

MORFOLOGIA PELVICA DE VICIOS MAS FRECUENTEMENTE OBSERVADOS EN LATINOAMERICA

DIAGNOSTICO Y CONDUCTA OBSTETRICA DE LOS MISMOS

ASOCIACION MEXICANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Doctores Luis Castelazo Ayala * y Héctor Domínguez Robles **

I. INTRODUCCION

Desde épocas remotas ha preocupado a los estudiosos de la tocología la influencia del factor pelviano materno en la evolución del parto. El conocimiento de sus modalidades y el grado en el que éstas puedan afectar la resolución satisfactoria de cada nacimiento ha dado lugar a cientos de comunicaciones que, no obstante, aún no deparan suficiente claridad en el problema cuando éste se enfoca desde el punto de vista de la permeabilidad matemática de la pelvis.

Este enfoque, razonable para épocas en las que no contaban los recursos de la cirugía y la tocología modernas, aparece anacrónico en nuestros días, si se tiene presente que el objetivo fundamental del ejercicio obstétrico es hacer pasar a la madre y al fruto a través del período grávido-puerperal con un mínimo de riesgos y entregar a la humanidad, en cada caso, una madre y un

infante vivos, saludables y aptos para desempeñar física y mentalmente las funciones propias de la naturaleza. Es poco probable, en efecto, que se avance más en el conocimiento de las modalidades morfológicas y dimensionales de la pelvis materna y de la cabeza fetal, y si a esto se aúna la seguridad que depara actualmente la cirugía obstétrica y sus progresos colaterales (centros hospitalarios especializados, personal residente, docencia en grande escala, técnicas anestésicas seguras, bancos de sangre, etc.), así como el dominio de la contractilidad uterina, de las complicaciones infecciosas, etc., es razonable preocuparse más bien de que los recursos actualmente conocidos sean difundidos y aplicados en todos los medios humanos y de que el criterio de aplicación de estos elementos sea correctamente utilizado en todas partes a base de patrones objetivos y verdaderamente científicos. Mucho más puede esperar

* Profesor Titular de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina, U. N. A. M. Director Médico del Hospital de Gineco-Obstetricia N° Uno del Instituto Mexicano del Seguro Social.

** Profesor Asociado de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina, U. N. A. M. Médico Gineco-Obstetra del Hospital de Gineco-Obstetricia N° Uno del Instituto Mexicano del Seguro Social.

la humanidad de que los conceptos conocidos en el tema que nos ocupa sean realmente utilizados por los ejercitantes de la obstetricia, que de seguir buscando métodos para evaluar la capacidad pélvica cuando aquellos con los que se evalúa permiten ya una máxima seguridad feto-materna.

Con el criterio de analizar y difundir las particularidades que ofrece el problema en Latino-américa, la III Asamblea General de la F.L.A.S.O.G acordó incluir como relato oficial de este Congreso el estudio respectivo, y a fin de realizarlo pareció conveniente hacer una consulta con los especialistas latino-americanos, cuyos resultados se exponen a continuación.

II. MATERIAL Y METODO

Con el criterio antes mencionado se formuló un cuestionario abierto conteniendo los puntos básicos del problema y se envió a 262 especialistas de todos los países latino-americanos, acerca de los cuales se tenía conocimiento de su interés y dedicación a la práctica de la gineco-obstetricia. Se recibió contestación de 106 de ellos en los siguientes términos: a) 45 se excusaron de no proporcionar datos por diversas razones; b) 31 ofrecieron el envío posterior de las respuestas, las cuales no fueron recibidas; c) 24 remitieron contestaciones parciales, y d) sólo 6 dieron contestación completa al cuestionario. Estos datos constan en el siguiente cuadro.

CUADRO I

País	Nº de especialistas a	
	los que se envió cuestionario	Nº de especialistas que aportaron datos
Argentina	30	3
Bolivia	3	0
Brasil	18	5
Colombia	16	2
Costa Rica	15	3
Cuba	17	1
Chile	10	1
Ecuador	2	1
El Salvador	11	0
Guatemala	11	0
Honduras	7	1
México	38	7
Nicaragua	7	1
Panamá	11	0
Paraguay	1	1
Perú	11	0
República Dominicana	1	0
Uruguay	21	2
Venezuela	32	2
TOTAL	262	30

El material recibido se analiza siguiendo los puntos del cuestionario y haciendo en cada uno las consideraciones pertinentes.

III. ANALISIS Y COMENTARIO

1. *Morfología pelviana en la mujer adulta.*

- a) Criterio seguido para enjuiciar la morfología pelviana.

Veintitrés de los especialistas consultados utilizan la clasificación morfológica de Caldwell, Moloy y D'Esopo para enjuiciar la forma de la pelvis. El resto de los autores emplea las clasificaciones de Thoms, Fabre, Litzman, Tarnier-Varnier-Bar y Allen.

Aun cuando la utilización de cualquier clasificación morfológica es indis-

pensable y suficientemente útil, es evidente que las ventajas que depara la clasificación primero mencionada superan con mucho a las de las otras clasificaciones. Su gran sencillez y sobre todo la fidelidad con que se apega a la realidad clínica la han hecho adquirir una difusión extraordinaria, siendo en la actualidad la más empleada en los diversos centros obstétricos del mundo. Con la finalidad de unificar criterios seleccionando los más ventajosos, es de recomendarse su utilización en forma general. No creemos que en la actualidad exista ninguna otra clasificación tan completa y tan práctica como la señalada.

- b) Incidencia de variedades morfológicas.

En el cuadro siguiente se aprecia la incidencia de variedades morfológicas.

CUADRO II

Autor - País	Nº de casos	VARIETADES			MORFOLOGICAS	
		Ginecoide	Androide	Platipeloide	Antropoide	Asimétrica
		%	%	%	%	%
Diefenthaler Brasil		45	20	20	15	
Paciornik Brasil		80	7	8	5	
Acosta Bendek Colombia	176	66.5	7.4	23.3	2.8	
Cárdenas y Restrepo Colombia	40	55.0	0	15	11	1
Mogollón Colombia	50	22	62	12	4	
Terán y Col. Costa Rica	1000	59.7	24.4	4.5	9.8	
Montoya Honduras		52	17.5	3	27	

CUADRO II (Cont.)

Autor - País	Nº de casos	VARIETADES			MORFOLOGICAS	
		Ginecoide	Androide	Platipeloide	Antropoide	Asimétrica
Cárdenas México	100	% 65	% 18	% 8	% 9	%
Castelazo Ayala México	150	66.7	22.7	7.3	3.3	
Fragoso México		81.7	4.6	7.2		3.8
Hernández Cruz México	100	65	21	9	5	
Morillo Atencio Venezuela		45	30	20	5	
Agüero y Col. Venezuela	1088	45.6	32.4	2.5	19.3	

El análisis de estos datos permite deducir que independientemente de las diferencias morfológicas atribuibles a las características de la pelvis en diferentes regiones de Latino-américa, ha habido divergencias de técnica o de criterio al formular los grupos de la clasificación. Prácticamente en todas las regiones predomina la pelvis ginecoide, siguiendo la androide, platipeloide y antropoide. Cabe destacar la elevada incidencia de pelvis platipeloide observada en Venezuela y Colombia, así como la gran frecuencia de pelvis antropoide en Honduras.

La comparación de los datos de la tabla anterior con el cuadro de Mutti (1955, cit. Agüero y Col., Relato Oficial de este Congreso), permite observar una incidencia claramente superior de pelvis ginecoide en Latino-américa en relación a diferentes razas estudiadas en otras partes del mundo. Igualmente destaca una menor proporción de pelvis

androide en Latino-américa. La incidencia de pelvis platipeloide y antropoide es comparable a la observada en otras regiones y razas.

Es indudable que se requiere una mejor estandarización de técnicas radiológicas y de métodos interpretativos antes de intentar explicar las diferencias de incidencia en los distintos grupos.

c) Incidencia de problemas obstétricos en variedades morfológicas.

En relación a tipo de parto y problemas obstétricos atribuibles predominante o exclusivamente a la morfología pelviana, los reportes latino-americanos entregan los siguientes datos:

Sobre un total de 1041 casos de anomalías de la morfología pelviana Uranga y Koremblit (Argentina) encontraron desproporción pelvico-fetal en 215 casos (20.65%). La distribución según el tipo de pelvis fue como sigue:

	Casos	%
Pelvis justa	132	12.68
Pelvis plana anillada	234	22.47
Pelvis plana canaliculada	37	3.55
Pelvis aplanada transversalmente	18	1.72
Pelvis transversalmente estrechada tipo antropoide	87	8.35
Pelvis general y uniformemente estrechada	234	22.47
Pelvis estrechada en estrecho medio e inferior	253	24.30
Pelvis infundibuliforme	8	0.76
Pelvis pseudo-oblicuo oval	38	3.65

La resolución del parto en los casos anteriores fue como sigue:

	Parto espont. Cesárea		Fórceps	Sinfisiot.
Desproporción pélvico fetal .	21	184	8	—
Pelvis justa	35	57	40	—
Pelvis plana anillada	98	97	29	10
Pelvis plana canaliculada	15	17	4	1
Pelvis aplanada trans-versalmente	9	2	7	—
Pelvis transversalmente estrechada	33	23	31	—
Pelvis general y uniformemente estrechada	92	112	29	1
Pelvis estrechada en estrecho medio e inferior	79	136	37	1
Pelvis infundibuliforme	2	3	3	—
Pelvis pseudo-oblicuo oval ...	22	11	5	—

En 176 casos con presunción clínica de problema obstétrico Acosta Bendek (Colombia) obtuvo los siguientes datos:

Tipo de parto	Ginecoide 117		Platipeloide 41		Androide 13		Antropoide 5	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Espontáneo	71	73.9	17	17.7	5	5.2	3	3.2
Fórceps	8	61.5	4	30.8	1	7.7	0	—
Cesáreas:								
Desp. cef. pélvica.	22	32.8	15	22.4	3	4.5	2	3.0
Distocia cervical ...	8	11.9	2	3.0	0	—	0	—
Presentaciones anorm.	8	11.9	3	4.5	0	—	0	—
Distocia de con-tracción	0	—	0	—	4	6.0	0	—

En Costa Rica (Instituto Materno Infantil Carit.) Terán y Col. encuentran que el parto espontáneo se produjo en el 70.7% de las pelvis ginecoideas, en el 64% de las androideas, en el 63.4% de las antropoides y en el 65.6% de las platipeloideas. La desproporción feto-pélvica global se observó en el 1.5%

de las ginecoideas, en el 0.75% de las androideas y en el 0.25% de las platipeloideas. La mayor incidencia de partos prematuros ocurrió entre las pelvis antropoides (11.5%) y la menor entre las ginecoideas (6.6%). La incidencia de operatoria obstétrica fue la siguiente:

Tipo de pelvis	Cesárea %	Fórceps en gral. %	Versión %	Extractor	
				Extrac. podálica %	vacío %
Ginecoide	6.9	9	0.25	1.2	0.5
Androide	2.5	2.5	0	0.5	0.25
Antropoide	1	3.75	0	0	0
Platipeloide	1.65	0.7	0.25	0	0

En esa misma institución encuentran que en 155 casos de presentación podálica la pelvis era ginecoide en el 49.5%, androide en el 31.3, antropoide en el 10.4 y platipeloide en el 8.6%. Todos los casos de presentaciones de cara y hombro ocurrieron en pelvis ginecoideas y androideas. Observaron sufrimiento fetal en el 2.56% de las pelvis ginecoideas, 1.92% de las androideas,

0.65% de las antropoides y 0.32% de las platipeloideas.

Fragoso (México) encuentra 20% de desproporción feto-pélvica entre las pelvis ginecoideas, 36% entre las androideas, 7% entre las antropoides, 32% entre las platipeloideas y 11% entre las asimétricas.

Cárdenas (México) obtiene los siguientes resultados:

Tipo de parto	Ginecoide	Androide	Platipeloide	Antropoide
	%	%	%	%
Espontáneo	23	44	25	33
Fórceps	30	11	12	22
Extractor de vacío	41	44	50	44
Cesárea	5	—	12	—

Castelazo Ayala y Col. (México) reportan los siguientes datos en 150 pelvis no seleccionadas:

Tipo de parto	N°	%	Ginecoide	Androide	Plati- peloide	Antro- poide
			100 casos %	34 casos %	11 casos %	5 casos %
Espontáneo	124	82.6	84.0	94.1	45.4	60.0
Fórceps:						
Medio	4	2.7	2.0	—	18.2	—
Bajo	13	8.7	10.0	—	9.1	40.6
Cesárea	9	6.0	4.0	5.9	—	—

Todos los reportes concuerdan en atribuir una mayor morbimortalidad fetal a las variedades morfológicas plati-peloide y androide. La morbimortalidad materna no tiene variaciones apreciables según la morfología pelviana.

El análisis de todos los datos anteriores permite señalar que si bien en general las pelvis menos favorables son la androide y la plati-peloide, dista mucho de haber unanimidad en los hallazgos. Este mismo concepto puede expresarse al comparar estos datos con los hallazgos de la literatura norteamericana y europea (Steer, cit. Agüero y Col., Relato Oficial de este Congreso), lo cual demuestra que la morfología

pelviana, considerada aisladamente, tiene poca influencia en la agresividad del parto sobre el feto y la madre, sobre todo cuando la atención del mismo queda en manos de especialistas.

2. *Dimensiones de la pelvis en la mujer adulta.*

- a) Dimensiones promedio en general y en cada variedad morfológica.

Las dimensiones promedio de los distintos diámetros en general y en cada una de las variedades morfológicas de la pelvis están expresadas en los siguientes cuadros.

CUADRO III
DIMENSIONES PROMEDIO DE LOS DIAMETROS PELVIANOS

Autor - País	Estrecho superior		Estrecho medio		Estrecho inferior	
	Ant-post.	Transv.	Ant-post.	Transv.	Ant-post.	Transv.
Acosta Bendek Colombia	12.01	12.45	11.69	9.48	7.96	9.51
Cárdenas y Restrepo Colombia	11.04	13.1	11.1	9.99	7.2	9.6
Mogollón Colombia	10.31	12.08	11.59	10.62	—	11.4
Terán y Col. Costa Rica	11	12.25	—	10.	12.5	—
Montoya Honduras	10.5	11.5	—	10.5	—	10.5
Castelazo Ayala México	11.6	12.06	12.4	9.9	11.9	9.
Cárdenas México	11.25	12.50	11.75	11.25	10.75	10.25
Agüero y Col. Venezuela	12.4	13	13.6	10.5	8.6	10.7
Amado Venezuela	11.3	12.1	—	10.4	—	—

CUADRO IV

Autor - País	Estrecho superior		Estrecho medio		Estrecho inferior	
	Ant-post.	Transv.	Ant-post.	Transv.	Ant-post.	Transv.
Ginecoide						
Acosta Bendek Colombia	11.66	12.49	11.37	9.61	7.82	9.75
Cárdenas y Restrepo Colombia	10.8	13.2	10.7	10.	6.8	9.6
Mogollón Colombia	11.3	12.01	—	—	—	—
Castelazo Ayala México	11.77	12.80	12.57	9.98	11.98	9.04
Hernández Cruz México	11.8	12.	12.57	9.90	11.9	9.
Androide						
Acosta Bendek Colombia	12.23	12.24	11.99	9.58	7.97	9.78
Cárdenas y Restrepo Colombia	—	—	—	—	—	—
Mogollón Colombia	10.07	12.	—	—	—	—
Castelazo Ayala México	10.90	12.01	11.88	9.91	11.80	8.60
Hernández Cruz México	10.90	12.	11.90	9.90	11.80	8.70
Antropoide						
Acosta Bendek Colombia	13.52	12.04	12.22	8.88	8.83	8.32
Cárdenas y Restrepo Colombia	12.2	12.6	12.6	9.6	8.1	9.2
Mogollón Colombia	12.55	11.95	—	—	—	—
Castelazo Ayala México	13.3	9.33	13.36	9.01	12.32	8.21
Hernández Cruz México	13.	9.40	13.30	9.10	12.30	8.30
Platipeloide						
Acosta Bendek Colombia	10.66	12.95	11.18	9.88	7.74	10.21
Cárdenas y Restrepo Colombia	9.4	13.5	10.4	10.4	6.8	10.2
Mogollón Colombia	8.98	12.68	—	—	—	—
Castelazo Ayala México	10.33	13.36	11.17	10.20	11.31	9.34
Hernández Cruz México	10.40	13.30	11.20	10.10	11.30	9.30

De acuerdo con los datos anteriores no es posible establecer diferencias importantes de dimensiones pélvicas entre los grupos estudiados, destacando tan sólo la superioridad de dimensiones en los diámetros pelvianos reportados por Venezuela, particularmente en relación al estrecho superior y medio. No alcanzamos a definir la explicación de este hecho. La comparación de estos reportes latino-americanos con los de la literatura mundial citada por Agüero y Col. hace evidente también la ausencia de diferencias dimensionales trascendentes. A excepción de la pelvis venezolana, las pelvis de los grupos estudiados no ofrecen características especiales que las distinguan de las observadas en otros grupos humanos.

Al considerar las dimensiones en los diversos tipos morfológicos se observa que existe concordancia prácticamente absoluta entre ambos factores, sin que llame la atención ningún dato especial.

b) Criterio para calificar la estenosis pélvica.

En relación al criterio para calificar la estenosis pélvica y sus diversos grados, la mayoría de los profesores latino-americanos aceptan referirla a las dimensiones de los diámetros en los diferentes estrechos, existiendo tan sólo discrepancias en cuanto a las cifras diferenciales y en cuanto al número de grados de estenosis. El criterio que priva es el de dividir la estenosis en absoluta y relativa para cada estrecho pelviano, de acuerdo con los límites siguientes: en el estrecho superior hay estenosis relativa cuando el diámetro promonto-retropúbico mide entre 8.5 y 10 cms. o

el transverso máximo entre 10 y 11 cms., y estenosis absoluta cuando miden menos de 8.5 y 10 cms. respectivamente; en el estrecho medio hay estenosis relativa si el biciático mide de 8 a 10 cms. y absoluta si es menor de 8 cms.; para el estrecho inferior hay estenosis relativa si el bi-isquiático está entre 7 y 8 cms. y absoluta si es menor de 7 cms. Las divergencias de criterio alcanzan hasta 0.5 cms. en más o en menos las cifras anotadas. Algunos autores no admiten la existencia de los límites señalados para la estenosis relativa y tan solo eligen una cifra más abajo de la cual no dan posibilidades al parto vaginal.

En nuestro criterio es provechosa desde el punto de vista práctico la subdivisión primero señalada, pues permite una definición pronóstica más certera y condiciona la conducta durante el trabajo de parto en lo que se refiere a la capacidad ósea de la pelvis para admitir el tránsito cefálico. La clasificación de Bumm y otras semejantes, todavía utilizadas por algunos de los autores consultados, nos parece que segmenta demasiado los grados de estenosis, tratándose de un problema en el que las pequeñas diferencias dimensionales no tienen importancia en vista de que existen otros factores de los que depende en forma importante el tránsito de la cabeza fetal por la pelvis materna. Es de recomendarse, pues, la unificación de criterios en el sentido de señalar únicamente, 1º si hay o no estenosis, y 2º si el grado de estenosis que existe da o no posibilidad a la vía vaginal para que ocurra el parto sin riesgo materno-fetal. Por razones obvias no se tomaron

en cuenta los datos de estenosis referidos a dimensiones externas de la pelvis mayor.

c) Incidencia de estenosis pélvica.

En relación a la incidencia de estenosis pélvica en grupos no seleccionados, Terán y Col. (Costa Rica) la sitúan entre 9.5 y 11%, Agüero y Col. (Venezuela) en 19.8%, Castelazo Ayala y Col. (México) en 9.3%, Schwarcz (Argentina) 0.99%, y Diefenthaler (Brasil) 9.2%. En grupos de pacientes con presunción clínica de anormalidad pélvica, Acosta Bendek (Colombia) encuentra 75.5% de estenosis pélvica

(72.2% relativa y 3.3% absoluta), y Castelazo Ayala reporta 66% de estenosis (56.1% relativa y 9.9% absoluta).

El sitio de la estrechez pélvica lo encuentran Agüero y Col. (Venezuela) en la siguiente forma: de 216 casos de estenosis el estrecho superior estaba disminuído en el 9.7%, el estrecho medio en el 83.3% y el estrecho inferior en el 41.6%.

Castelazo Ayala (México) relaciona la estenosis con la variedad morfológica de la pelvis en el siguiente cuadro, que corresponde a 150 pelvis no seleccionadas:

Tipo de pelvis	Nº casos	Dimensiones normales		ESTENOSIS RELATIVA						Total	
		Nº	%	Estr. sup.		Estr. med.		Estr. inf.		Nº	%
				Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Ginecoide	100	94	94.0	4	4.0	—	—	—	—	4	4.0
Androide	34	30	88.2	—	—	—	—	2	5.8	2	5.8
Platipeloide	11	8	72.7	2	18.2	—	—	—	—	2	18.2
Antropoide	5	4	80.0	1	20.0	—	—	—	—	1	20.0
TOTAL	150	136	90.7	7	4.7	—	—	2	1.3	9	6.0

Tipo de pelvis	ESTENOSIS ABSOLUTA							
	Estr. Super.		Estr. medio		Estr. inferior		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ginecoide	2	2.0	—	—	—	—	2	2.0
Androide	—	—	1	3.0	1	3.0	2	5.8
Platipeloide	1	9.1	—	—	—	—	1	9.1
Antropoide	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL	3	2.0	1	0.7	1	0.7	5	3.3

Acosta Bendek (Colombia), da los siguientes datos:

Tipo de pelvis	ESTENOSIS RELATIVA							
	Dimensiones normales		Estr. superior		Estr. medio		Estr. inferior	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ginecoide	27	23.1	14	11.9	74	63.2	0	0
Platipeloide	11	26.8	13	31.8	15	36.6	0	0
Androide	5	38.4	0	—	6	46.2	0	0
Antropoide	0	—	1	20.0	4	80.0	0	0

ESTENOSIS ABSOLUTA

Tipo de pelvis	Dimensiones normales		Estr. superior		Estr. medio		Estr. inferior	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ginecoide			0	—	2	1.8	0	0
Platipeloide			2	4.8	0	—	0	0
Androide			0	—	2	15.4	0	0
Antropoide			0	—	0	—	0	0

Fragoso (México) señala estenosis del estrecho superior en 60.1%, y en los estrechos medio e inferior en el 39.9%.

En pacientes con presunción clínica de problema pélvico, Acosta Bendek (Colombia) encuentra en el estrecho superior 15.9% de estenosis relativa y 1.1% de estenosis absoluta, y en el estrecho medio 56.3% de relativa y 2.2% de absoluta. No reporta ningún caso de estenosis del estrecho inferior.

En 147 casos de estenosis pélvica Araújo (Brasil) menciona 51% de alteraciones en el estrecho superior, 4.7% en estrecho medio, 2% en estrecho inferior y 3.4% en alteraciones de varios estrechos.

Mogollón (Colombia) encuentra 4.12% de estenosis en el estrecho superior, 2.24% en el estrecho medio y 3.15% en ambos estrechos. Cárdenas y Restrepo (Colombia) en estudio de 40 casos encuentran estenosis del estrecho superior en un caso, del medio en 13 y del inferior en 14 de las pelvis ginecoideas; estenosis del estrecho superior en 3, del estrecho medio en 4 y del estrecho inferior en 4 de las pelvis plati-

peloides, y estenosis del estrecho superior en 2, del estrecho medio en 5 y del estrecho inferior en 7 de las pelvis antropoides.

Las anteriores observaciones muestran también que la incidencia general de estenosis pélvica no es diferente en los núcleos latino-americanos estudiados que en otras zonas geográficas del globo. Lo mismo ocurre al relacionar la incidencia del grado de estenosis con la morfología pelviana. Debe destacarse sin embargo que mientras la mayoría de los grupos estudiados sitúan la mayor incidencia de estenosis a nivel del estrecho superior, en Venezuela predominan notablemente las estenosis del estrecho medio y del inferior, lo cual es posible que tenga relación con una mayor proporción de pelvis androide en ese país.

- d) Incidencia de problemas obstétricos de origen dimensional.

En lo que se refiere a problemas obstétricos derivados de alteraciones dimensionales de la pelvis, son de mencionarse los siguientes datos de Acosta Bendek (Colombia):

Tipo de parto	ESTENOSIS RELATIVA							
			Estr. superior		Estr. medio		Estr. inferior	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Espontáneo	96	54.5	10	10.41	53	55.20	—	—
Fórceps	13	7.4	1	7.69	7	53.84	—	—
Cesáreas	67	38.1	—	—	—	—	—	—
Desp. céfalo-pélvica	—	—	10	14.92	22	32.83	—	—
Distocia contrac.	—	—	8	11.94	5	7.46	—	—
Presentaciones anorm.	—	—	3	4.47	8	11.94	—	—
	176	100%						
Espontáneo			0	0	0	0	0	0
Fórceps			0	0	0	0	0	0
Cesáreas:								
Desp. céfalo-pélvica			2	2.98	4	5.96	0	0
Distocia contrac.			0	0	0	0	0	0
Presentaciones anorm.			0	0	0	0	0	0

Castelazo Ayala y Col. reportan los siguientes datos:

Tipo de parto	ESTENOSIS RELATIVA									
			Dimens. normales		ESTENOSIS RELATIVA			Total 9 casos		
	Nº	%	136 cs.	%	superior 7 casos	Estr. medio 0 casos	Estr. inferior 2 casos	Nº	%	
Espontáneo	124	82.6	122	81.3	2	—	—	2	1.3	
Fórceps:										
Medio	4	2.7	1	0.6	1	—	2	3	2.6	
Bajo	13	8.7	11	7.3	2	—	—	2	1.3	
Cesárea	9	6.0	2	1.3	2	—	—	2	1.3	
					ESTENOSIS ABSOLUTA			5 casos		
					3 casos	1 caso	1 caso	Nº	%	
Espontáneo					—	—	—	—	—	
Fórceps:										
Medio					—	—	—	—	—	
Bajo					—	—	—	—	—	
Cesárea					3	1	1	5	3.3	

Schwarz (Argentina) reporta los siguientes datos:

Tipo de pelvis	Parto espont.	Fórceps	Cesárea	Versión	Sinfisiotomía	Fetotomía
Generalmente estrecha	66	30	6	1	7	0
Plana anillada	2	0	0	2	0	0
Plana canaliculada	1	1	0	0	1	1
Gen. estrecha y anillada	15	4	0	1	2	1
Plana	1	1	0	1	0	0
Gen. estr. y canaliculada	5	4	1	0	0	1

Diefenthaler (Brasil) obtiene las siguientes cifras: estenosis de primer grado 20%, estenosis de segundo grado 65%, estenosis de tercer grado 100%; todas referentes a partos operatorios.

Crespo (Brasil) encuentra que en 319 cesáreas 39 fueron por distocia de

pelvis (19%) y 2 fueron por desproporción (0.98%).

3. Morfología y Estenosis Pelvianas.

Terán y Col. (Costa Rica) han estimado la relación del grado de estenosis con la morfología pelviana y el tipo de parto en la siguiente forma:

Tipo de pelvis	Absoluta %	Relativa %	Límite %
Ginecoide	0	0	13.5
Androide	0	0.3	23.9
Antropoide	0	0	0.3
Platipeloide	0	0.9	5.3

Intervenciones en pelvis relativa y límite:

Tipo de pelvis	FORCEPS		
	Sufrim. fetal %	Cesárea ant. %	Otras causas %
Ginecoide	0.3	0.94	1.88
Androide	0.3	0.94	3.78
Antropoide	0	0	0
Platipeloide	0	0	0
TOTAL	0.6	1.88	5.66

Tipo de pelvis	CESAREA					
	Desprop. %	S. fetal %	Ces. ant. %	P. cara %	Pl. prev. %	Infl. Ov. %
Ginecoide	3.1	0.3	0.3	0.3	0.3	—
Androide	2.2	0.3	1.5	0	0.6	—
Antropoide	0	0	0	0	0	—
Platipeloide	0.63	0.3	0	0	0	0.3
TOTAL	5.93	0.9	1.8	0.3	0.9	0.3

Acosta Bendek (Colombia) sintetiza los hallazgos sobre resolución de parto en la estenosis pélvica en el siguiente cuadro:

Pelvis y Tipo de parto	ESTENOSIS RELATIVA					ESTENOSIS ABSOLUTA						
	Estr. super.		Estr. medio		Estr. infer.	Estr. super.		Estr. medio		Estr. inf.		
	Nº	%	Nº	%	Nº %	Nº	%	Nº	%	Nº %		
Ginecoide												
Fórceps	0	—	6	14.6	0	—	0	—	0	—	0	—
Desp. cef. -pélv.	3	7.3	14	34.1	0	—	0	—	2	4.9	0	—
Pres. anorm.	1	2.5	7	17	0	—	0	—	0	—	0	—
Dist. contrac.	4	9.8	4	9.8	0	—	0	—	0	—	0	—
TOTAL	8	19.6	31	75.5	0	—	0	—	2	4.9	0	—

Pelvis y tipo de parto	ESTENOSIS RELATIVA					ESTENOSIS ABSOLUTA						
	Estr. super.		Estr. medio		Estr. infer.	Estr. super.		Estr. medio		Estr. inf.		
	Nº	%	Nº	%	Nº %	Nº	%	Nº	%	Nº %		
Platipeloide												
Fórceps	1	4.8	1	4.8	0	—	0	—	0	—	0	—
Desp. cef.-pélv.	6	28.5	6	28.5	0	—	2	9.5	0	—	0	—
Pres. anormales	2	9.5	1	4.8	0	—	0	—	0	—	0	—
Distocia de cont.	2	9.5	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
TOTAL	11	52.3	8	38.1	0	—	2	9.5	0	—	0	—
Androide												
Fórceps	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
Desp. cef.-pélv.	0	—	1	16.05	0	—	0	—	2	33.3	0	—
Dist. contrac.	2	33.3	1	16.65	0	—	0	—	0	—	0	—
TOTAL	2	33.3	2	33.3	0	—	0	—	2	33.3	0	—
Antropoide												
Desp. cef.-pélv.	1	50	1	50	0	—	0	—	0	—	0	—

También en los datos anteriores se observan una diversidad de hallazgos que sólo es posible atribuir a la variedad tan grande de criterios y de métodos para estimar la estenosis pelviana y para determinar en función de ella la necesidad de practicar intervenciones quirúrgicas. De acuerdo con algunos estudios, por ejemplo, es más frecuente la estenosis del estrecho superior en todas las variedades morfológicas de la

pelvis, excepto quizá en las androides; sin embargo, en algunas series importantes y bien estudiadas destaca la frecuencia con la que en todas las variedades de pelvis es más común la dificultad de tránsito cefálico a nivel de los estrechos medio e inferior. No es posible por lo tanto obtener deducciones que permitan uniformar el criterio sobre los conflictos feto-pélvicos en las series presentadas. Podría deducirse, sin em-

bargo, que los conflictos dimensionales y morfológicos son comunes en el estrecho medio y en el inferior aun en las pelvis androides, y que en la mayoría de los casos puede preverse la incapacidad de la pelvis enfocando la mirada hacia el estrecho superior.

La divergencia de datos a que hemos aludido no es privativa de las series analizadas sino que se observa también al revisar la literatura mundial sobre este punto. Tal circunstancia legitima los esfuerzos realizados para encontrar sistemas que permitan un mejor pronóstico del grado de permeabilidad pelviana y que no estén basados exclusivamente en la longitud de los diámetros y en la morfología de la pelvis. Esta inquietud universal ha deparado la integración de un gran número de procedimientos que, con base en datos dimensionales o volumétricos indirectos, intentan precisar con la mayor exactitud el pronóstico del parto. A estos sistemas nos referiremos más adelante.

4. *Criterio y recursos para el diagnóstico.*

Son conocidos los procedimientos para estimar la capacidad de la pelvis para dejar pasar la cabeza fetal: pelvimetría clínica externa e interna, maniobras de aplicación cefálica sobre la pelvis, pelvicefalometría radiológica y prueba de trabajo de parto. Existe unanimidad en que la captación de los datos pelvianos debe hacerse en función de las dimensiones cefálicas, pues las características aisladas de la pelvis sirven solamente de orientación.

No obstante que la gran mayoría de los profesores consultados otorgan poca importancia a la pelvimetría externa, llama la atención el que algunos de ellos, inclusive de cátedras muy prestigiadas, la sigan preconizando como un método de rutina. Sintetizando el consenso general, acorde con las corrientes actuales en otras latitudes, puede afirmarse que la pelvimetría externa es inútil cuando es posible contar con dispositivos de mensuración radiológica, y que en tales casos debe abandonarse, excepto en lo que se refiere a la captación de dimensiones del estrecho inferior. Las orientaciones que pueden deducirse de la forma y dimensiones del rombo de Michaelis y de los diámetros de Baudeloque, bitrocantéreo, biespinoso, bicrestal, etc., son únicamente valederas en el ejercicio obstétrico elemental y en ninguna forma deben constituir parte de la enseñanza en centros hospitalarios adelantados ni en medios que cuenten con los dispositivos de la práctica obstétrica moderna.

Por el contrario, casi todos los reportes consultados concuerdan en otorgar una gran importancia a la pelvimetría clínica practicada a través del tacto vaginal, contemplando como única limitación de importancia el que para entregar datos confiables debe ser recabada por un tocólogo experimentado. La captación dimensional del diámetro conjugado diagonal es la única precisa, siendo el resto de los datos dependiente de la habilidad individual del explorador para hacer una estimación adecuada. En cualquier forma, si se satisface el requisito de un clínico experimentado, la pelvimetría

interna constituye una contribución muy importante al pronóstico de permeabilidad pelviana, sobre todo si se practica durante el trabajo de parto. No se considera que tengan utilidad trascendente los diversos dispositivos instrumentales para coadyuvar a las mediciones de la pelvimetría interna.

Por lo demás, hay unanimidad de concepto en cuanto a que la pelvimetría interna debe practicarse en todos los casos de primigestas, de múltiparas cuyos embarazos anteriores no han alcanzado el término y de múltiparas con antecedentes de partos azarosos.

En lo que se refiere a los métodos radiológicos, hay concordancia en que su utilidad es muy superior a la de los métodos clínicos, en que deben utilizarse para captar tanto los datos pelvianos como los cefálicos y en que, no obstante su alta precisión, no resuelven totalmente el problema de la compatibilidad cefalopélvica. Aun cuando algunos de los reportes consultados proponen su utilización sistemática en primigestas y en múltiparas con antecedentes de partos distócicos, la mayoría no están acordes con este criterio y el consenso general sintetiza las indicaciones de su uso bajo las siguientes circunstancias: 1ª Datos clínicos de estenosis pélvica; 2ª Diámetro promontosubpúbico de 11.5 cms. o menos; 3ª Espinas ciáticas prominentes o muy aproximadas; 4ª Diámetro bi-isquiático menor de 8 cms. o cuya suma con el sagital posterior sea inferior a 15 cms.; 5ª Cabeza flotante en primigesta a término; 6ª Presentación podálica en primigesta a término; 7ª Historia de partos

laboriosos u operatorios; 8ª Historia de muerte neonatal de causa no conocida; 9ª Pelvis asimétrica; 10ª Feto muy desarrollado; 11ª Falta de progreso de la presentación durante el parto, sin causa explicable.

Aun cuando algunos autores invocan como limitación de la pelvicefalometría radiológica las alteraciones genéticas derivadas de la radiación, la gran mayoría menosprecia con razón este elemento y combate la práctica sistemática de ella invocando razones de innecesariedad.

En relación a las técnicas o sistemas radiológicos pelvicefalométricos y a su utilidad práctica, pueden extraerse de la encuesta los siguientes puntos:

1º Hay gran diversidad de técnicas radiológicas utilizadas en Latino-américa (Snow, Colcher-Susman, Thoms, Thoms-Wilson, Ball, Schwarcz, Martius, Allen, Terán, etc.). En general cada clínico está satisfecho con la técnica que emplea, y el criterio prácticamente común es que cualquier técnica es buena si se tiene experiencia en su manejo.

2º Algunos de los reportes utilizan sistemas indirectos de deducción pronóstica, tales como la comparación volumétrica de la pelvis y la cabeza fetal, el índice de Mc Conell, el índice cefalopélvico de Terán, el índice de Mengert, etc., justificando el empleo de estos procedimientos en el hecho de que deparan un pronóstico más acertado que la simple captación dimensional y morfológica.

3º En general se está de acuerdo en exigir que el estudio radiológico pel-

vicefalométrico informe no sólo de dimensiones o sistemas dimensionales de orden pronóstico sino también de la morfología pelviana. Razonablemente se considera útil el saber con anterioridad al parto las modalidades morfológicas de la pelvis para hacer participar a este factor en el juicio pronóstico y en el manejo práctico del parto.

4º Es evidente que la utilidad de la pelvicefalometría radiológica es tanto mayor cuanto más se acerque al momento del parto. Considerando, sin embargo, que debe haber cierto tiempo entre la pelvicefalometría y el parto para poder externar con antelación el pronóstico, y considerando también que la cabeza fetal crece muy poco o nada en las últimas 2 o 3 semanas del embarazo, se ha estimado que el estudio debe hacerse alrededor de la 38ª semana, sin desconocer que tiene gran utilidad en algunos casos el practicarlo durante el parto.

5º Algunos de los reportes informan de la poca o ninguna utilidad práctica de la pelvicefalometría radiológica, basándose en la imprecisión de sus respuestas, en la necesidad de personal especializado y en su alto costo. No obstante, la mayoría considera al procedimiento como muy útil en los casos problema y algunos lo estiman como imprescindible. Si se hace un juicio global de todos los factores que condicionan la posibilidad del tránsito cefálico a través de la pelvis, debe aceptarse que uno de los más importantes se refiere a la capacidad física de la pelvis para admitir dicho tránsito, si bien este factor no tiene la importancia que se le

concedió en épocas pasadas. Admitiendo por otra parte que ninguno de los sistemas o técnicas radiológicas ideadas hasta la fecha tiene un porcentaje de aciertos pronósticos absoluto, debe considerarse al procedimiento como un coadyuvante muy valioso, aun cuando no debe hacerse descansar en él toda la responsabilidad pronóstica. Estas consideraciones justifican ampliamente su empleo bajo las indicaciones antes señaladas.

6º Por cuanto al problema que depara la estimación pelvicefalométrica en los casos de presentación pélvica, es evidente que en ellos se acrecienta la imprecisión del método, en vista de las dificultades para corregir la distorsión cefálica. Se está de acuerdo en general en conceder en tales casos mayor importancia a la comparación clínica de los volúmenes del feto y de la pelvis captada por clínicos experimentados, pero de todos modos se acepta que en estos casos también debe practicarse el procedimiento radiológico agudizando los recursos para disminuir los errores de distorsión. El índice cefalopélvico de Terán, ideado específicamente para estos casos, parece resolver con acierto la gran mayoría de estos problemas.

5. *Conducta obstétrica en problemas morfológicos y dimensionales de la pelvis.*

Aun cuando algunos profesores sostienen el criterio de que la morfología pelviana no debe influir en el manejo clínico del parto, la gran mayoría están

acordes en admitir que, puesto que las variedades morfológicas imprimen modalidades al mecanismo del parto en sus diferentes etapas, resulta ventajoso conocer previamente dicha morfología con el criterio de respetar las modalidades correspondientes y, en todo caso, de actuar durante el parto en atención a ellas. No es admisible en nuestros días querer manejar la orientación de la cabeza por igual en todas las variedades morfológicas de la pelvis. Como criterio general debe aceptarse que la orientación de la cabeza debe corresponder al diámetro más favorable de la pelvis en cada uno de sus estrechos, y que la evaluación pronóstica y la conducta terapéutica quedan en buena parte condicionadas al conocimiento previo de dicha morfología.

Existe unanimidad en el sentido de no interrumpir el embarazo mediante la inducción del parto en los casos de desproporción franca o dudosa, invocando para ello el temor a la prematuridad, el exiguo crecimiento de la cabeza fetal en las últimas semanas y lo azaroso de la inducción del parto con cérvix inmaduro. Este criterio está acorde con el observado en el resto de la literatura mundial. Aun en los casos de desproporción absoluta, la gran mayoría de los autores considera que debe esperarse el trabajo de parto para evitar el riesgo de la prematuridad y para dar lugar a un buen desplegamiento del segmento inferior, que en todo caso facilita la técnica de la operación cesárea. Muy pocos preconizan la cesárea electiva antes del trabajo de parto.

En los casos de desproporción relativa o dudosa, el acuerdo es unánime

en el sentido de someter a la paciente a la prueba de trabajo de parto (prueba de ingreso o de encaje para algunos profesores), confiando en la acuciosa vigilancia de ella para la resolución del problema. Se encomia el valor de esta prueba como elemento definitivo para resolver estos casos, ya que es la única forma de tomar en cuenta todos los elementos de los que depende la posibilidad del parto vaginal (relaciones dimensionales cefalopélvicas, morfología pelviana, actitud cefálica, moldeabilidad de la cabeza fetal, dinámica uterina, aptitud del cérvix para sufrir las modificaciones correspondientes, resistencia de las paredes blandas de la pelvis, etc.).

La mayoría de los autores hacen consistir la prueba de trabajo de parto en la vigilancia acuciosa de todos los factores clínicos del parto, practicando la ruptura artificial de las membranas cuando la dilatación alcanza 3 o 4 cms. y supervisando de manera especial el que la dinámica uterina tenga un curso fisiológico, para lo cual pueden emplearse medicamentos reguladores de la actividad uterina. La prueba de trabajo principia en realidad cuando se practica la amniotomía, y su duración, aun cuando debe ser tomada en cuenta, no es el factor primordial que condicione su positividad o negatividad. Mientras el trabajo uterino y la dilatación continúen progresando y la cabeza fetal descendiendo en la pelvis, el trabajo debe continuar si ello no consume un tiempo peligrosamente largo o si no aparecen manifestaciones de compromiso para el feto, tales como sufrimiento fetal y excesivo cabalgamiento de los huesos, o para la madre, tales como peligno

de ruptura uterina, agotamiento, deshidratación, etc. En algunos reportes se estima que la prueba de trabajo debe principiar cuando la dilatación está completa, y computarse como límite de duración 3 horas para la primigesta y 2 horas para la múltipara. Este criterio, que elimina el período de dilatación de la prueba de trabajo, parece inadecuado a la mayoría en atención a la gran influencia que tienen las características de ese período sobre la suerte del feto, de la madre y del mismo parto.

Se acepta comúnmente que la prueba de trabajo de parto debe darse por negativa, procediendo a la intervención operatoria cuando, no obstante una buena dinámica uterina y una buena orientación de la cabeza fetal, se observa una detención en el progreso de la presentación en un tiempo razonable. Con este criterio no es admisible el referir la duración de la prueba del trabajo de parto a determinado número de horas sino que debe condicionarse a la progresión satisfactoria del feto. Tampoco es razonable tomar como límite de tolerancia la aparición del sufrimiento fetal, pues es evidente que éste constituye la manifestación clínica de hipoxia intrauterina, que en todos los casos representa un riesgo grave para la salud y la vida del feto.

En relación al empleo de la ocitocina durante el trabajo de parto la opinión más común es la de que no existe inconveniente cuando es necesaria para normalizar el trabajo uterino, siempre que se respeten las condiciones de apli-

cación bajo las normas modernas de su uso.

La conducta a seguir en los casos de certeza o duda de desproporción en presentación podálica es practicar una operación cesárea estando el embarazo a término o de preferencia en las fases iniciales del trabajo de parto. Por razones obvias no es aceptable la prueba de trabajo de parto en presentación podálica.

Los casos que han sufrido una o varias operaciones cesáreas en embarazos anteriores por "desproporción", plantean un problema especial tanto por la "desproporción" cuanto por la existencia de una o varias cicatrices uterinas. La gran mayoría de los profesores consultados dan oportunidad a la vía vaginal cuando la paciente ha sufrido una cesárea previa por "desproporción", siempre que los estudios en su actual embarazo indiquen que no hay desproporción. La prueba de trabajo en estos casos debe contemplar la posibilidad de una dehiscencia de la cicatriz uterina. Muy pocos autores dan oportunidad a la vía vaginal cuando la paciente ha sufrido con anterioridad más de una cesárea, invocando como razón fundamental el riesgo de ruptura uterina.

Por considerar que en cierta forma expresa el criterio con el que se maneja en Latino-américa el concepto de desproporción céfalo-pélvica, mencionamos a continuación la incidencia con la que este concepto ha intervenido en las indicaciones para la operación cesárea en algunas instituciones latino-americanas.

CUADRO V

País - Autor	Incidencia de desproporción entre las indicaciones de cesárea
Argentina	%
Uranga Imaz	40.01
Brasil	
Araujo	26.9
Crespo	40.
Diefenthaeler	10.
Paciornik	80.
Colombia	
Acosta Bendek	65.7
Costa Rica	
Terán y Col.	8.66
Ecuador	
Paladines	40.
México	
Castelazo Ayala	41.4
Fragoso	25 a 30
Hernández Cruz	43.
Paraguay	
Morales	25 a 30

No tenemos explicación acerca de la diversidad de estos datos ni de la discrepancia de un buen número de ellos con los observados en la literatura mundial, pero es evidente que no es atribuible a modalidades peculiares de la mujer latino-americana.

A continuación se expresa el porcentaje de partos vaginales en pacientes sometidas con anterioridad a operación cesárea por desproporción.

CUADRO 6

País - Autor	Partos vaginales después de cesárea por desproporción
Brasil	
Araujo	59 %
Crespo	40 %
Diefenthaeler	20 %
Paciornik	20 %
Colombia	
Acosta Bendek	42 a 52
Terán y Col.	6 %
México	
Castelazo Ayala	20 %
Fragoso	54 %

Estas cifras, que no difieren en gran modo de las de la literatura mundial, expresan en cierta forma las contingencias de error en el diagnóstico de la desproporción fetopélvica.

La morbimortalidad materna y fetal en los casos de desproporción feto-pélvica reportada por algunos autores latino-americanos no difiere de la observada en la literatura mundial.

IV. RESUMEN

1. Se exponen los resultados de una encuesta realizada entre 262 gineco - obstetras latino - americanos acerca del tema.

2. *Morfología pelviana.*

a) La clasificación de la pelvis femenina más utilizada desde el punto de vista obstétrico es la de Caldwell-Moloy-D'Esopo.

b) Sin grandes variantes en los diferentes países, predomina en Latino-américa la pelvis ginecoide, siguiendo la androide, platipeloide y antropeide. Este predominio es más notable si se compara con lo reportado en la literatura mundial.

c) Aun cuando en general las pelvis androides y platipeloides son las menos favorables, puede concluirse que la morfología pelviana como factor aislado tiene poca influencia en la agresividad del parto sobre el feto y la madre, sobre

todo si el parto es manejado por especialistas.

3. *Dimensiones pelvianas.*

a) No existen diferencias sustanciales entre las dimensiones de la pelvis de los distintos grupos latino-americanos y los encontrados en la literatura mundial, salvo una extensión levemente mayor en la pelvis venezolana.

b) En general es aceptado distinguir la estenosis pélvica absoluta de la relativa, en cada uno de los estrechos pelvianos, en consonancia con el criterio universal.

c) La incidencia general de estenosis no admite diferencias trascendentes entre los diversos núcleos latino-americanos ni entre éstos y los núcleos estudiados en la literatura mundial, tanto al analizar la estenosis aislada cuanto al relacionarla con la morfología pelviana. Salvo en Venezuela, predomina la estenosis del estrecho superior sobre la de los estrechos medio e inferior.

d) La incidencia de problemas obstétricos de origen dimensional no admite particularidades en Latino-américa.

4. *Morfología y estenosis pelvianas.*

Destaca la diversidad de hallazgos al analizar este punto, atribuible a la variedad de criterios y métodos para estimar la estenosis pélvica y para deter-

minar en función de ella la necesidad de practicar intervenciones quirúrgicas. Los conflictos dimensionales y morfológicos son comunes en el estrecho medio e inferior. En la mayoría de los casos puede preverse la incapacidad pelviana, refiriéndola al estrecho superior.

5. *Diagnóstico.*

La pelvimetría externa es inútil, excepto en lo que se refiere al estrecho inferior. La pelvimetría interna debe practicarse como exploración de rutina en los casos indicados y su valor está condicionado a la experiencia del clínico. La pelvicefalometría radiológica es de gran utilidad cuando la pelvimetría clínica hace sospechar anormalidades pelvianas, pero no es una exploración de rutina.

6. *Conducta obstétrica.*

a) Es importante conocer la morfología pelviana antes del parto y considerarla durante el manejo del mismo.

- b) Aun en casos de desproporción cefalopélvica absoluta conviene esperar el trabajo de parto.
- c) Si la desproporción es relativa, debe someterse el caso a la prueba de trabajo de parto, cuyos detalles técnicos se puntualizan.
- d) En presentación pélvica basta la duda de desproporción para practicar la operación cesárea.
- e) En general, es de intentarse la vía vaginal aun cuando se haya practicado una cesárea por "desproporción" en el embarazo anterior, siempre que la "desproporción" sea dudosa.
- f) La incidencia de partos vaginales después de una cesárea por "desproporción" es reveladora de las deficiencias pronósticas aún existentes, y es semejante en Latinoamérica como en el resto del mundo.
- g) La morbi-mortalidad materna y fetal por problemas céfalo-pélvicos es semejante en Latinoamérica que en los demás países.

B I B L I O G R A F I A

1. ACOSTA BENDEK E.: Comunicación personal. Bogotá, Colombia, 1961.
2. ALCAZAR C.: **Contribución al estudio de la estenosis pélvica en México.** Tesis recepcional, U. N. A. M., 1934.
3. ALVAREZ H.: Comunicación personal. Montevideo, Uruguay, 1961.
4. AMADO J. R.: Comunicación personal. Maracaibo, Venezuela, 1961.
5. ARAGON V. G.: **El ángulo útil (pelvimetría).** Tesis recepcional, U. N. A. M., México, D. F., 1904.
6. ARAUJO J. O., PEDRAL SAMPAIO N. A. e PINOTTI J. A.: **An Bras. Gin., 49: 1, 1960.**
7. ARAUJO J. O., NEME B. e MARETTI M.: **An. Bras. Gin., 39: 253, 1955.**
8. ARAUJO J. O., MARTINEZ A. R. y PEDRAL SAMPAIO, N. A.: **Rev. Gin. y Obst. Bras., 47: 367, 1953.**
9. ARAUJO J. O.: **Rev. Gin. y Obst. Bras., 47: 198, 1953.**
10. AZEVEDO V. G.: Radiopelvimetría a propósito de 235 casos. **Anais da Maternidad de Sao Paulo, 1958 - 1959.**
11. AZEVEDO G. V.: **Anais das las Jornadas Brasileiras de Ginecología e Obstetricia, 1953.**
12. AZEVEDO G. V.: **Rev. Gin. y Obst. Bras., 53: 503, 1959.**
13. BARBOSA HORTA.: **Obstetricia práctica, 1958.**
14. BEECHE CAÑAS L. y SALAZAR E. M.: **Rev. Médica (Costa Rica), 5: 127, 1942.**
15. BRACHO J.: **Obst. y Gin. de Venezuela, 20: 27, 1960.**
16. CAMARA A.: Comunicación personal. Recife, Brasil, 1961.
17. CANTU TREVIÑO R.: Comunicación personal. Monterrey, México, 1961.
18. CARDENAS ESCOBAR A. y RESTREPO RAMIREZ H.: Comunicación personal. Bogotá, Colombia, 1961.
19. CARDENAS J.: Comunicación personal. Monterrey, México, 1961.
20. CASTELAZO AYALA L.: **Gin. y Obst. de México, 6: 65, 1951.**
21. CASTELAZO AYALA L., Perdomo de la Sierra A.: **Gin. y Obst. de México, 10: 26, 1955.**
22. CASTELAZO AYALA L.: **Gaceta Médica de México, 87: 215, 1957.**
23. CASTELAZO AYALA L.: **Gin. y Obst. de México, 13: 165, 1958.**
24. CERRUTI F.: Comunicación personal. Sao Paulo, Brasil, 1961.
25. CORREA DA COSTA C.: Comunicación personal. Brasil, 1961.
26. CRESPO RIBEIRO P.: Comunicación personal. Río Grando do Sul, Brasil, 1961.
27. DOLCORE SOTO R. y PEREZ ULLOA V.: **Cesárea. Análisis de 1084 casos.** XXX Cong. Med. Nacional, San José, Costa Rica, Pend. Pub. Acta Médica Costarricense, 1961.
28. DIAZ INFANTE A. y CASTRO A. E.: **Gin. y Obst. de Méx., 13: 177, 1958.**
29. DIFENTHAELER E. J.: Comunicación personal. Porto Alegre, Brasil, 1961.
30. DUQUE DE ESTRADA J.: **Estudios obstétricos.** Reedición Imprenta Munguía S. A., México, 1955.
31. DUQUE DE ESTRADA J.: **Estudio de las deformaciones pélvicas en México.** Reimpreso **Estudios Obstétricos del Profesor J. D. de Estrada.** Imprenta Munguía, México D. F., 1955.
32. DUQUE DE ESTRADA J.: **Pelviología Mexicana.** Reimpreso **Estudios Obstétricos del Profesor J. D. de Estrada.** Imprenta Munguía, México, 1955.
33. FIGUEROA O. J.: **La estenosis del diámetro bi-isiquíatico en México.** Tesis recepcional, U. N. A. M., 1936.
34. FRAGOSO LIZALDE D.: **Cirugía y Cirujanos, 28: 489, 1960.**
35. GARCIA VALENZUELA R.: **II. Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina. Resumen de actividades en el orden asistencial, docente y científico, 1958 - 60.** Santiago de Chile, 1961.
36. GIMENEZ MIRANDA M.: Comunicación personal. México, D. F., 1961.

37. GONZALEZ CUESTA A.: Comunicación personal. Puebla, México, 1961.
38. HERNANDEZ CRUZ A.: Comunicación personal. León, México, 1961.
39. HERRERA RODRIGUEZ D.: Comunicación personal. San José, C. R., 1961.
40. MARTINEZ A. R.: *Rev. Gin. Obst. Bras.*, 98: 670, 1956.
41. MARTINS C. de P.: *Rev. de Medicina*, 37: 208, 1953. Brasil.
42. MARTINS C. de P.: *Rev. do Hospital das Clinicas*, 8: 128, 1953.
43. MARTINS C. de P.: *Rev. do Hospital das Clinicas*, 8: 43, 1953.
44. MARTINS C. de P., NEME B. e GALLUCCI J.: *Rev. do Hospital das Clinicas*, 9: 51, 1954.
45. MATEOS FOURNIER M.: *Gaceta Med. Mex.*, 87: 215, 1957.
46. MATUS L.: *Bol. del Hosp. S. Juan de Dios*. Santiago de Chile, 5: 270, 1958.
47. MENDIETA E.: Análisis clínico-radiológico del estrecho medio para el pronóstico del parto. *Mem. del VII Cong. Med. Centro-americano*, Managua, Nicaragua, 1958.
48. MILANES J. J.: *Pelvimetría externa en nuestro medio*. Colombia, 1958.
49. MOGOLLON FERNANDEZ M.: *Radiopelvimetría y antropometría en la mujer colombiana*. Tesis de Grado. Colombia, 1942.
50. MONTOYA ALVAREZ J.: Comunicación personal. La Ceiba Atlántida, Honduras, 1961.
51. MORALES J. M.: Comunicación personal. Asunción, Paraguay, 1961.
52. NOUEL C. y PINEDO G.: *Rev. Obst. y Gin. Venezuela*, 17: 396, 1957.
53. PACIORNIK M.: Comunicación personal. Paraná, Brasil, 1961.
54. PALADINES O.: Comunicación personal. Ecuador, 1961.
55. PERALTA GAYON R.: *Obstetricia y Clínica Obstétrica*. Tomo I. Primera edición. Bogotá, Colombia, 1956.
56. PEREZ M. L.: *Tratado de Obstetricia*. 6ª edición. López y Etchegayen, Buenos Aires, Arg.
57. REYES CEJA L.: *Gin. y Obst. de México*, 14: 111, 1959.
58. RODRIGUEZ LOPEZ M.: *Gin. y Obst. de México*, 12: 319, 1958.
59. RODRIGUEZ LOPEZ M.: Comunicación personal. Montevideo, Uruguay, 1961.
60. SCHAFFER B.: Comunicación personal. Rosario, Argentina, 1961.
61. SCHWARCZ R.: Comunicación personal. Buenos Aires, Argentina, 1961.
62. SIQUEIRA F.: Comunicación personal. Pernambuco, Brasil, 1961.
63. TERAN VALLS M. y BRISEÑO BRIONES R. A.: El parto en las embarazadas con cesárea anterior. *Mem. del XXIX Cong. Med. Nac.*, San José, Costa Rica, 1960.
64. TERAN VALLS M.: *Indice cefalopélvico en la presentación podálica*. San José, C. R., 1960.
65. TERAN VALLS M.: Comunicación personal. San José, C. R., 1961.
66. TOUSSAINT ARAGON E. y ALONSO F.: Comunicación personal. México, D. F., 1961.
67. URANGA IMAZ F. y KOREMBLIT E.: Comunicación personal. Buenos Aires, Arg. 1961.
68. URPI RODRIGUEZ M.: Comunicación personal. San José, C. R., 1961.
69. URPI RODRIGUEZ M.: Radiopelvimetría en Costa Rica. *Mem. I Cong. Centro-americano de Obstetricia y Ginecología*. El Salvador, 1953.

NOTA: Se ha considerado de utilidad suprimir del texto las acotaciones bibliográficas en vista del procedimiento seguido en la elaboración del trabajo y para disponer de absoluta libertad en la expresión de los conceptos.