Cesárea extraperitoneal

Dr. Luis Fernando Castaño Molano

INTRODUCCION

Unido al deseo materno de obtener un recién nacido en óptimas condiciones, se ha incrementado el esfuerzo por mejorar el control in útero del bienestar fetal, ya sea por medio del monitoreo, ultrasonido o estudio del líquido amniótico, con lo cual se han aumentado las indicaciones y por lo tanto el número de cesáreas como medio eficaz para reducir la morbilidad materno-fetal.

HISTORIA

Las primeras referencias médico literarias de confianza acerca de la práctica de la intervención quirúrgica datan del año 1668 proveniente del gran obstetra francés Francois Moriceau, quien anota que fue realizada in vivo en casos raros, durante la segunda mitad del siglo XVI y que fue por lo general mortal.

En Gran Bretaña e Irlanda en 1865, la tasa de mortalidad materna por cesárea había alcanzado el 85% de los casos y continuó hasta el año 1882 cuando Max Sanger introdujo la sutura de la pared uterina, superando así el más serio de los problemas, el cual lo constituía la hemorragia.

Inicialmente se practicaron incisiones para la extracción del feto en el cuerpo uterino en forma longitudinal preconizada por BECK en 1912.

Una modificación importante fue introducida por Kerr en el año 1926 quien prefería una incisión uterina transversal.

Las dos complicaciones principales durante mucho tiempo fueron la infección y la hemorragia por lo cual se ideó una técnica quirúrgica tendiente a disminuir complicaciones postoperatorias en el caso de existir infección en el momento de realizar la cirugía.

Teniendo en cuenta lo anterior se ideó la técnica de la cesárea extraperitoneal siendo descrita y realizada por Frank en el año 1907 y Lazko en 1908 quienes introdujeron su práctica para pacientes con posibilidades de infección o para aquellas que ya la sufrían, pero fue abandonada por problemas técnicos, lesiones de uréteres y vejiga.

El nuevo iniciador de la cesárea extraperitoneal en 1940 fue Waters quien tuvo experiencia con un volumen de más de 2.000 cesáreas con una mortalidad muy baja.

Norton posteriormente realizó una simplificación de la técnica que es aceptada actualmente y cuyo acceso se efectúa por medio de una incisión mediana infraumbilical con rechazo del peritoneo en forma paravesical.

Además de estos autores hay innumerables que se dedicaron a realizar esta

técnica entre los cuales se encuentran Keettel y Randall, Stanfeld y Drabble, Durfee, Paternite y Bachan, quienes encontraron ventajas y justificación de esta técnica.

JUSTIFICACION

Actualmente en el hospital Universitario de la Samaritana existe un alto riesgo quirúrgico especialmente en lo referente a infección, debido a que la paciente obstétrica es atendida para la cesárea en las mismas salas de la cirugía de urgencias debido a la premura que mandan estas pacientes.

Considerando que es de gran importancia la posibilidad de contaminación no solo dentro de las salas de cirugía sino también la que ocurre dentro de los procesos de ruptura prematura de membranas y los trabajos de parto prolongados creemos que pueden ser de gran ayuda el que estamos proponiendo.

La cesárea extraperitoneal con sus indicaciones especiales no se había establecido ni promovido dentro del personal docente ni a nivel de residencia, puesto que no se había considerado su importancia. Sin embargo, después de conocer la técnica, realizarla y ver los resultados favorables decidimos efectuar el siguiente trabajo practicando una cirugía que creemos es merecedora de darse a conocer, e incluirse como parte del entrenamiento de nuestros residentes para que así mismo tengan conocimiento de ella los médicos internos y estudiantes asistentes al servicio.

Con el presente trabajo pretendemos demostrar las ventajas que la cesárea extraperitoneal tiene sobre la técnica transperitoneal específicamente en los casos de infección en la cavidad amniótica.

Se determinaron la presencia y tipo de complicaciones durante el acto qui-

rúrgico y postoperatorio empleando cada una de las dos técnicas anotadas en un grupo de pacientes que por sus condiciones preoperatorias podrían presentar diseminación del foco infeccioso.

Para esto realizamos un estudio comparativo entre un grupo de pacientes en condiciones similares que fueron operadas por ambas técnicas.

METODOLOGIA

La investigación comparativa se realizó en los servicios de obstetricia del Hospital General Universitario de la Samaritana y del Hospital de la Victoria durante los años 1981 y 1982.

Para tal fin fueron seleccionadas 15 pacientes en la Samaritana y 15 en la Victoria, a quienes se les practicó cesárea por la técnica extraperitoneal y que fueron comparadas con igual número de pacientes operadas con la técnica transperitoneal y en quienes se hizo un diagnóstico preoperatorio de ruptura de membrana de más de 24 horas, amnionitis, trabajo de parto prolongado con dilatación estacionaria e infección en el canal del parto.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Una vez efectuado el diagnóstico y confirmada la presencia de infección en la paciente obstétrica con indicación de cesárea. Se tomaron frotis de secreción vaginal y cuadro hemático al ingreso, revisando además los exámenes prenatales de rutina.

Indiferentemente fueron operadas las pacientes con ambas técnicas quirúrgicas, pero se les dio un manejo postoperatorio igual, planteado en la siguiente forma:

1. Líquidos parenterales de acuerdo a los requerimientos básicos y a la necesidad de cada paciente.

2. Instalación de la vía oral de acuerdo a la actividad y ruidos intestinales entre las 12 y 24 horas postoperatorias.
3. Antibiótico de amplio espectro o el de elección de acuerdo al resultado del frotis inicial.
4. Analgésicos I.M. u orales según necesidad.
5. Vigilancia del aspecto y evolución de la herida quirúrgica e igualmente de los signos de propagación de la infección, aspecto y olor de los loquios.
6. Revisión de complicaciones, postquirúrgicas en cada grupo.
7. Días de estancia hospitalaria.

Debido a las indicaciones precisas de la cesárea extraperitoneal y a la necesidad de un volumen más o menos representativo se completaron entre los años 81 y 82 un total de treinta cesáreas en los dos servicios de obstetricia enunciados anteriormente.

Los casos de cesárea transperitoneal fueron escogidos tomando pacientes con historia clínica, diagnóstico, técnica quirúrgica empleada y exámenes fueron adecuados para el estudio comparativo.

Dentro de los parámetros fueron tenidos en cuenta los siguientes:

Edad, historia obstétrica, diagnóstico pre y postoperatorio, complicaciones, días de estancia, drogas utilizadas, condiciones del neonato, laboratorio pre y postoperatorio.

DEFINICION DE LA CESAREA EXTRAPERITONEAL

Se trata de la técnica por medio de la cual se procede al parto por vía abdomi-

nal teniendo como requisito indispensable el conservar la integridad del peritoneo para evitar esencialmente la contaminación por contiguidad y evitar así las complicaciones postoperatorias mayores inherentes al cuadro infeccioso.

Indicaciones Clínicas

1. Ruptura de membranas de más de 24 horas.
2. Trabajo de parto prolongado de más de 12 horas.
3. Pacientes con infección uterina (Amnionitis).
4. Pacientes sometidas a exámenes vaginales múltiples (más de seis tactos).

Contraindicaciones

1. Placenta previa de localización anterior.
2. Antecedente de cesárea especialmente efectuada con técnica clásica.
3. Feto macrosómico.
4. Feto en presentación de pelvis y de más de 3.500 gramos.
5. Necesidad de cirugía complementaria, exploración abdominal o esterilización.
6. Sufrimiento fetal agudo.

Presentación de la Técnica Quirúrgica

Para la cesárea extraperitoneal se pueden utilizar la incisión mediana infraumbilical o la de Pfannestiel, de acuerdo con la urgencia que se tenga para la extracción del feto.

Llegando al peritoneo parietal se separa y para poder realizar una buena

disección es necesario llenar la vejiga con un colorante que puede ser el azul de metileno con un volumen de más o menos 200 cc dejando cerrada la sonda vesical, previamente colocada en el momento de la asepsia del campo quirúrgico.

La disección se empieza separando el peritoneo en forma lateral del lado contrario del cirujano, en forma cuidadosa para no lesionar los plexos venosos que de por sí se encuentran aumentados de calibre por el embarazo, hasta encontrar un pequeño triángulo formado por el repliegue peritoneal y el borde lateral de la vejiga, sitio en el cual se encuentra tejido laxo, facilitándose el ir separando en forma digital hacia la línea media el peritoneo hacia arriba y la vejiga hacia abajo, para que en este momento quede al descubierto el segmento uterino. Enseguida se procede a desocupar la vejiga y luego la histerotomía en forma transversal, de igual manera que una transperitoneal. Debido a que el campo para la extracción del feto es más reducido que una cesárea corriente, es necesario colocar espátulas al polo cefálico para poder realizar su extracción.

La placenta se extrae y se hace inmediatamente la revisión de la cavidad uterina. Se cierra el segmento uterino en dos planos, el primero de ellos con puntos cruzados y el segundo con puntos invaginantes con catgut cromado No. 1. Se revisa la hemostasis y se afrontan nuevamente los tejidos que fueron separados, para evitar dejar espacios muertos. Luego cierre de la pared por planos.

RESULTADOS Y DISCUSION

El promedio de duración del trabajo de parto de las pacientes con ruptura prematura de membranas en quienes se utilizó la técnica extraperitoneal fue de treinta y cuatro horas.

En 15 pacientes (50%) se encontraron signos de infección como leucorrea fétila, elevación de la temperatura de 37.5° y taquicardia.

En tres pacientes (10%) se encontraron signos claros de infección (anmionitis severa).

El 80% de las pacientes se encontraba con signos clínicos de deshidratación I—II los cuales variaban desde sensación de sed y mucosas secas a hipotensión, enoftalmos, oliguria y aumento de la densidad urinaria.

En los resultados de cuadro hemático preoperatorio se apreció leucocitosis que oscilaba entre 12.500 y 16.000 en 18 pacientes (60%).

Leucocitosis por encima de 20.000 se encontró en tres pacientes (10%).

Durante el acto operatorio se presentó apertura accidental del peritoneo en 5 pacientes (16.6%). No se presentaron lesiones de vejiga ni uréteres.

Por lesión de plexos venosos paravesicales durante la cesárea extraperitoneal se presentó hemorragia intraoperatoria de aproximadamente 500 cc en 10 de los casos (33.3%).

Desgarro accidental del segmento uterino en 4 pacientes que representan el 13.3%.

Es de anotar que no fue necesario transfundir las pacientes operadas, ni aún aquellas que presentaron sangrado accidental. Dos pacientes en el postoperatorio inmediato presentaron hematomas (6.6%) de la herida quirúrgica, en ambos se utilizó la incisión de Pfannenstiel.

En seis pacientes se presentaron abscesos en la herida quirúrgica 20%. Se

presentó peritonitis en una paciente (3.3%), con reintervención e histerectomía abdominal y fallecimiento posterior de la misma.

Endometritis en trece pacientes (43.3%). Respecto a la mortalidad perinatal se presentaron dos muertes neonatales (6.6%).

La morbilidad neonatal fue determinada especialmente por problemas respiratorios ya que se presentaron doce casos que corresponden a un 40%.

Se presentó solamente un caso de óbito fetal que se diagnosticó preoperatoriamente, con ruptura prematura de membranas de 60 horas, meconio II y antecedentes de cesárea en el primer parto.

Respecto a las pacientes intervenidas con la técnica transperitoneal se encon-

tró un promedio de ruptura prematura de membranas de 26 horas.

En un caso (3.3%) se encontraron signos de amnionitis. En 11 casos 36% existían signos de infección: Fiebre, Taquicardia, Leucorrea Fétida.

El cuadro hemático mostró elevación del recuento de leucocitos entre 12.000 y 16.000 en 15 de las pacientes (50%).

Durante la cirugía se presentó desgarro de las fibras del segmento uterino en tres pacientes (10%). En el postoperatorio se presentaron complicaciones como abscesos de la herida quirúrgica en 7 pacientes (23.3%), endometritis en 8 pacientes (26.6%) y atonía uterina 2 pacientes (6.6%).

Se presentó solamente una muerte neonatal (3.3%).

CUADRO COMPARATIVO

	Extraperitoneal %	Transperitoneal %
Tiempo evolución de R.P.M.	34 horas	26 horas
Signos de infección	50 (15 p)	36 (11 p)
Leucocitos	12.500 – 16.000 60 (18 p)	50 (15 p)
Más de 20.000 Amnionitis	3 (10)	3.3 (1 p)
Endometritis	43.3 (13 p)	26,6 (8 p)
Hematomas	6.6 (2 p)	0
Absceso de pared	20 (6 p)	23.3 (7 p)
Muerte neonatal	6.6 (2 p)	3.3 (1 p)
Morbilidad neonatal	40 (12 p)	20 (6 p)
Muerte Materna	3.3 (1 p)	0

La morbilidad fue del 20% (6 casos).

No se presentó mortalidad materna.

Como puede observarse las condiciones que fueron tenidas en cuenta para la escogencia de las pacientes reunían parámetros similares especialmente en las de las cesáreas practicadas con la técnica transperitoneal. Estas fueron seleccionadas de tal manera que los datos obtenidos fueron comparables. Es de anotar que varias de ellas fueron efectuadas por residentes diferentes a nosotros.

Se encontró que dentro de un número de 60 cesáreas consideradas como infectadas se presentó una muerte materna, en la cual los signos de infección eran muy severos, encontrando al practicar la reintervención (histerectomía abdominal), trombosis de los infundíbulo-pélvicos, sitio de partida del tromboembolismo séptico, el cual fue responsable de la muerte.

Fue muy difícil determinar la evolución posterior de los recién nacidos debido a que muchos de ellos fueron remitidos a otras instituciones.

CONCLUSIONES

Observando la diferencia de las horas de ruptura prematura de membranas en la técnica extraperitoneal y transperitoneal, encontramos que uno de los juicios para la elección de la técnica extraperitoneal fue el mayor tiempo de evolución de la ruptura.

BIBLIOGRAFIA

DEXEUS FONT. Tratado de Obstetricia. Cesárea Extraperitoneal. 2: 1224, 1949.

DIECKMANN W.J., American Journal Obstetrics Gynecology. Evaluación de la cesárea extraperitoneal. 52: 237, 1946.

La vía extraperitoneal es técnicamente más difícil de realizar por lo cual se observan mayores porcentajes de complicaciones intraoperatorias lo cual determina la necesidad de una mayor preparación y entrenamiento del obstetra en este tipo de intervención.

Los porcentajes más altos de complicaciones postoperatorias se observan en la cesárea extraperitoneal y que se explican por el mayor tiempo de evolución de la ruptura prematura de membranas y que conlleva manifestaciones de infección más severa.

Se demuestra la utilidad de la cesárea extraperitoneal en dos casos con amniotitis severa, que presentaron una evolución satisfactoria en las cuales se prevenían complicaciones mayores como peritonitis y sepsis.

La estancia hospitalaria fue similar en las dos técnicas realizadas, el tipo y dosis de antibióticos utilizados, penicilina cristalina, ampicilina, gentamicina, cloramfenicol, etc, nos hacen pensar que la utilización de la técnica extraperitoneal en los casos más severos de infección brinda a la paciente mayores posibilidades de presentar menos complicaciones postoperatorias.

Por lo anteriormente expuesto es importante que durante el período de entrenamiento del especialista se conozca y se practique esta técnica, no dejándola como un método antiguo y obsoleto.

DURFEE R.B., Surgycal Gynecology & Obstetrics. Cesárea Extraperitoneal. 110: 173, 1960.

ELLIS G.J. DEVITA M.R., American Journal Obstetrics & Gynecology. 82: 695, 1961.

F. URANGA IMAZ., Obstetricia práctica. 721, 1967.

GILBERT C.R.A., American Journal Obstetrics & Gynecology. 53: 545, 1979.

KEETTELL W.C. RANDALL J.H., American Journal Obstetrics & Gynecology. Experiencia con cesáreas extraperitoneales en hospitales universitarios de IOWA. 58: 510, 1949.

NORTON J.F., American Journal Obstetrics

& Gynecology. Técnica de cesárea extraperitoneal, paravesical 51: 519, 1946.

O. KASER., Ginecología y Obstetricia. Embarazo y Parto. 2. 1979.

TAYLOR STEWART., Obstetricia de Beck, 557, 1979.

WATERS E.G., American Journal Obstetrics & Gynecology. Cesárea extraperitoneal supravesical. 39: 423. 1940.

**SEPTIMO CURSO Y TERCER CONGRESO
COLOMBIANOS DE MEDICINA GENERAL Y SOCIAL**

Organizado por

ASOCIACION MEDICA DE ANTIOQUIA

Septiembre 25, 26 y 27 de 1986 -- MEDELLIN

Informes:

AMDA. Carrera 50 No. 62-5

Teléfonos: 2335391 y 2335547

Apartado Aéreo 52578 -- Medellín