

PARTO VAGINAL POST-CESAREA*

*Dr. Fernando del Corral, M.D.***
*Dr. Hernando Navarro, M.D.***
*Dr. Mauro Ortiz, M.D.***

Es de todos conocida la fragilidad del útero grávido después de una cesárea corporal, procedimiento que sólo se practica en casos especiales, acogiéndose la mayoría de los cirujanos a la cesárea segmentaria que brinda mayor solidez y resistencia de la cicatriz uterina para un posterior trabajo de parto (1) dejando la posibilidad de parto vaginal. Teniendo en cuenta que este tema sigue despertando controversias, hemos hecho una revisión de nuestra casuística con el deseo de aportar nuestras experiencias.

La problemática actual se puede resumir en tres criterios:

Primero: El de los que preconizan el aforismo de "cesárea una vez siempre cesárea" (2-3). En una revisión reciente se corrobora aparentemente este criterio, al verificar un estudio histológico de la cicatriz de cesárea, cuyos resultados denotan alteraciones de este tejido que apoyan la conducta de cesárea de repetición (4).

Segundo: El de los que por el contrario, permiten prueba de trabajo de parto en todos los casos de cesárea previa, excepto cuando persiste una indicación definida para la misma. Aducen entre otras razones que el temor de ruptura de la cicatriz no

es razón suficiente para repetir la cesárea (5-6-7).

Tercero. El de una posición intermedia, que seguimos en nuestro medio y que comparten también otras escuelas (8-9). Se hace la valoración de la embarazada con cesárea previa, teniendo en cuenta una serie de parámetros que comprende entre otros: indicación de la primera cesárea, tipo de incisión etc., lo cual ha sido resumido anteriormente por nosotros (10) en la revisión de tres factores:

- A) Aspecto Quirúrgico
- B) Evaluación Obstétrica y
- C) Estado de la cicatriz.

Material y Métodos

Se revisaron 424 pacientes con cesárea previa, admitidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario del Valle (*) en los meses

* Experiencias realizadas en el Hospital Universitario del Valle "Evaristo García". Facultad de Medicina, Universidad del Valle. Cali, Colombia, S. A.

** Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina, Universidad del Valle. Cali, Colombia, S. A.

(*) Hospital Universitario del Valle "Evaristo García".

comprendidos desde Enero 1º 1964 hasta Noviembre 30, 1968. De ellas, 219 habían tenido más de dos cesáreas y por lo tanto no se incluyeron en este estudio. Las restantes, 205 casos, fueron valorados de acuerdo a los parámetros enunciados en previa publicación por Del Corral y Muñoz (10).

Resultados

De los 205 casos de cesárea previa, 63 (30,7%) terminaron su embarazo por parto vaginal y las restantes 142 (69,3%) fueron sometidas a cesárea de repetición. Las indicaciones para ésta figuran en el Cuadro N° 1. Las indicaciones para la cesárea previa en las pacientes que fueron escogidas para el parto vaginal figuran en el Cuadro N° 2.

PARTO VAGINAL POST-CESAREA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
ENERO, 1964 - NOVIEMBRE, 1968
INDICACIONES PARA REPETIR CESAREA

INDICACIONES	Nº DE CASOS	%
ESTRECHEZ PÉLVICA	34	16,0
INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA	22	10,7
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	15	7,3
DESpropORCION CEFALOPELVICA	13	6,4
PLACENTA PREVIA	12	5,9
PRESENTACION DE PELVIS	12	5,9
DISTOCIA DE CONTRACCION	10	4,9
SUFIMIENTO FETAL	7	3,4
DISTOCIA DEL CUELLO	5	2,5
SITUACION TRANSVERSA	4	1,9
PROCIDENCIA DE CORDON	4	1,9
CESAREA Y MIOMECTOMIA PREVIAS	2	,9
ELECTIVA PARA ESTERILIZACION	2	,9
TOTAL	142	69,2

CUADRO N° 1

Llama la atención que en 17 casos (26,0%) la indicación había sido desproporción cefalo-pélvica, no obstante lo cual fueron sometidas a parto vaginal; pero analizadas las historias, se observó que se trataba de

una desproporción cefalo-pélvica límite y fueron sometidas a cirugía por otras indicaciones tales como: sufrimiento fetal, distocia de contracción o trabajo de parto prolongado. En el mismo cuadro figuran 13 pacientes (20,6%) en las cuales el dato de indicación de la cesárea previa no se obtuvo; la mayoría de estas pacientes habían sido intervenidas fuera del Hospital Universitario del Valle.

Otras causas menos frecuentes están divididas en: pacientes intervenidas por situación transversa, sufrimiento fetal, desprendimiento prematuro de placenta, etc. (Cuadro N° 2).

PARTO VAGINAL POST-CESAREA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
ENERO, 1964 - NOVIEMBRE, 1968
INDICACIONES PARA LA CESAREA PREVIA

INDICACIONES	TOTAL	%
DESpropORCION CEFALOPELVICA	17	26,9
SIN DATO	13	20,6
PLACENTA PREVIA	9	14,3
SITUACION TRANSVERSA	8	12,7
SUFIMIENTO FETAL	6	9,6
DESprendIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA	5	7,9
PRESENTACION DE FRENTE	3	4,8
DISTOCIA DE CONTRACCION	1	1,6
PRESENTACION DE PELVIS	1	1,6
TOTAL	63	100%

CUADRO N° 2

El número de partos previos a la cesárea en los 63 casos se expone en la Tabla N° 1, en donde la mayor parte de las pacientes, 22 (34,9%) no habían tenido ningún parto previo, 13 (20,6%) eran primíparas, 18 (28,4%) habían tenido de 2 a 5 partos previos y 10 (15,9%), con más de 5 partos. En este grupo 32 de las pacientes (50,7%), tuvieron control prenatal en este Hospital y 31 (49,3%), fueron vistas por primera vez durante el trabajo de parto.

La edad gestacional en semanas, en las pacientes que fueron sometidas a parto vaginal fueron: 5 pacientes con

PARTO VAGINAL POST-CESAREA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
ENERO, 1964 - NOVIEMBRE, 1968
Nº DE PARTOS ANTES DE LA CESAREA.

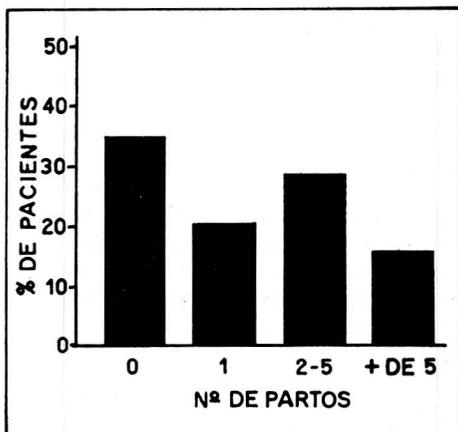


TABLA Nº 1

embarazo entre 28 y 33 semanas (7,9%), 18 con una edad entre 34 y 38 semanas (28,6%), y 40 con embarazo superior a las 38 semanas (63,5%). Tabla Nº 2.

La edad de las pacientes se expresa en la Tabla Nº 3, en la cual se destaca que en el 95% de las pacientes sus edades oscilaron entre los 21 y 35 años y que solamente 2 pacientes (3,17%) eran mayores de 40 años.

Las horas del trabajo de parto a que fueron sometidas estas pacientes fueron: en 12 pacientes menos de 5 horas (19%); la mayor parte, 38 (60,3%) tuvieron una duración inferior a las 15 horas y solamente 9 pacientes (14,3%) tuvieron un trabajo de parto de más de 15 horas. No se pudo obtener este dato en 4 pacientes (6,4%), Tabla Nº 4.

El parto se presentó en 41 pacientes (65,1%), en variedades anterior-

PARTO VAGINAL POST-CESAREA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
ENERO, 1964 - NOVIEMBRE, 1968
EDAD GESTACIONAL

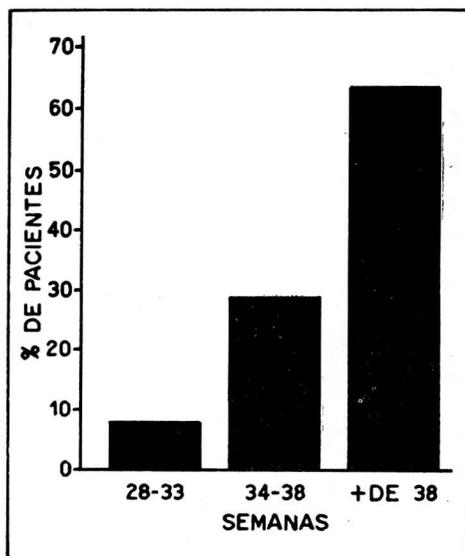


TABLA Nº 2

PARTO VAGINAL POST-CESAREA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
ENERO, 1964 - NOVIEMBRE, 1968
EDAD DE LAS PACIENTES

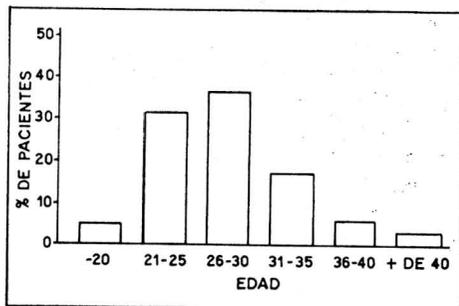


TABLA Nº 3

res de vértice; en variedades posteriores 7 pacientes (11,1%), en 8 pacientes (12,7%) en transversa y en 7 pacientes (11,1%), en presentación de pelvis. Tabla Nº 5.

PARTO VAGINAL POST-CESAREA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
ENERO, 1964 - NOVIEMBRE, 1968
TRABAJO DE PARTO EN HORAS

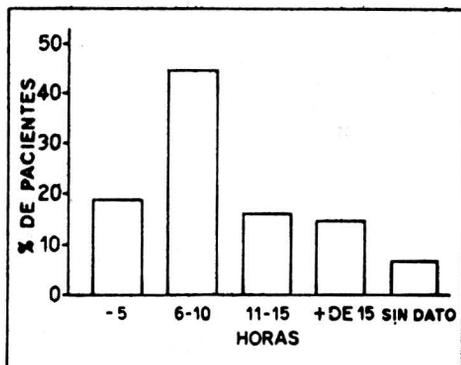


TABLA Nº 4

Cabe señalar que a pesar de que hemos estipulado que cualquier variedad diferente de las anteriores de vértice no debe ser sometida a parto vaginal, un número de 15 pacientes (23,9%), fueron sometidas a él con variedades posteriores y transversas, pero en ellas la evolución del trabajo de parto fué altamente favorable y rápida, pudiendo permitir el mismo en forma justificable. Figuran en nuestra estadística 7 casos (11,1%), que fueron sometidos a parto vaginal en presentaciones de pelvis por haber llegado en estados avanzados de su parto y uno de los cuales es el único caso de mortalidad perinatal presentado en este trabajo. Hemos condenado el parto vaginal en presentaciones de pelvis en pacientes con cesárea previa debido a que las manipulaciones para la extracción de la cabeza última son las responsables de una alta incidencia de ruptura uterina.

A pesar de que se ha postulado que este tipo de parto debe ser asistido para reducir la morbilidad ma-

terna y perinatal, solamente fueron intervenidas 34 pacientes (54%), y las restantes 29 (46%) tuvieron un parto espontáneo. La mayor parte de las intervenciones correspondieron a 33 casos (52,4%), que terminaron el parto con ayuda del extractor al vacío y solamente uno por extracción con fórceps. Ello se debe a la tendencia del servicio a adquirir una mayor experiencia con el uso del extractor al vacío (trabajo para próxima publicación) (11) y no por considerar que el fórceps no sea una ayuda valiosísima para la terminación del parto en este tipo de pacientes como lo demuestra la incidencia de su aplicación en estos casos por otros autores (12).

PARTO VAGINAL POST-CESAREA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
ENERO, 1964 - NOVIEMBRE, 1968
PRESENTACION

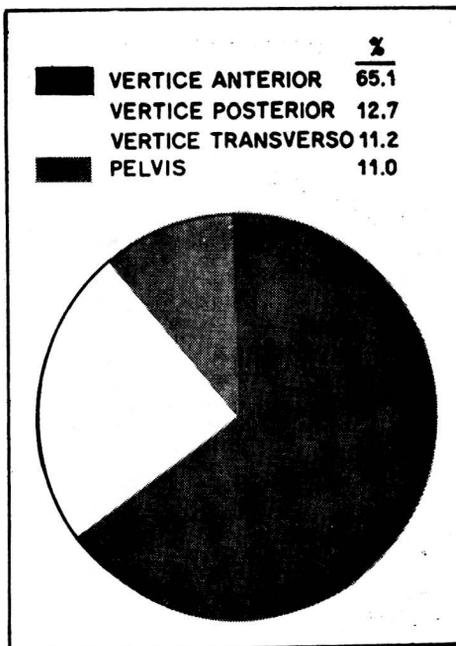


TABLA Nº 5

El peso fetal en gramos de los fetos obtenidos en las pacientes sometidas a parto vaginal se presenta en la Tabla Nº 6, en donde vale la pena señalar que en 43 casos (68,2%) el peso fue entre 3.000 y 4.000 grs., en 3 casos inferior a 2.000 (4,8%) y en 3 fue superior a 4.000. El estado fetal se valoró de acuerdo a la clasificación de Apgar, habiéndose encontrado que en 56 casos (88,8%) el Apgar fue entre 7 y 10; 2 casos (3,2%) con apgar entre 4 y 6 y solo un caso con índice inferior a 3 (1,7%). Se presentaron 4 mortinatos (6,4%) 3 de los cuales llegaron al servicio siendo fetos muertos y en el restante se trató de una muerte fetal intrapartum por retención de cabeza última, al cual ya hicimos referencia.

PARTO VAGINAL POST-CESAREA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
ENERO, 1964 - NOVIEMBRE, 1968
PESO FETAL EN GRAMOS

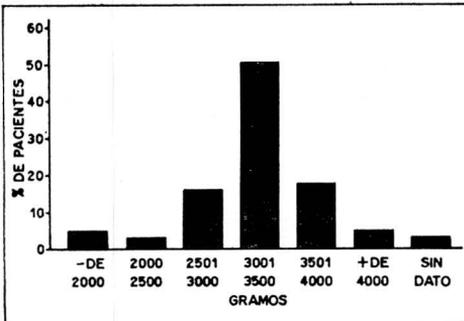


TABLA Nº 6

En 3 casos (4,8%) al evaluar la cicatriz uterina post-parto se encontró dehiscencia de la cicatriz pero evolucionaron satisfactoriamente con tratamiento conservador. Se presentaron 2 casos de ruptura uterina a nivel de la cicatriz (3,2%) que habían sido sometidos previamente a cesárea segmentaria transversal transperitoneal y a los cuales se practicó histerorrafia y esterilización sin haberse

presentado ninguna complicación. En los 58 casos restantes (92%) no se presentó ninguna alteración en la cicatriz previa.

Vale la pena destacar que en ninguno de los 63 casos sometidos a parto vaginal se presentó mortalidad materna.

Sobre el pronóstico de futuros partos se dice que el hecho de que una paciente haya tenido uno o más partos después de una cesárea, no implica que la posibilidad de la ruptura en un nuevo parto no exista (4). Sólo 5 pacientes tenían más de un parto vaginal post-cesárea en el momento de su ingreso (7,8%); con antecedente de un parto posterior a la cesárea hubo 13 pacientes (20,5%). Las demás no habían tenido aún ningún parto después de la cesárea.

Comentario

El parto por vía vaginal en pacientes con cesárea anterior es un procedimiento posible y lógico, siempre y cuando que la evaluación de cada caso sea cuidadosa y que se reúnan las condiciones requeridas. En esta forma hemos obtenido parto vaginal en el 30,7% de los casos de pacientes sometidas a cesárea previamente. Estas cifras están de acuerdo con las presentadas en la literatura (13) en las cuales se ofrece una incidencia que oscila desde un 16,3% hasta un 74%, dando un promedio para todas las series investigadas de un 38% (4).

El temor de la posible ruptura de la cicatriz por sí solo, no justifica la intervención cesárea (13).

Los datos analizados en el Cuadro Nº 2, están de acuerdo con los de otros autores (14-15) que han señalado situaciones similares, concluyén-

dose que el solo diagnóstico de desproporción cefalo-pélvica no debe excluir el parto vaginal en embarazos posteriores (13).

Vale la pena mencionar que el 50% de las pacientes manejadas por nosotros no había asistido a control prenatal, disminuyendo así las posibilidades de éxito en el manejo de estos casos. En cuanto al tiempo de trabajo de parto cursado por estas pacientes, en casi la totalidad fue normal y durante el mismo solamente 2 acusaron dolor de la cicatriz y 3 presentaron hematuria, pero todas evolucionaron sin complicaciones. Debe anotarse que si bien es cierto que el dolor y la hematuria pueden ser signos de dehiscencia o ruptura uterina, la ausencia de los mismos no excluye tal posibilidad, no existiendo en ocasiones ningún signo ni síntoma que la haga sospechar y que muchas veces puede ser solamente un hallazgo del post-parto (16).

La revisión de la cavidad uterina del post-parto se practicó cuidadosamente mediante palpación intrauterina, encontrándose 3 dehiscencias (4,8%) que evolucionaron satisfactoriamente con tratamiento conservador como ya lo mencionamos antes, así como también la incidencia de ruptura, 2 casos (3,2%) y su manejo. Las 5 pacientes con antecedentes de cesárea corporal no presentaron alteraciones de la cicatriz uterina a pesar de la alta incidencia de ruptura en este tipo de cesárea, aún antes del trabajo de parto (17). La incidencia de ruptura presentada, es alta en comparación con las presentadas por otros autores (18-19). Esto puede ser atribuible a que se permitió parto vaginal en pacientes con variedades posteriores de vértice y aún en presentación de pelvis (Tabla N° 5). No obstante, la incidencia de mortalidad fetal fué muy baja, (un solo ca-

so), intraparto, de prematuro en presentación de pelvis y que hizo retención de cabeza última.

En ninguna de las pacientes se presentó mortalidad materna, por lo tanto se recomienda este procedimiento como seguro, siempre y cuando se llenen en forma estricta los requisitos indispensables de acuerdo a los postulados ya mencionados.

Resumen

1. Se analizan 205 casos que con cesárea previa fueron sometidas a observación durante un nuevo embarazo, en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario del Valle.

2. De los 205 casos, 63 (30,7%) terminaron su embarazo por parto vaginal y las restantes, 142 (69,2%) fueron sometidas a cesárea de repetición.

3. Las indicaciones más frecuentes para la primera cesárea fueron en su orden: desproporción cefalo-pélvica, placenta previa y situación transversa.

4. De los 63 casos, en 39 (61,9%) se practicó cesárea transversa transperitoneal segmentaria, en 5 (8%) cesárea vertical, segmento-corporal y en 19 (30,1%) se desconoce este dato.

5. De los 63 casos estudiados que tuvieron cesárea previa, 22 eran primigestantes (35%), 13 secundigestantes (20,6%) y las restantes, 28 multigestantes (44%).

6. El tiempo de trabajo de parto fue normal en la mayoría de las pacientes.

7. El 89% de los partos se llevó a cabo en presentación de vértice y las dos terceras partes de los mis-

mos en variedades anteriores. En 7 casos (11,1%) ocurrieron en presentación podálica, 2 de los cuales llegaron en período expulsivo.

8. El 54% de los partos fue intervenido en el período expulsivo: 52,4% con extractor al vacío y 1,6% con fórceps.

9. Se presentaron 4 mortinatos, 3 de los cuales llegaron al servicio siendo fetos muertos y el otro, fue una muerte fetal intra-partum por retención de cabeza última.

10. En 3 casos, (4,8%) se encontró dehiscencia de la cicatriz, la cual con tratamiento conservador evolucionó satisfactoriamente. Se presentaron 2 casos de ruptura uterina a nivel de la cicatriz (3,2%), que habían sido sometidos previamente a cesárea segmentaria transversa transperitoneal y a los cuales se practicó histerorrafia y esterilización.

11. No hubo mortalidad materna.

BIBLIOGRAFIA

- 1 CHOSSON J. PIANA L., BLANC B., Rev. Franc. de Gynec. et d'Obst. Marz 1969. Nº 3, pp. 77.
- 2 GREENHILL, J. P.: Yearb. Obstet. Gynec. 1962-63, series, p. 234.
- 3 LULL, C., and ULLERY, J. (1949) Amer. J. Obst. & Gynec. 57, 1199.
- 4 GHEORGHIU, N. N. et al.: Gyn. Obst. (Paris) 1969, T. 68 Nº 2, 169-180.
- 5 WOLFSEN, A., and LANCET, M. (1965) Obst. and Gynec. 6, 625.
- 6 LAWLER, F. C., et al., (1956) Amer. J. Obstet. Gynec. 72, 252.
- 7 BROWNE, O'D. (1951) J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 58, 555.
- 8 HARRIS, J. R. (1953) Amer. J. Obstet. Gynec. 66, 1191.
- 9 JESURUM, J. R. (1958) Amer. J. Obstet. Gynec. 75, 401.
- 10 DEL CORRAL, F., MUÑOZ, S.: (1959) Rev. Col. de Obst. y Gin. 10, 1.
- 11 ESCOBAR S. JORGE y KAFURY SONIA (Trabajo para publicación).
- 12 ALAN D. H. and JAMES McGRATH: The J. of Obstet. and Gynaec. Brit. Cwlth. (1965) 72, 4, 557-563.
- 13 McGARRY J. A., J. Obst. Gynaec. Brit. Cwlth. Feb. 1969, Vol. 76 pp. 137.
- 14 SCHMITZ, H. E., and GAJEWSKI, C. J. (1951). Amer. J. Obstet. Gynec. 61, 1232.
- 15 SCHMITZ, H. E., and BABA, G. R. (1949) Amer. J. Obst. Gynec. 57, 669.
- 16 DOUGLAS, R. G. (1967) Advances in Obstetrics and Gynecology, Edited by Marcus, S. L., and Marcus, c.c. Williams and Wilkins, Baltimore, Vol. 1 p. 278.
- 17 CASSIDY, J. J., Obstetrics and Gynecology, 26, 4, 531: 1965.
- 18 DEWHURST, C. J. (1957) J. Obst. Gynaec. Brit. Cwlth. 74, 113.
- 19 NOTELOVITZ, M., and CRICHTON, D. (1967) S. Afr. Med. J. 43, 323.
- 20 ACUÑA-DIAZ JOSE GABRIEL (1964) Rev. Col. Obst. Gynec. Vol. XV Nº 6.
- 21 ACUÑA-DIAZ JOSE GABRIEL (1965) Rev. Col. Obst. Gynec. Vol. XVI. Nº 3.