

CESAREA POR INCISION TRANSVERSA SUPRAPUBICA

Dr. Néstor Amorocho P.
Dr. Hernán Restrepo R.

UNIDAD ASISTENCIAL RAFAEL URIBE URIBE
INSTITUTO COLOMBIANO DE SEGUROS SOCIALES — CALI.

Introducción

Las incisiones transversales de la pared abdominal son empleadas desde el siglo XVIII. John Hull en 1789 publica su obra "La operación cesárea", y es el primero que preconiza la incisión transversal para efectuarla (3).

Kunstner en 1896 en Alemania utiliza una incisión semicircular al margen de la región pilosa del pubis, preconizada por: Segond, Dartiguez y Morestin en Francia, esta incisión en piel y tejido celular subcutáneo, seguida de sección vertical y media de la línea alba e igual en peritoneo, compromete al Cirujano en una tarea crucial obteniendo solamente beneficios estéticos y es únicamente aplicable en pequeñas lesiones anexiales y tumores poco voluminosos y no adheridos (6).

Pfannenstiel en 1900 describe una técnica de incisión arciforme suprapúbica, corte transversal de la aponeurosis, separación de los músculos rectos del abdomen, sección longitudinal de la fascia transversal y del peritoneo brindando un excelente campo quirúrgico, utilizada frecuentemente en intervenciones ginecológicas (4).

Es así como nosotros hemos intervenido con este tipo de incisión a grupo de pacientes en quienes estaba indicada la operación cesárea, con algunas modificaciones a la técnica original, propuestas por Alvarez Bravo y Rodríguez López (1) adicionada de variaciones técnicas propuestas por nosotros.

Material y Métodos

En el lapso comprendido entre Enero de 1974 y Agosto de 1975, hemos practicado en la Unidad Asistencial Rafael Uribe ICSS. de Cali, 106 operaciones cesáreas, pacientes en las cuales la intervención estaba indicada por diferentes causas.

Descripción de la Técnica:

1) Incisión arciforme de concavidad superior que interesa solo la piel, efectuada a bisturí, por debajo de la línea interespinosa (espinas ilíacas antero-superiores) a una pulgada por encima de la sínfisis del pubis, en su punto más declive, con una longitud total de 20 cms. aproximadamente.

2) Se toman los labios de la herida, en la línea media, con dos pinzas de Allis (superior e inferior) y se tracciona hacia arriba, haciendo "tolda" de la pared abdominal.

3) Sección con tijera del tejido celular subcutáneo en forma cuidadosa, divulsionando, para descubrir los vasos venosos de grueso calibre de la región (3 a cada lado de la línea media), pinzamiento y sección de ellos sin ligadura subsecuente. Continuar la sección del tejido celular subcutáneo en toda la extensión de la herida hasta la aponeurosis.

4) Pequeña incisión transversal de la aponeurosis en la línea media hasta los músculos rectos abdominales. Pinzamiento de las hojas de la aponeurosis a nivel del rafé mediano. De nuevo haciendo "tolda" introducción de tijera, transversalmente, por los ojales obtenidos para separar la totalidad de la aponeurosis del plano muscular, seguida de sección transversal de ella hasta el plano músculo-aponeurótico de los oblicuos en las comisuras de la herida.

5) La aponeurosis del colgajo superior se tracciona en la línea media y haciendo divulsión roma digital se separa a lado y lado del rafé de los músculos rectos. Sección efectuada a tijera del rafé mediano que une las hojas aponeuróticas anterior y posterior de los rectos abdominales lo más alto posible en dirección al ombligo. En caso necesario se procede de igual manera con el colgajo inferior, descubriendo los músculos piramidales.

6) Separación de los músculos rectos en la línea media en sentido longitudinal y en caso necesario proceder de igual manera con los músculos piramidales. Nunca hacemos sección transversal de los rectos ni desinserción de los mismos a nivel de pubis (Charney).

7) Apertura del peritoneo parietal y hoja posterior de los músculos rectos abdominales en sentido longitudi-

nal llegando en su extremo inferior hasta la vejiga.

8) Colocación del separador abdominal Bivalvo con el eje de fijación de la valva suprapúbica dirigido hacia el ombligo.

Colocación de la valva suprapúbica, rechazando la vejiga, sostenida manualmente por el ayudante. Se retiran las pinzas hemostáticas que han logrado su objetivo por forcipresión.

9) Siguiendo los puntos anteriores, se llega a la exposición adecuada del segmento uterino y se procede siguiendo la técnica habitual.

Sección transversal del peritoneo visceral histerotomía en igual sentido y extracción del producto y anexos ovulares.

Cierre de útero y peritoneo visceral por cualquiera de las técnicas conocidas.

10) Cierre del peritoneo parietal con cat-gut cromado 00 empezando en el extremo superior, dejando cabo de cat-gut reparado, en sutura continua hasta el cierre total en extremo inferior al nivel de la vejiga. Devolverse con el mismo cat-gut de abajo arriba afrontando los bordes internos de los músculos rectos hasta encontrar el reparo superior con el cual se anuda.

11) Revisión de hemostasia del plano muscular y ligadura de vasos si fuere necesario.

12) Cierre de aponeurosis con puntos separados de hilo de algodón N° 40, teniendo cuidado de incluir las dos hojas aponeuróticas y músculo aponeuróticos de los oblicuos, que se separan en las comisuras de la herida.

13) Revisión de hemostasia del tejido celular subcutáneo y ligadura de vasos si fuere necesario. Puntos separados en tejido celular subcutáneo con cat-gut simple 00 para afrontar los bordes de la herida.

14) Sutura intradérmica continua con cat-gut simple 0.

15) Colocación de apósito, obteniéndose efecto compresivo sobre abdomen, con la colocación del esparadrapo a tensión, dejándolo por 48 horas; cuando se retira y se deja la piel descubierta.

Resultados

En el Cuadro Nº 1, presentamos las pacientes por grupos de edad. La menor edad corresponde a una paciente de 17 años de edad y la mayor a una paciente de 43 años. Se destaca en el Cuadro que el 54.70% de las pacientes, están comprendidas entre los 20 y 29 años.

CUADRO Nº 1

PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD

Edad	Nº	%
19	12	11.32
20—24	35	33.01
25—29	23	21.69
30—34	15	14.15
35—39	8	7.54
40 o más	3	2.83
Sin registro	10	9.43
TOTAL	106	100 %

En el Cuadro Nº 2, tenemos la paridad donde se presenta una incidencia de cesárea con esta técnica 65.10% pacientes primigestantes lo cual está de acuerdo con el Índice total de cesáreas efectuadas en la Institución que concuerda con el análisis de indicaciones en cuanto a estrechez pélvica, pelvis asimétrica, primi-

gestante tardía y parcialmente; presentaciones anómalas y sufrimiento fetal, causas que sumadas arrojan un total de 71.70%. Cuadro que se analizará posteriormente.

CUADRO Nº 2

PARIDAD

	Nº	%
Primigestante	69	65.10
Secundípara	14	13.20
Multigestante	18	16.99
Sin dato	5	4.71
TOTAL	106	100 %

En cuanto a la edad gestacional como lo vemos en el Cuadro Nº 3 el 68.87% correspondieron a embarazos a término.

CUADRO Nº 3

EDAD GESTACIONAL POR SEMANAS

Semanas	Nº	%
36—38	17	16.03
39—41	73	68.87
42 y más	7	6.60
Sin dato	9	8.50
TOTAL	106	100 %

La anestesia en estas pacientes está catalogada como general y conductiva, dentro de las conductivas se considera la peridural y la raquídea. En casi todas fue utilizado el registro anestésico debidamente elaborado como vemos en la diapositiva.

En el Cuadro siguiente vemos los valores porcentuales de 43.40% con anestesia general, 46.23% con procedimientos conductivos.

Consideramos siendo estos grupos porcentualmente similares que la conductiva ofrece ventajas para efectuar la técnica quirúrgica descrita, ya que la relajación de la pared abdominal

CUADRO N° 4

TIPO DE ANESTESIA

	Nº	%
General	46	43.40
Raquídea	10	9.43
Peridural	39	36.80
Sin dato	11	10.37
TOTAL	106	100 %

es superior a la general, ésta necesita relajantes tipo succinil-colina en ocasiones no logra efecto suficiente para efectuar un buen procedimiento, haciendo más laboriosa la extracción fetal.

En este Cuadro tenemos los valores de Apgar de los niños en el cual hay que destacar que el 90.75% corresponde a las cifras óptimas aceptadas universalmente, no tenemos casos de mortinatos ni de muertes neonatales.

CUADRO N° 5

TEST DE APGAR

Apgar 5'	Nº	%
7—10	98	90.75
3—6	3	2.78
Menos 3	2	1.86
Sin dato	5	4.62
TOTAL	108	100 %

A pesar de que relacionándolas con el cuadro de indicaciones que veremos más adelante (sufrimiento fetal, toxemia, Abruption placenta, procúbito y procidencia del cordón), hay un 22.42% que implicaría un deterioro fetal con mal pronóstico, siendo nuestros valores superiores a las series de otros autores (f) en relación con la incisión transversa.

En el Cuadro N° 6, los pesos fetales arrojan un porcentaje de 68.52% por encima de los 3.000 gramos, el cual está de acuerdo para madurez

CUADRO N° 6

PESO FETAL

	Nº	%
2.500	10	9.25
2.501—2.999	22	20.38
3.000—3.499	45	41.67
3.500—3.999	19	74
4.000 o más	10	9.25
Sin dato	2	1.85
TOTAL	108	100 %

fetal, estableciendo relación directa con edad gestacional después de las 39 semanas cuyo porcentaje es de 68.87%, haciendo abstracción del 6.60% correspondiente a fetos post-maduros por edad gestacional.

CUADRO N° 7

TIEMPO INCISION vs. EXTRACCION FETAL

Minutos	Nº	%
5' o menos	38	35.84
6'—9'	65	61.32
Más de 10'	3	2.84
TOTAL	106	100 %

En cuanto al tiempo de incisión vs. extracción fetal, tenemos en el cuadro: 38 casos de 5 minutos o menos que corresponde al 35.84%, de 6 minutos a 9 minutos, 65 casos que corresponde al 61.32%, mayor de 10 minutos, 3 casos o sea el 2.84%, está registrado el tiempo mínimo de 3½ minutos y el máximo de 17 minutos.

Otras series presentan (f) de 4 minutos o menos 28% y 8 minutos o más 17%.

El tiempo quirúrgico total, no difiere de la incisión longitudinal, pues tenemos en el Cuadro N° 8, que 76 de las operaciones efectuadas o sea el 71.70%, están dentro del tiempo de

CUADRO Nº 8

TIEMPO QUIRURGICO TOTAL

Minutos	Nº	%
30' o menos	4	3.78
31—45'	72	67.92
46—60'	26	24.52
Más 61	4	3.78
TOTAL	106	100 %

30-45 minutos, téngase en cuenta, como se describe en la técnica quirúrgica, hay que reconstruir los planos anatómicamente y la sutura intradérmica demanda un poco más de tiempo.

El tiempo mínimo en esta serie fue de 30' y el máximo de 70'.

CUADRO Nº 9

INDICACIONES DE LA CESAREA

	Nº	%
Sufrimiento fetal:	20	18.87
Present. Anómalas:	22	20.75
(Pelvis Primigest. Frente situación transversa)		
Desproporción feto-pélvica	8	7.55
Estrechez pélvica	28	26.42
Pelvis asimétrica congénita	2	1.89
Toxemia	4	3.77
Primigestante tardía	4	3.77
(Alto avlor social del feto)		
Cirugía vaginal previa	3	2.83
Cesárea anterior	3	2.83
Distocia partes blandas	4	3.77
Placenta previa	4	3.77
Abruptio placentae	2	1.89
Procúbito y Procidencia del cordón	2	1.89
TOTAL	106	100 %

El Cuadro Nº 9 que nos presenta las Indicaciones de la Cesárea, tiene en primer término la estrechez pélvica con un total de 28 casos para 26.42%, siguiendo en orden de frecuencia las presentaciones anómalas (Pelvis en primigestante, frente y si-

tuación transversa), tiene un total de 22 casos para 20.75% y en tercer término el sufrimiento fetal para 20 casos o sea el 18.87%.

Vale la pena destacar que se intervinieron 3 pacientes que previamente habían sido sometidas a operación cesárea por nosotros utilizando la misma técnica, cuando recién comenzábamos la serie.

Comentarios

Hay más incidencia de cesáreas en primigestantes, lo cual está en relación directa con edades menores de las embarazadas, comprendidas entre menos de los 19 a los 29 años, en lo cual compartimos la tendencia general a efectuar mayor número de intervenciones, para lograr productos en mejores condiciones, siguiendo los conceptos actuales de la Perinatología. Esto nos obliga a pensar que el aspecto estético debe conservarse en estas mujeres en razón de su juventud.

Los pesos fetales 68.52% correspondientes a fetos por encima de los 3.000 grs. y los Índices de Apgar, comentados anteriormente, nos dicen por sí solos de la amplitud del campo quirúrgico de que dispone el cirujano utilizando la técnica propuesta, de acuerdo con otros autores (4, 5).

En cuanto al tiempo de incisión vs. extracción en el cual nuestro tiempo mínimo fue de 3½ minutos y el máximo de 17, creemos que existiendo una buena inter-relación entre el cirujano y el anestesiólogo, como en nuestro caso, las cifras límites tradicionales en minutos, tres carecen de valor frente a los resultados de los índices de Apgar. Creemos que la extracción cuidadosa del feto en forma progresiva y aspiración adecuada, antes de la extracción total, simulando el proceso del parto, brinda mejores

resultados frente a la extracción rápida. Es de anotar que en nuestros casos de sufrimiento fetal, una vez establecido el diagnóstico, usamos rutinariamente orciprenalina (4) antes de someter a la paciente a cirugía, mientras se prepara el equipo y personal para el acto quirúrgico.

El tiempo quirúrgico total no difiere notablemente del de otras series en que se efectúa incisión longitudinal mediana y por el contrario el promedio de 71.70% correspondiente a 30-45 minutos, es inferior al mostrado por otros autores, con otras técnicas, en procura de efecto estético en la paciente.

Como indicación de cesárea que ocupa el primer orden en este trabajo, anotamos que la estrechez pélvica, sigue considerándose la indicación prioritaria y nuestro porcentaje 26.42% es sensiblemente igual a las cifras de otro autor (10) que dan 37.70%, Instituto Materno Infantil, 26.06% para la Clínica David Restrepo y 30.52%, Clínica Marly (Bogotá, Colombia).

Por el contrario, en el renglón correspondiente a presentaciones anómalas, 20.75%, cifra mayor al compararla con otros trabajos. En nuestro servicio, es norma que al presentación podálica en primigestante, en razón del alto riesgo para el feto (10) es indicación de cesárea, lo cual posiblemente hace que este porcentaje de presentaciones anómalas sea un poco mayor que lo habitualmente encontrado al revisar la literatura al respecto.

Referente al sufrimiento fetal, como indicación de cesárea, 18.87%, respecto a la técnica empleada, de acuerdo con Porta, Unger y Melaragno (5) cuenta con aspectos tan positivos que hacen insignificantes las desventajas. Los autores del presente

trabajo compartimos esta opinión, en razón de los resultados obtenidos en los índices de Apgar, comentados anteriormente.

Tenemos en esta serie 3 casos que habían sido intervenidos con la misma técnica, que fueron sometidos a cesárea iterativa. (Independientemente de esta serie los autores tienen más experiencia en intervenciones ginecológicas en pacientes previamente intervenidas con técnica similar transversa suprapúbica).

Consideramos que no hay contraindicación para efectuar segunda cesárea cuando se ha utilizado incisión transversa suprapúbica, siguiendo la misma técnica, sino que por el contrario se facilita la 2ª operación ya que los planos se conservan gracias a la inhibición gravídica (5), la sangría en el plano superficial es mucho menor y el tiempo quirúrgico se acorta en razón de las consideraciones anteriores. No hemos encontrado ninguna dificultad, como sí se consigna por otros autores (9).

Se presentó un total de 4 casos, 3.77%, de morbilidad total. Dos correspondieron a hematoma de la pared abdominal, que fueron drenados dentro de la primera semana del post-operatorio y que evolucionaron sin complicación ulterior y dos casos de absceso de pared a nivel de la herida, que después de drenaje y tratamiento antibiótico cicatrizaron por segunda intención. Estas dos últimas pacientes presentaban como patología asociada a la indicación de la cesárea corio-amnionitis.

Encontramos como ventajas de la técnica quirúrgica propuesta y recomendada:

1. Se respeta el trayecto de los nervios, conservándose la inervación de los músculos abdominales.

2. Se obtiene disección adecuada de los planos, no ocurriendo lo mismo en las técnicas modificadas, que seccionan la aponeurosis verticalmente.

3. Esta técnica de laparotomía tiene mínimo porcentaje de eventraciones que ha sido nulo en nuestra experiencia.

4. El campo operatorio que se expone, satisface las necesidades del cirujano a cabalidad tanto para la extracción del feto como para la reparación de la histerotomía.

5. La reoperación no reviste dificultades.

6. La deambulación precoz es aceptada por la paciente, a más de ser indicación post-operatoria, disminuye el tiempo de hospitalización, ayuda a mejor cicatrización ya que la incisión de piel coincide con las líneas de Langer.

7. Permite con un tiempo quirúrgico total y tiempo de extracción, que no difieren sensiblemente de las laparotomías verticales, se obtenga una incisión de óptima calidad estética con la rapidez, facilidad y resultados satisfactorios que presentamos.

Resumen

1. Se describe la técnica de laparotomía transversal (Pfannenstiel) con algunas modificaciones propuestas por los autores, para ser utilizada en la operación Cesárea.

2. Se muestra la experiencia de los autores en más de cien casos operados con dicha técnica.

3. Se relaciona una incisión que brinda magnífico resultado estético con el tiempo quirúrgico, que es considerado para la extracción fetal, es

muy similar al de la incisión vertical tradicional.

4. Los autores no encontraron en los casos estudiados problemas de eventración, que reportada por otros trabajos ha sido de muy baja incidencia.

5. Se consigue con esta técnica una deambulación precoz post-operatoria, la cual no solo es posible sino también beneficiosa, ya que la incisión de piel coincide con las líneas de Langer y la anatomía de la pared abdominal, estimulada por la dinámica, tiende a cerrar mejor la herida quirúrgica.

6. Esta incisión de Pfannenstiel, con las modificaciones propuestas, brinda un campo quirúrgico que satisface completamente el requerido para la intervención Cesárea.

7. Se analizan estados de los fetos obtenidos y la morbilidad materna, utilizando la técnica descrita para Cesárea.

8. Se considera y concluye que es una técnica recomendable por ser fácil, rápida, estética y fisiológica.

Summary

1. Transversal Laparotomy Technic (Pfannenstiel) is described with some modifications proposed by the Authors, for being used at the Cesarean Operation.

2. The Authors experience as shown in more than hundred operated cases with this Technic.

3. Its relationated an Incision that brings magnificent Sthetic result with Surgical Time, that consider for the Fetal Extraction, is quite similar at the tradiitonal Vertical Incision.

4. The Authors do not find in the Study Ventral Problem Cases, that re-

ported by other works it has been of a lower incidency.

5. With this Technic is obtained Precocius Post-Surgical Deambulation, which is not only possible but beneficial, because the Skin Incision coincides with the Langer Lines and the Abdominal Wall Anatomy, stimulated by the dynamic, tends to close better the Surgical Wound.

6. This Pfannestiel Incision, with the proposed modifications, gives a Surgical Camp that satisfies completely the requisition for the Cesarean Operation.

7. The States of the obtained Fetus and the Maternal Morbidity are analysed, using the described Technic for Cesarean.

8. Considering and concluding that this is a recommending Technic for being eassy, rapid, esthetic and physiological.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ALVAREZ BRAVO, A., RODRIGUEZ LOPEZ, M. Citados por Pittaluga, J. Rev. Col. de Obst. y Ginec. de Venezuela. Vol. XXXII, N° 3.
- 2 ANDROS, G., J. American Journal of Obst. and Gynec. Vol. 93, N° 2 Vol. 98, N° 6.
- 3 HULL, J. Citado por Spivack, J. Técnica quirúrgica en las operaciones abdominales. Edit. Uteha, México, 1937.
- 4 PITTALUGA, J., PERFETTI, C., VIVAS, M. Laparotomía Suprapúbica. Transversal. Rev. de Obst. y Ginec. de Venezuela. Vol. XXXII, N° 3.
- 5 PORTA, C., UNGER, L., MELARAGNO, A. La Laparotomía de Pfannestiel en la operación cesárea por sufrimiento fetal agudo. Memorias Congreso Argentino de Obst. y Ginec. 1970.
- 6 PROUST, R. Aparato genital de la mujer. Resumen de técnica operatoria por sectores de la Facultad de Medicina de París. Traducción de Julia Roses. Edit. Nal., México, 1953.
- 7 REES y COLLER. Citados por Schackelford, R. T. Cirugía del aparato digestivo. Salvat Edit. Tomo III, 1961.
- 8 SOTO-YANCES, A. Tratamiento del sufrimiento fetal intraparto con Orciprenalina. Rev. Col. Obst. y Ginec. Vol. XXV, N° 2, 1974.
- 9 TIMONEN, S., CASTREN O., KIVALO I. Cesarean Section: Low Transverse (Pfannestiel) or Low Incision? Year Book Obst. Gynec. 1971.
- 10 VALDERRAMA, D. Algunas anotaciones sobre cesáreas en hospitales y clínicas de Bogotá. Rev. Col. Obst. y Ginec. Vol. XVI, N° 1, 1965.