



Operación cesárea postmortem con supervivencia fetal. Informe de un caso

Arturo Juárez Azpilcueta,* Consuelo Carrillo Martínez,*
 Serafín Romero Hernández,* Eduardo Motta Martínez*

RESUMEN

Introducción: En la antigüedad se realizaba extracción del feto de una madre muerta para permitir la inhumación separada; aunque en la actualidad la cesárea postmortem es rara, se efectúa para tratar de salvar al feto. **Objetivo:** Presentar un caso de operación cesárea postmortem con supervivencia del feto. **Presentación del caso:** Mujer de 27 años que ingresa al Servicio de Urgencias de Ginecoobstetricia con diagnóstico de embarazo de 39 semanas en trabajo de parto, con preeclampsia severa, presenta crisis convulsiva con broncoaspiración masiva, se le declara muerta. Se realiza operación cesárea postmortem con supervivencia fetal.

Palabras clave: Cesárea postmortem, supervivencia fetal.

ABSTRACT

*Time ago the cesarean section in a dead mother was usually done with the purpose to allow a separate burial; by now, the hope of the rare possibility to save the fetus, justifies the surgical procedure for delivery. **Objective:** to present a case of postmortem cesarean section with survival of the fetus. **Case:** a 27 years old female patient was admitted in emergency at the gynecobstetrics service, with a diagnosis of 39 weeks pregnancy and delivery work, severe preeclampsia, convulsive crisis and massive bronchial aspiration. She died and a post mortem cesarean was performed succeeded with a survival fetus.*

Key words: Postmortem cesarean, survival fetus.

INTRODUCCIÓN

Cronológicamente, la operación cesárea postmortem fue realizada para salvar la vida de los neonatos en madre muerta y finalmente aplicada en madre viva. Los primeros documentos que nos hablan del procedimiento, ya en forma, datan de siete siglos antes de nuestra era, en la *Lex Regia*, de Numa Pompilio, durante el imperio romano.

La operación cesárea postmortem, por el influjo del cristianismo, se encaminó a salvaguardar no sólo la vida, sino también el alma del feto y se practicó bajo obligación social, moral y religiosa. En

nuestro país, desde el siglo XVIII, por ley debía de ser practicada.

Revisando el *Derecho Penal Mexicano*, encontramos que se autoriza y permite la operación. En los mismos textos, se comenta que el médico encargado del caso tiene no sólo el derecho, sino también la obligación de intervenir e incurrir en responsabilidad penal si no lo hiciera, ya que debe velar por la salud y vida de la madre y del hijo.

La operación cesárea postmortem es un acontecimiento que se presenta muy ocasionalmente en la vida profesional del ginecólogo, pero que al suceder puede ser el único recurso para obtener un niño vivo, y deberá de realizarse sin pérdida de tiempo y de preferencia tener una idea clara de la técnica quirúrgica, así como de los factores que van a influir en el éxito del procedimiento. Se presenta el caso

* Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de México.

de una operación cesárea postmortem y una revisión del tema en la literatura.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Ingresa paciente de 27 años, soltera, quinto embarazo, tres partos, con un aborto, diagnóstico de embarazo de 39.1 semanas de gestación, con PUVI, preeclampsia severa en trabajo de parto. Antecedentes heredofamiliares y personales patológicos sin importancia. Refiere cefalea bitemporal y pulsátil de intensidad severa.

Exploración física: Tensión arterial, 170/110 mm Hg; frecuencia cardíaca, 70 por minuto; frecuencia respiratoria, 28 por minuto; temperatura 36 °C. Consciente, intranquila, regular estado de hidratación, cooperadora, tórax con mamas turgentes y secretantes, dificultad respiratoria de medianos esfuerzos, campos pulmonares con múltiples estertores roncantes, movimientos respiratorios disminuidos, abdomen globoso por útero gestante, fondo uterino a 35 cm de borde superior de sínfisis de pubis; producto único vivo, intrauterino, presentación cefálica, situación longitudinal, posición derecha, frecuencia cardíaca fetal 135x', movimientos fetales espontáneos y actividad uterina regular; genitales externos de acuerdo a edad y sexo sin alteraciones. Tacto vaginal: cérvix con 7 cm de dilatación y 90% de borramiento, membranas íntegras, presentación en primer plano de Hodge, pelvis útil. Edema hasta tercio superior de ambas piernas ++/++++, reflejos osteotendinosos aumentados ++/++++.

Evolución: 15 minutos posterior a su ingreso presenta broncoaspiración masiva, paro cardiorespiratorio irreversible a maniobras de reanimación, se declara muerta. Se monitoriza frecuencia cardíaca fetal de 110 latidos por minuto, se decide operación cesárea postmortem obteniéndose producto único, vivo, masculino de 2.850 g; Apgar de 1-4-8, Capurro de 40 semanas. Evolución neonatal satisfactoria hasta el año de vida. El hallazgo de autopsia se revelan datos sugestivos de edema agudo pulmonar, broncoaspiración masiva, hígado con hemorragias subcapsulares y parenquimatosis focales, necrosis hemorrágica y fibrinoide perportal, infiltrado inflamatorio mononuclear alrededor de la vena central. En riñones datos de nefropatía por enfermedad hipertensiva asociada a embarazo con trombos de fibrina en capilares glomerulares, infiltrado crónico intersticial y congestión de vasos medulares.

COMENTARIO

Ningún individuo tiene el derecho de deliberada e intencionalmente tomar la vida de otro, o privar a otro del derecho de vivir. La obligación de salvar la vida humana es absoluta.

H. Lattuada P., 1952

Desde la época prehistórica, según el historiador y médico Reinhard Hofschlaeger, la operación cesárea postmortem se practicaba para evitar así que se desataran maleficios contra los vivos. En el año 2160 a.C., según el papiro egipcio Kahum, la operación la practicaban mujeres cirujanas. Numerosos escritos recomiendan la realización de la cesárea postmortem, tales como el *Jagur Veda*, el *Talmud*, el *Mishnaha* y el *Nidda*. Son ejemplos de notables personajes nacidos por operación cesárea postmortem: Escipión el Africano, Asclepio, Dionisio, Adonis, Bacco, Brahma, Buda, Eduardo VI de Inglaterra, San Ramón Nonato y Andrea Doria.¹

En la *Lex Regia*, de Numa Pompilio (715-673 a.C.) se decretó: "*Si mater pragens mortua fuerit, factus guam primun caute extrabatur: ac, si vivus fuerit baptisetur*", lo cual prohibía enterrar a mujer que muriera estando embarazada, sino que había que extraerle el feto para que pudiera salvarse su alma.

Años posteriores, en la Nueva España fue editada la obra *La Caridad del Sacerdote para con los niños encerrados en el vientre de sus madres difuntas*, la cual es una obra que habla de la operación cesárea postmortem para salvar al feto y proporcionarle las aguas bautismales. En esa misma época, el virrey Fray María de Bucareli, dictó la orden que en todo el virreinato se practicara la operación en toda mujer embarazada que perdiera la vida.

La primer cesárea postmortem en territorio mexicano se publica en la *Gaceta de México* (29 de mayo de 1779), la cual se efectuó el 26 de enero de ese mismo año en la misión de Santa Clara California por Fray Joseph Viader y Fray Joseph Viñals.²⁻⁴

Existen datos aislados en cuanto al número de cesáreas postmortem, la frecuencia informada por diversos autores es la siguiente: Smith registra 114 casos con un 50% de supervivencia fetal de 1865 a 1926; Cloud informa en 1960 haber encontrado descritos en la literatura mundial 118 casos en los últimos 250 años; Behney en 1961 señala 135 casos con 11 que él suma a los encontrados en la literatura, 37.5% recién nacidos fallecieron antes de salir del hospital.⁵⁻⁷ Duer de 1879-1956 registra 114 casos, encontrando que la enferme-

dad hipertensiva del embarazo ocupaba el primer sitio como causa de muerte materna. Katz notifica el mayor número de casos recopilados en la literatura mundial con 269 cesáreas postmortem.⁸

Son cinco los principales factores que determinan el éxito de la operación:

1. *Edad gestacional*. El límite inferior para lograr posibilidades de éxito es la semana 28 de gestación.
2. *Estado del feto*. Se recomienda realizar la operación independientemente de tener la certeza de viabilidad fetal. En caso de que el feto este vivo y en condiciones satisfactorias, las posibilidades de éxito son mayores.
3. *Tiempo que transcurre entre la muerte materna y el nacimiento del feto*. El tiempo que transcurre entre la muerte materna y el nacimiento del feto es otro factor que determina el éxito de operación. Se ha informado que el tiempo ideal son los primeros 20 minutos, aunque existen casos de supervivencia fetal posterior a los 22 minutos.^{9,10} Sólo se ha registrado en la literatura un caso de supervivencia fetal después de 45 minutos de ocurrido el deceso de la madre.¹¹
4. *Motivo de la muerte materna*. La diferencia entre la muerte de una madre con un padecimiento crónico y aquella que ocurre en forma repentina e inesperada, radica en la condición general de hipoxia que ocasiona la primera situación; en este caso, para el feto el pronóstico es más pobre que cuando suceden los acontecimientos del segundo caso.
5. *Adecuada y rápida reanimación del recién nacido*. Es una medida lógica entender que, si la persona a la que le toque la reanimación del recién nacido conoce el suceso previo y cuenta con los recursos disponibles para la rápida reanimación del recién nacido, el pronóstico para la supervivencia fetal se verá favorecido.

El Dr. Ruiz Velasco describe las normas para acortar el tiempo entre la muerte de la madre y la extracción del producto en caso de operación cesárea pre y postmortem, los cuales se enumeran a continuación.¹⁶

1. Tener la preparación para efectuar la operación y reanimación del producto.
2. Tratar de estar presente a la hora de la muerte.
3. Efectuar la cirugía en el sitio de la muerte.
4. Efectuar la cirugía rápida, aunque con poca técnica.

5. No perder tiempo en conocer las condiciones y estado del feto.
6. No tratar de obtener el consentimiento en ese momento de los familiares.
7. Conservar la calma y seguir un plan determinado.

El conocimiento de todos los factores, así como las normas que permiten acortar tiempo en la técnica de la operación cesárea, en conjunto, fortalecen e incrementan la posibilidad de éxito de lograr salvar la vida del feto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly JV, Pointe G, Winston HG et al. Successful postmortem cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1956; 72 (1): 203-207.
2. Ruiz VV, Pérez de Salazar JL. Evolución de la cesárea en México. *Gin Obs Mex* 1970; 160 (27): 115-122.
3. Juárez AA, Villarreal PC. Historia cronológica de la cesárea y su evolución en México. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 1996; 41 (1): 33-36.
4. Villalobos M, Karchmer S, Gonzáles G. Operación cesárea postmortem y en la paciente agónica. *Gin Obs Mex* 1967; 22: 607.
5. Behney CA. Cesarean section delivery after death of the mother. *JAMA* 1961; 176 (7): 135-137.
6. Cloud IG. Cesarean section on the dead and the moribund. *Obstet Gynecol* 1960; 16: 27-30.
7. Smith GE. Post-mortem section following accidental death. *Br J Obstet Gynecol* 1973; 80: 181.
8. Katz VL, Dotters DJ, Groegemueller W. Perimortem cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1986; 68: 571-576.
9. Weil AM, Graber VR. The management of the near-term pregnant patient who dies undelivered. *Am J Obstet Gynecol* 1957; 73: 754.
10. Lopez-Zeno JA, Waldemer AC, O'Grady JP. Infant survival following delayed postmortem cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1990; 76 (5): 991-992.
11. Cantoni A, Rasori C. On a case of postmortem cesarean section with unusual survival of the fetus. *Obstet Gynecol* 1960; 82: 31.
12. Vitsky M. Cesarean section on the dead and the critically injured. *Am J Obstet Gynecol* 1964; 90 (1): 17-21.
13. Weber CE. Postmortem cesarean section: Review of the literature and case reports. *Am J Obstet Gynecol* 1971; 110 (2): 158-165.
14. Miller HJ, Jeansonne WO, Crapanzano JT. An evaluation of postmortem cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1965; 91: 931-933.
15. Arthur RK. Postmortem cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 132 (2): 175-177.
16. Ruiz VV. Cesárea post mortem. *La operación cesárea*. México: La Prensa Médica Mexicana 1971.

Dirección para correspondencia:

Dr. Arturo Juárez Azpilcueta
Av. Hidalgo 36
Col Barrio de la Asunción
16040 México, D.F.
Teléfono: 56-76-87-23.