



Hace 55 años

Valoración de los métodos clínicos en el estudio de la pelvis ósea

ARMANDO HERNÁNDEZ CRUZ, VICTORIANO PÉREZ MORENO, DANIEL GONZÁLEZ NEGRETE*

Teniendo en cuenta el título del simposio y el sentido práctico de estas reuniones, debemos de entender por valoración de los métodos clínicos de estudio de la pelvis ósea la revisión y la calificación de todos aquellos procedimientos actuales y ordenados que nos orientarán sobre la armonía fetopélvica. El estudio aislado de la pelvis sin satisfacer este concepto clínico carece de valor.

Para el desarrollo de este capítulo hemos creído conveniente dividir su estudio en tres partes:

1. Propedéutica obstétrica
2. Maniobra mensuradora de Pinard
3. Prueba del trabajo de parto

PROPEDÉUTICA OBSTÉTRICA

Habitus exterior. El habitus exterior nos proporciona datos sobre estigmas de enfermedades nutricionales, sobre el tipo constitucional del conjunto, sobre deformaciones de la columna vertebral que pueden implicar alteraciones de la pelvis.

También la estatura baja; la relación céfalo corporal en desarmonía, la diferente longitud o la actitud viciosa de los miembros inferiores; las oscilaciones verticales

o anteroposteriores del cuerpo y las atrofias musculares inducen a pensar en una pelvis anormal.

Antecedentes hereditarios. Los antecedentes hereditarios tienen alguna importancia ya que el tipo y el tamaño de la pelvis pueden heredarse.

Antecedentes personales patológicos. La alimentación artificial deficiente en la primera infancia, la dentición tardía, la edad tardía en que principió la marcha, orientan a pensar en estados patológicos que causan alteraciones en el desarrollo de la pelvis. Son de gran interés las afecciones generales y los traumatismos de la infancia o de la adolescencia que ocasionan alteraciones en el desarrollo de la pelvis, por sí mismos o por la inmovilización prolongada; mencionaremos, en primer lugar, el raquitismo, la tuberculosis osteoarticular, las fracturas, luxaciones, la parálisis infantil, etc.

Antecedentes ginecoobstétricos. La menarca tardía puede corresponder a hipoplasia de los genitales acompañada del desarrollo insuficiente de la pelvis. Los antecedentes obstétricos arrojan mucha luz en nuestro estudio, ya que una historia obstétrica en la cual haya habido partos distóicos, sobre todo con productos más o menos normales en talla y en peso, nos orillarán a pensar en el diagnóstico de estenosis pélvica; así mismo las presentaciones anormales, los partos laboriosos, aplicaciones de fórceps, cesáreas, mortinatos, neomortos, etc.

Exploración. Con los métodos de exploración podemos orientar más nuestro estudio ya que a la simple inspección regional podremos encontrar disminución del tamaño de la pelvis ósea, así como desarrollo exagerado del vientre y la forma de éste, que en determinados casos es muy sugestiva (vientre en obús). A la medición podemos encontrar

* Sociedad de Ginecología y Obstetricia de León, Gto. Reproducido de: Hernández-Cruz A, Pérez-Moreno V, González Negrete D. Valoración de los métodos clínicos en el estudio de la pelvis ósea. Ginecol Obstet Mex 1958;13:190-194.

aumento exagerado de la altura uterina causado por la falta de encajamiento en la primigesta.

Consideramos de mayor interés el hallazgo del polo cefálico haciendo saliente por encima y por adelante del pubis en la primigesta a término.

Pelvimetría externa. Los diámetros biespinoso, bicrestal, bitrocantéreo y los oblicuos externos, cuando presentan alguna importante modificación en sus cifras, orientan a explorar cuidadosamente la pelvis menor. El diámetro de Baudelocque orienta al clínico sobre la dimensión del diámetro anteroposterior del estrecho superior y es de mucho interés; hemos observado que en un número grande de problemas de estrechez pélvica el diámetro de Baudelocque era inferior a 17 cm. La topografía del rombo de Michaelis nos hará pensar en una pelvis asimétrica o en una pelvis de tipo platipeloide. Los diámetros biisquiático, subsacro, subpúbico y los sagitales anterior y posterior nos informan directamente de las modificaciones del estrecho inferior.

Pelvimetría interna. Cosa contraria podemos decir de la pelvimetría interna; la importancia tan grande que tiene desgraciadamente ha sido olvidada en nuestro medio médico general y cuántos casos se han dejado entrar a pleno trabajo de parto sin antes haber hecho el más simple tacto vaginal para cerciorarse del diámetro más exacto, el promonto retropúbico; de ello resulta que después de innumerables horas de trabajo se va a encontrar una cabeza únicamente insinuada.

Es en la pelvimetría interna donde debemos descansar nuestro estudio clínico y después del diámetro anteroposterior mencionado, debemos tener en cuenta la altura del pubis, su arco y su inclinación. La pelvimetría interna nos ofrece el conocimiento de la capacidad de la excavación pélvica y de las anomalías en la estructura anatómica de los componentes óseos de la pelvis.

En tratándose de un trabajo de pelvimetría no podía faltar la contribución de uno de nosotros en un instrumento obstétrico denominado dedal pelvímétrico. (Dr. Victoriano Pérez Moreno)

Decíamos que la pelvimetría interna es más importante, ya que nos da los verdaderos diámetros por los que tiene que pasar el feto; desgraciadamente por ser molesta para la paciente y por haber abandonado el uso del pelvímetro que hace algunos años se usaba de múltiples modelos, nos limitamos a calcular por el tacto, si alcanzamos o no el promontorio, haciendo una revisión general de la

pelvis, cosa que en esta época de medidas exactas resulta completamente anticientífica, ya que los que tienen dedos largos podrán sentir muchos promontorios y los de manos pequeñas los sentirán excepcionalmente.

Para subsanar estas irregularidades, estoy usando un pelvímetro, al que he denominado dedal pelvímétrico, el cual, como un dedal, se puede insertar en el índice de la mano derecha. Fue inspirado en los anillos del Dr. Duque de Estrada para medir la pelvis.

Es un cono de aluminio de 8.5 cm de longitud, graduado en medios centímetros. En su borde inferior tiene un pequeño orificio en el que se inserta una cinta; haciendo el tacto con él se alcanza fácilmente el promontorio; con la cinta y el índice de la mano izquierda se marca el borde inferior del pubis; se extrae y volviendo la cinta sobre el pelvímetro se lee el número de centímetros que tiene el diámetro promonto subpúbico, sumándolos a ocho y medio, que mide el pelvímetro.

Para medir los diámetros transversales de la pelvis se coloca como barra, sosteniéndolo por la parte media con dos dedos de la mano izquierda; con dos dedos de la mano derecha se corre la cinta hasta el punto en que se deseé, se extrae por medio de la cinta el instrumento, sosteniéndole en el punto marcado y midiendo sobre el mismo pelvímetro la cantidad de centímetros que debe añadirse al pelvímetro para obtener el diámetro deseado.

Prácticamente los diámetros que pueden medirse sin dificultades son promonto subpúbico y el biciático. En la pelvimetría externa el biisquiático.

Este pelvímetro tiene las siguientes ventajas: por su forma cónica se introduce fácilmente. Es un solo instrumento y no varios juegos, y sirve para medir los diámetros anteroposteriores y los transversales.

Maniobra mensuradora de Pinard

Para medir la pelvis en estudio, lo clínico es tener en cuenta el proyectil fetal. Por ello es útil la maniobra mensuradora de Pinard por medio de la cual tratamos de impulsar la cabeza en el estrecho superior (con la cabeza estamos midiendo la pelvis); si se logra introducirla, es prueba de su compatibilidad. En este caso positivo adquiere su mayor valor esta maniobra. Si no se logra introducirla, no quiere decir que la pelvis sea estrecha, porque pueden existir factores ajenos como capacidad de deformación de la cabeza, calidad del trabajo uterino, etc.

Prueba del trabajo de parto

En los dos capítulos anteriores (propedéutica obstétrica y maniobra mensuradora) se ha tomado la base dimensional como juicio para el estudio de la pelvis, habiéndose olvidado de la multitud de factores estáticos y dinámicos que entran en juego. Para hacer un diagnóstico correcto de estenosis pélvica se requiere el complemento indispensable representado por el proyectil fetal (tamaño, actitud, grado de moldeabilidad, etc.) y de igual importancia el enorme papel representado por las fuerzas expulsivas. A estos dos factores se le debe dar todo su valor con la prueba del trabajo de parto. Para verificarla se debe contar con un buen medio asistencial en donde se pueda encontrar a la mano la solución inmediata a cualquier problema que se presente y, requisito indispensable, es la observación cuidadosa personal de quien atiende el caso, para darse cuenta de la evolución del mismo. Esta evolución se iniciará desde el comienzo verdadero del trabajo, tomando como principio o base el grado de descenso de la presentación para poder valorar correctamente el descenso que se logre, de acuerdo con las contracciones uterinas y el grado de dilatación obtenido. De la valoración correcta de los factores mencionados y la de los latidos fetales, se decidirá si el parto sigue su curso normal o se detendrá, si la prueba ha sido suficiente, para sentar entonces un juicio correcto, de estenosis pélvica y proceder de inmediato a la terapéutica indicada.

COMENTARIO

Por convicción clínica hemos evitado la transcripción histórica y minuciosa de cada uno de los diámetros, planos, ejes, etc., de la pelvis ósea. Sólo justificaría esta integral revisión si fuera un trabajo de investigación para ratificar o rectificar lo universalmente aceptado.

Así como la medición aislada de la pelvis ósea carece de valor clínico, este capítulo del simposio sería árido e inútil si realizara la enumeración de diámetros y de cifras sin la concepción clínica del tema principal de estenosis pélvica.

Tanto la pelvimetría externa como la pelvimetría interna, aún practicadas con el mayor cuidado y por personas de gran experiencia, no permiten asegurar el diagnóstico de pelvis estrecha. Está aceptado que en el estudio de esta distocia no interesa el concepto aislado de medidas, no es cuestión de matemáticas, sino de clínica, de relación

fetopélvica en un proceso vital, en el que hay que tomar en cuenta otros factores, como edad del embarazo, cabeza fetal en sus características de dimensiones, capacidad de deformación, grado de moldeabilidad y actitud; la calidad de la dinámica uterina y las partes blandas del canal pélvico.

El valor de la pelvimetría externa y de la pelvimetría interna se limita a la orientación para poner en práctica otros procedimientos de gabinete; la maniobra mensuradora de Pinard y la prueba del trabajo de parto constituyen la mejor medición de la pelvis.

CONCLUSIONES

1. La propedéutica obstétrica por medio de sus capítulos de interrogatorio, de hábitus exterior y de exploración regional nos induce a pensar en la posibilidad de una estenosis pélvica.
2. Las anomalías dimensionales de los diámetros externos de la pelvis mayor sólo orientan hacia una cuidadosa medición de la pelvis menor.
3. La pelvimetría interna reviste mayor interés, sobre todo en la expresión del diámetro promonto subpúblico, que revela directamente sus dimensiones. Este procedimiento pelvimétrico nos orienta hacia el estudio radiológico y nos prepara para manejar el caso en un terreno probablemente distóxico.
4. Con el concepto clínico de relación fetopélvica se considera a la maniobra mensuradora de Pinard, y a la prueba del trabajo de parto como los mejores métodos clínicos de estudio de la pelvis, ya que así se toma en cuenta a los factores estáticos y dinámicos que intervienen en el mecanismo del parto.

REFERENCIAS

1. Beck, Alfred. Prácticas de Obstetricia. 4^a ed, 1947.
2. Castelazo Ayala L. Obstetricia, 1947.
3. Eastman. Obstetricia de Williams. 2^a ed, 1953.
4. Fragoso LD. Lecciones de Obstetricia, 1952.
5. Font SD. Tratado de Obstetricia, 1949.
6. León J. Tratado de Obstetricia. Nubiola Zárate, 1951.
7. Moragues Bernart J. Clínica Obstétrica. 4^a ed, 1948.
8. Pérez ML. Tratado de Obstetricia. 6^a ed, 1951.
9. Stuttgart KB. Tratado de Obstetricia. A Doderlein,