, será suficiente con el corte longitudinal; pero si se trata de un perineo corto o poco distendido se prolongará este corte mediano hacia un lado, para evitar que al paso de la cabeza se desgarren el esfínter del ano y la mucosa rectal.

Si la enferma no está bajo anestesia, el corte se hará en el momento de una contracción para que el dolor que produzca se confunda o se asocie con el dolor de la contracción.

SUTURA PERINEAL

Si durante el parto se ha practicado una episiotomía o se ha producido un desgarro perineal, hay que proceder a su sutura inmediata.

Hay quien recomienda ejecutar esta sutura antes de la salida de la placenta teniendo en cuenta que ésta puede tardar un tiempo más o menos largo para salir; pero este modo de proceder tiene inconveniente; el primero es que una placenta muy voluminosa puede distender demasiado la vulva y aflojar las suturas o provocar su arrancamiento; el segundo y más importante es que, cualquier incidente o accidente del parto secundino, puede requerir la introducción de la mano a la cavidad uterina a través de la vulva; con lo cual casi seguramente se destruye una parte de las suturas y se laceran los tejidos.

Teniendo en cuenta la tendencia actual de abreviar el parto secundino consideramos preferible ejecutar la sutura perineal después de que ha salido la placenta y de que se ha logrado la hemostasia de los senos placentarios.

La técnica de la sutura es idéntica en los casos de episiotomía media y de desgarro. En los casos de episiotomía medio lateral la diferencia consiste únicamente en el cuidado que hay que poner al afrontar dos colgajos de longitud diferente. Antiguamente se acostumbraba hacer la sutura perineal en un solo plano, para lo cual se utilizaban enormes agujas, que podían cargar en su curvatura la totalidad de los tejidos del perineo. Este modo de proceder se justificaba por el hecho de que las suturas se hacían sin anestesia. Pero en la época actual, en que la mayoría de los partos se atienden con anestesia general o anestesia regional del piso pélvico o que se pueden anestesiar localmente los tejidos que se van a suturar, ya no se justifica este modo de proceder. Si alguien lo ejecuta, no es por considerarlo bueno, sino por rápido y fácil.

Hay que suturar el perineo por planos; ejecutando primero la sutura de los músculos en uno o dos planos, luego se sutura la mucosa y por último la aponeurosis superficial y la piel.

Es requisito esencial no dejar espacios muertos y, por lo tanto, al ejecutar el primer plano, debe tenerse cuidado en cargar con la aguja los tejidos del fondo de la incisión o desgarro. Algunos autores recomiendan

que un ayudante introduzca su índice izquierdo en el recto para levantar el fondo de la herida y facilitar su toma por la aguja.

Al ejecutar los siguientes planos de sutura se tomará en la línea media una pequeña porción de tejidos de la sutura subyacente.

Con respecto al tipo de sutura, algunos hacen puntos en 8, otros en surgete. Nosotros preferimos los puntos separados anudados sin mucho esfuerzo, para no estrangular los tejidos.

Desde hace algún tiempo el cierre de los planos superficiales, tejido celular y piel, lo hacemos iniciando un surgete en la unión de la piel y la mucosa y adosados al tejido celular; al llegar al límite inferior de la herida regresamos con la misma hebra haciendo una sutura intradérmica de la piel que terminamos donde se inició la sutura profunda. Con este modo de proceder se evitan a la paciente las molestias que causa la estrangulación de los puntos separados que se usan ordinariamente, y el dolor más o menos ligero que se produce al quitar los puntos.

Cuando se ha roto el esfínter del ano, hay que ejecutar un tiempo especial para su reparación, teniendo en cuenta que su ruptura casi nunca es en la línea media y que al romperse sus cabos se retraen extraordinariamente. Por lo tanto hay que buscarlos en una depresión de los tejidos a los lados del ano y suturarlos con dos o tres puntos para lograr su afrontamiento correcto.

Si la sutura ha interesado la pared rectal se hará un tiempo especial para suturarla. Unos autores preconizan la sutura con puntos separados de la totalidad de la pared del recto, entrando la aguja por la mucosa y volviendo a salir por ella del lado opuesto, de modo que los nudos queden en el interior del recto. Otros toman tan sólo la pared muscular del recto sin coger la mucosa y hacen los nudos hacia afuera de la cavidad rectal.

PERINOPLASTIA INTRA PARTUM

Finalmente debemos mencionar la intervención que COSTELLO llama perinorrafia puerperal y a la cual nuestro compañero LÓPEZ DE NAVA llama perino-plastia intra-partum; nombre que nos parece más adecuado, pues no se trata de suturar un perineo roto; sino de

reconstruir un perineo insuficiente por desgarro antiguo y se le llama intra-partum por ser hecha durante el parto.

Como el nombre lo indica, se trata de restaurar durante el parto un perineo deficiente por desgarro en partos anteriores.

Para esto, durante el período expulsivo, cuando la cabeza comienza a distender el piso perineal se hace un corte con bisturí o con tijeras romas en el límite de la mucosa y la piel del perineo en semi-círculo que va de los restos de carúntulas himeneales de un lado hasta el lado opuesto. El corte en este momento tiene por objeto que la cabeza con sus movimientos de vaivón durante la expulsión haga el despegamiento entre la piel y la mucosa.

Una vez terminado el parto, se procede a suturar la mucosa con catgut crómico No. "0" ya sea en puntos separados o con surgete. Luego se buscan los músculos elevadores que pueden descubrirse disociando los tejidos a los dedos de la herida con pinzas de Kocher, que se hacen penetrar un poco y luego se abren. Entonces se pasan varios puntos separados de arriba hacia abajo tomando los músculos elevadores. Si hay inconsistencia del esfínter anal se buscarán los cabos rotos del esfínter y se suturarán.

Luego se anudan los puntos puestos sobre los elevadores del ano de abajo hacia arriba y antes de anudar el último, se introducen dentro de la vagina tres dedos, para juzgar el calibre de ella; pues hay que tener en cuenta que todos los tejidos van a sufrir la involución del puerperio y si al momento de suturar no se deja bien amplia la vagina, al terminar el puerperio puede quedar una estenosis en el introito, que dificulta las relaciones sexuales constituyendo esto un serio problema para la mujer y el marido.

Así pues una vez cerciorados que aun suturando el punto muscular más alto, se obtiene una amplitud suficiente, se procede a suturar los planos superficiales en la forma que ya se describió al hablar de las suturas perineales.

Las personas que han empleado este modo de proceder lo consideran eficaz, inocuo y poco sangrante. En México, LÓPEZ DE NAVA lo ha empleado en 23 ocasiones obteniendo 21 cicatrizaciones por primera intención.

Nosotros lo hemos empleado en algunas ocasiones encontrándolo de ejecución fácil pero en el puerperio hemos notado edema subcutáneo en el lugar de la sutura y dolor más intenso que en la sutura de los desgarros y episiotomías.

medigraphic.com