



Secuelas quirúrgicas que pueden complicar la evolución del embarazo o del parto*

Por el Dr. Manuel MATEOS FOURNIER.

Profesor de Clínica Obstétrica.

Universidad Nac. de México.

Las operaciones abdominales pueden ser causa de multitud de complicaciones que alteran la evolución normal del embarazo y modifican el parto, pero dentro de ellas las operaciones obstétricas como la cesárea y las ginecológicas, pueden en ciertas circunstancias originar graves secuelas muy necesarias de tener presentes.

ADHERENCIAS

La complicación más común es la adherencia intraperitoneal que depende en ocasiones del proceso que motivó la intervención y otras veces del cirujano que no actuó con la suavidad y cuidados requeridos. Los procesos inflamatorios e infecciosos de las vísceras contenidas en la cavidad abdominal, determinan una defensa local mediante la formación de adherencias que circunscriben el proceso; de la importancia de la inflamación o infección depende su extensión y calidad. Durante la intervención está previsto como regla general no destruir estas formaciones pues limitan el proceso infecciosos intraabdominal, y cuando el cirujano se empeña en esto, es común su generalización a toda la cavidad, con las más graves consecuencias que muy frecuentemente terminan en la muerte.

Sin embargo, no siempre están claramente explicadas, pues después de intervenciones perfectamente limpias, hechas con el mayor cuidado y con un post-operatorio normal y sin complicaciones, en algunas circunstancias se hacen a pesar de esto, siendo capaces de originar un ileo mecánico precoz o tardíamente, más posible en caso

de embarazo, porque los intestinos sufren rechazamiento y cambio de situación en la cavidad abdominal por el crecimiento del útero ocupado. Esto quiere decir que hay un factor desconocido predisponente y a pesar de los múltiples estudios practicados, revisión de estadísticas y teorías de gran número de autores, no se ha llegado a aclarar este punto oscuro y sólo la observación de PAYR de una gran cantidad de laparotomizados que presentaron adherencias con muy frecuente formación de queloides, lo hizo pensar que la coexistencia de estas dos anomalías se debe a un factor personal de inferioridad constitucional de los tejidos, lo que va de acuerdo con los experimentos de DEMBOSKY que trató de formarlas experimentalmente despuliendo con cepillo el peritoneo parietal; encontrando casi siempre a los 8 días el epitelio regenerado y liso sin haberse pegado a ningún órgano.

Sin embargo, en los casos en que se producen estas complicaciones existiendo ese factor de predisposición, se requiere inflamación del peritoneo y destrucción de su epitelio con exudación fibrinosa y esto sucede cuando se han operado procesos infecciosos de la cavidad y de las vísceras abdominales, o por irritaciones mecánicas o químicas o pérdidas de substancia de la serosa, como en los sitios de muñones o cortes no peritonizados por el cirujano.

Se comprende también que la forma de practicar las operaciones tenga que ver con estas irritaciones, despulimientos y destrucciones del epitelio peritoneal. El manejo tosco y brusco de las vísceras, la falta de aspirador y la substitución del mismo por esponjas de gasa rudamente utilizadas, la canalización, los taponamientos intra-abdominales sobre todo con gasa yodoformada, la aplicación de irritantes como el yodo, y la omisión de recubrir pedículos y zonas cruentas, son las principales causas determinantes de esta complicación.

* Reproducido de: Ginecología y Obstetricia de México 1951;VI:395-400.

En multitud de casos, a pesar de haberse formado adherencias no se desarrolla un ileo mecánico en fechas próximas a la operación y solamente una constipación tenaz acompañada de molestias y cólicos intestinales, hacen sospechar su existencia. Las reoperaciones con el propósito de resecarlas generalmente traen consigo otras mayores y más extensas, quizás por la predisposición existente, imposible de dominar por tantos medios ideados, como el uso de aceite alcanforado en la superficie peritoneal y las substancias que disuelven la fibrina como la peptona. Sin embargo, será necesario operar los casos agudos tan pronto como sea posible, porque su pronóstico es muy grave. El uso precoz de la diatermia que trae consigo una hiperemia activa, favorece el blandamiento y absorción de adherencias recientes, cuando no llegan a dar síntomas agudos de oclusión, aliviando grandemente a los enfermos.

ÍLEO

Todo esto nos hace suponer que una mujer con un embarazo que ha sido laparotomizada en otra época, pueda complicarse por la aparición de un ileus mecánico, cuyos síntomas al principio darán un cuadro confuso con dolores, náuseas y vómitos, meteorismo sin poderse determinar si realmente corresponde al de una oclusión intestinal.

Es fácil imaginarse que si existen adherencias con acondamientos, éstos pueden acentuarse por restiramiento o rechazamiento de las porciones próximas de intestino, por el crecimiento rápido o cambio de posición del útero ocupado, por movimientos bruscos o caídas de la enferma y aún a causa de flatulencia por desórdenes alimenticios o sin ellos. Lo mismo sucederá a veces por la rápida reducción que sufre la matriz inmediatamente después del parto.

Sin embargo, lo que observamos comúnmente no es por fortuna esta grave complicación que se reduce a un corto número, a pesar de que la embarazada tenga adherencias post-operatorias y una cantidad importante de mujeres recesareadas en las que nos hemos encontrado adherencias de todos los tipos, no han presentado sino las molestias habituales.

Otro grupo de enfermas han padecido embarazos dolorosos seguramente por la distensión que sufren estas formaciones y dificultades especiales en el libre

crecimiento del útero. Esto origina a veces modificaciones en su situación absoluta y relativa y anomalías de configuración del órgano, apreciables a la palpación y algunas veces hasta a la vista.

Lo mismo puede decirse del parto, pues cuando estas han permitido que el embarazo llegue a su término es frecuente observar una modificación en la marcha normal del proceso. Las contracciones pueden hacerse irregulares, disminuir su efectividad y ser especialmente dolorosas.

En el alumbramiento, puede haber atonía lo que traerá hemorragia de diferentes grados y con variables consecuencias.

Se citan casos en los que a consecuencia de golpes o caídas, las adherencias hiperdistendidas por el crecimiento del útero, sufren ruptura con hemorragias intraabdominales graves o arrancamiento en las vísceras adheridas, determinando su apertura con peritonitis que se instala en forma inmediata. No hemos observado nosotros hasta la fecha un solo caso de estos.

Lo que sí es común, es observar abortos de repetición por adherencias resistentes al útero y anexos. Precisada esta causa, será necesario hacer laparatomía para el tratamiento adecuado, a pesar de que se tema su reproducción; lo mismo cuando a consecuencia de supuraciones paramétricas evacuadas por vía vaginal han quedado masas duras y extensas que hacen difícil el crecimiento del útero. Las que dificultan el parto, plantean a veces la necesidad una cesárea abdominal.

HIPEREMESIS

Se han relacionado los vómitos graves a adherencias, aunque no ha sido posible una comprobación exacta de esta hipótesis, sobre todo porque en mujeres en donde no es posible pensar en la existencia de estas formaciones, ni en una de sus consecuencias como es la desviación permanente del útero, se han visto las formas más severas del vómito, manifestación indudable de intoxicación gravídica.

DESVIACIÓN DEL ÚTERO

Esta complicación es muy frecuente en la mujer embarazada y es sobre todo la retroversión o la retroflexión las más importantes de todas. Aunque es muchas veces

causa de esterilidad, no la es absoluta y así vemos una gran cantidad de mujeres que se embarazan a pesar de esta anormalidad. Una de las causas más comunes de la retroversión uterina es la multiparidad, pues los ligamentos del útero y dentro de ellos los redondos, sujetos a repetidas distensiones, se hacen flácidos y quedan largos faltándole el principal medio de suspensión que lo mantiene hacia adelante. Y estas mujeres continúan sus embarazos a pesar de la desviación, reduciéndose espontáneamente entre los 3 y 4 meses para volverse a constituir en el puerperio, cuando el útero aún grande y pesado cabe nuevamente en la pelvis, cayendo hacia el Douglas que es la parte más profunda de la cavidad.

Durante el embarazo con el útero en retroversión la torsión que sufren las venas, trae consigo una extasis sanguínea que favorece la producción de hemorragias deciduales que a su vez despiertan la contractilidad del útero, dando lugar a amenazas de abortos, muy antes de que el útero grávido llene totalmente la pelvis.

La reposición espontánea o terapéutica de la desviación con algunas otras medidas curativas adecuadas, harán cesar las manifestaciones de aborto. Pero esto no siempre sucederá cuando la posición del útero es fija por procesos adherenciales que pueden haberse motivado por viejas supuraciones o infecciones de los órganos contenidos en la pelvis o por operaciones ginecológicas que trajeron consigo estas secuelas. Si bien es cierto que en la mayor parte de los casos la retrodesviación adherente es susceptible de reposición porque las adherencias se distienden a merced del blandamiento e imbibición serosa que sufren los órganos contenidos en la pelvis durante la gestación, en un corto número de casos esto no sucederá, presentándose entonces la encarcelación del útero con su gama de complicaciones graves que a veces conducen a la mujer a la muerte.

Se inicia este estado, por una acentuada sensación de plenitud y peso en la pelvis, al mismo tiempo que se presentan trastornos vesicales originados por la presión sobre la uretra y cuello vesical contra la síntesis. Muy pronto se instalan múltiples trastornos disúricos y la vejiga enormemente distendida, elimina parcialmente su contenido por regurgitación, dándole a la enferma la sensación de que orina mucho (isuria paradójica).

La tracción que experimenta la uretra y su inflamación favorece la migración de gérmenes instalándose una cistitis. En grados avanzados la mucosa vesical se gan-

grena y se elimina en colgajos, llegando algunas veces a la perforación mortal.

La repleción exagerada de la vejiga dificulta la salida normal de orina por los uréteres los que se dilatan, compartiendo de la infección que haciéndose ascendente, llega a constituir pielonefritis, pío e hidronefrosis y según el grado hasta uremia con sus naturales consecuencias.

El recto también se comprime enormemente, dificultándose la evacuación de gases y materias fecales agravándose progresivamente la condición de la enferma.

En estos graves casos, en donde no se hará la reposición espontánea del útero y de que a pesar de haberse producido graves lesiones deciduales no se efectúa el aborto espontáneo salvador, se tratará de evacuar y curar convenientemente la vejiga, intentando por diferentes maniobras desenclavar el útero empujándolo hacia el abdomen, traccionando el cuello con pinzas y presionando el cuerpo hacia arriba por la vagina o recto en posición de Trendelenburg o genupectoral. El estado adherencial hace fracasar casi siempre estas maniobras, sólo útiles a veces para los encarcelamientos de úteros libres, y sólo entonces quedará el recurso de la intervención abdominal que lleve como propósito liberar al órgano de las adherencias y restituirlo en el abdomen. Como esto no se consigue con fáciles e inocuas maniobras, la consecuencia en el mejor de los casos, es de que el embarazo se pierda después de la operación y entonces ésta, grave de por sí, se verá complicada con el aborto que en resumidas cuentas es la salvación de la enferma. En los casos severos de enorme distensión vesical en donde se iniciaron necrosis de las paredes vesicales, la ruptura de adherencias recientes al rededor de la vejiga, puede conducir secundariamente a la muerte, por lo que es discutible la operación abdominal en estos casos.

Por fortuna la retroversión irreductible es muy rara, pero dadas las razones anteriores y la casi total imposibilidad de que el embarazo siga su curso normal, aún después de cualquier maniobra de reposición abdominal o vaginal, una vez que fracasamos con las maniobras bajas en vez de meterse en la peligrosa aventura de intervenir por el abdomen, es preferible hacer el aborto terapéutico, pues antes de que se suceda el espontáneo, como está expuesto en múltiples observaciones de diferentes autores, la mujer muere de las complicaciones apuntadas.

Curada la enferma, repuesta la vejiga si no llegó a la gangrena de la mucosa y curados los demás órganos urinarios, entonces sí se hará operación abdominal para liberar al útero de sus adherencias eligiendo la técnica más conveniente de fijación, con lo cual serán posibles nuevos embarazos con feliz evolución.

OPERACIONES GINECOLÓGICAS

De todas ellas hay que referirse especialmente a las operaciones fijadoras del útero cuyo propósito es restituirlo a su posición normal ya por acortamiento de sus ligamentos, ya procurándole adherencia especialmente a la pared abdominal.

Hay una gran cantidad de técnicas y no se pueden considerar cada una de ellas, pero sí es posible decir que las operaciones que acortan los ligamentos redondos, son capaces de originar algunas molestias y sensaciones de tracción no siempre excesivamente penosas. Lo común es que el embarazo llegue a su término sin mayores riesgos, pero las ventrofijaciones y ventrosuspensiones, sí tienen serios inconvenientes y cuando no se produce el aborto por dificultades en el crecimiento del útero, su pared anterior adherida artificial o intencionalmente al vientre, permanece gruesa y rígida, haciendo el crecimiento del útero, sacudiéndose a merced de su pared posterior, la cual se adelgaza gravemente, amenazando o llegando a la ruptura. El parto no se efectúa espontáneamente en relación con la excesiva deficiencia funcional de la zona adelgazada por notoria pobreza muscular y modificaciones en la orientación del cuello uterino que se eleva hacia atrás, sin contar con las frecuentes variaciones patológicas en la situación del feto por alteraciones morfológicas que sufre la matriz.

Lo mismo decimos de la vagino-suspensión cuando el útero; previa apertura del fondo vesicouterino se fija extensamente a la pared anterior de la vagina.

Estas operaciones son buenas y eficazmente correctivas, solamente que es necesario tomar en cuenta si la mujer está apta para la reproducción, caso en el cual están formalmente contraindicadas. Si se acompañan de esterilización quirúrgica o se ejecutan en mujeres fuera de los límites de la actividad genital y por consiguiente sin problemas de embarazo y parto, se podrán hacer estas vagino-fijaciones con seguridad y confianza sobre todo cuando a la desviación uterina se añade el prolapsos

vesical, el que quedará al mismo tiempo corregido por la interposición del útero entre la vagina y la vejiga.

MIOMECTOMÍA

Otra operación comúnmente practicada en mujeres aptas para la reproducción es la miomectomía única o múltiple y puede ser causa de ruptura uterina en el embarazo y el parto. Sólo está justificada esta operación conservadora cuando se espera futuros embarazos porque es común que se reproduzcan los tumores. Su incidencia es remota y personalmente no he observado esta complicación en mi larga práctica y consultando estadísticas aproximadamente en 23,000 casos de parto atendidos en el Seguro Social en donde habrá multitud de mujeres operadas antes del embarazo por fibromas, no se cuenta un solo caso de ruptura atribuible a esta causa.

CESÁREA ABDOMINAL

En nuestro medio, desde hace algunos años a esta parte, las secuelas quirúrgicas consecutivas a la cesárea abdominal que complican el embarazo y el parto, han venido disminuyendo en forma notable y esto en relación con el perfeccionamiento de las técnicas.

En efecto, cuando prevalecía el uso de la cesárea clásica, las complicaciones eran frecuentes. Prescindiendo de las inmediatas cuyo análisis y estudio no cuadra dentro de este trabajo, hay que hacer mención de la adherencia de la herida uterina a la pared, a las asas intestinales y al epiplón y por consecuencia, la mayor posibilidad de ileus. Con este propósito, hace unos 12 años cuando practicábamos la cesárea clásica y a fin de evitar esta complicación, recomendamos el uso de puntos en U para hundir el surjete peritoneal de la incisión y la colocación del epiplón detrás del útero, protegiendo la gran masa intestinal del contacto de la herida uterina. Y esto se debió precisamente a que tuvimos en nuestra práctica la evidencia de esta complicación sin dejar de mencionar las dificultades que entraña la protección real de la herida uterina en su cara anterior y fondo, en donde no se cuenta con peritoneo deslizable. También recomendamos la movilización precoz de la enferma y cambios frecuentes de postura.

Otra secuela peligrosa es la ruptura espontánea del útero durante el embarazo y el parto en el sitio de la incisión y esto no es sólo una posibilidad sino una consecuencia real, habiendo tenido necesidad de operar algunas enfermas que llegaron a nuestra guardia en nuestra época de residencia en el Hospital Juárez, con rupturas de útero, más frecuentemente al término y durante el parto, que en el embarazo cuyo trabajo no se había iniciado.

La mortalidad por cesárea era elevada antes del advenimiento de la segmentaria y nos fue posible seguir algunos casos en la sala de autopsias, en donde pudimos observar con frecuencia, perdidas las suturas del músculo o flojas a consecuencia de la involución o por infecciones de la pared uterina, y transminados al peritoneo, los loquios sépticos.

Es necesario apuntar que el tipo de enfermas recibidas en las guardias son frecuentemente casos impuros, maniobrados sépticamente antes y que se operan con bajas condiciones de seguridad. Sin embargo, a pesar de esto no adoptamos la histerectomía profiláctica en todas, sino que nos empeñamos en perfeccionar las suturas del útero, para conjurar este riesgo, así como el peligro lejano, como es la ruptura en embarazos y partos subsecuentes. Por fin abandonamos la cesárea clásica y actualmente contamos más de 300 segmentarias de diferentes tipos de la clientela privada, en donde cuentan un 30% aproximadamente de cesareadas de 1^a, 2^a, 3^a, y excepcionalmente de 4^a vez, sin haber observado un solo caso de ruptura espontánea del útero durante el embarazo o el parto y sólo hay que hacer mención de un caso operado en E. U. por un cirujano americano, cuya enferma sufrió en la operación una lesión de vejiga y que evolucionó en forma séptica y que cesareada por mí antes del trabajo de parto, fue encontrado con los bordes uterinos de la antigua incisión separadas en un centímetro, hendidura a través de la cual se podían observar las membranas y a trasluz el feto; y otro caso muy recientemente operado por mí de segunda cesárea a quien se le hizo un trabajo de parto de prueba quizás demasiado prolongado por el hecho de suponer que tratándose de un embarazo con producto más chico que el anterior, podría ser factible el

parto por las vías naturales; y en donde al despegar la vejiga, la delgadez del segmento era tal y la presión intrauterina tan fuerte, que en ese momento mismo se rompió el segmento transversalmente pero sin consecuencias en el sitio mismo en que había de practicar la incisión.

En verdad en las cesáreas segmentarias, nos hemos empeñado durante las reoperaciones, en observar las condiciones de la cicatriz antigua y en términos generales podemos decir, que no sólo las apreciamos sin que amenacen ruptura sino que la cicatrización es tan buena, que es difícil identificarlas.

CUELLO UTERINO

Múltiples operaciones de cuello son capaces de perturbar la marcha normal del embarazo y el parto. Las traqueorrafias, las estomatoplastias, etc., siendo capaces de originar cicatrices, pueden traer consigo rigideces invencibles en el parto, que obligan a la cesárea abdominal. Pero hay que mencionar un procedimiento de ciertas consecuencias muy usado actualmente como es la electrocoagulación para la cura fácil de las cervicitis crónicas. De la importancia y profundidad de la electrocoagulación dependerán las dificultades en el parto por lo que es conveniente en plan profiláctico no excederse en este tipo de intervenciones ginecológicas.

Substituyendo a las electrocoagulaciones, se hace amputación del cuello uterino parcial o total, lo que debe meditarse siempre en las mujeres aptas para la reproducción por la rigidez invencible que estas operaciones traen consigo.

En lo que concierne al embarazo, las amputaciones altas son causa de abortos de repetición irremediables.

En la vagina, las estrecheces marcadas y las cicatrices, consecuencia de operaciones obstétricas o ginecológicas, pueden dificultar el parto y en algunos casos la cesárea abdominal encuentra una formal indicación.

Las cicatrices perineales por perineorrafias, resección de tumores, electrocoagulaciones, etc. también pueden dificultar el parto, pero generalmente los obstáculos son relativos y se resuelven en el mismo momento sin mayor dificultad.