MORFOLOGIA DE LOS VICIOS PELVIANOS MAS FRECUENTES EN LATINOAMERICA *

DIAGNOSTICO Y CONDUCTA OBSTETRICA

Doctor Onofre Avendaño *

De acuerdo con las disposiciones reglamentarias vigentes, este Correlato se refiere a nuestros conceptos actuales y a la experiencia personal del autor sobre la materia. Para una mayor claridad en la exposición, hemos adoptado, en líneas generales, el documento que el señor Relator Oficial doctor Luis Castellazo Ayala, de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, hizo circular a modo de formulario de encuesta entre los ginecotocólogos latinoamericanos.

1. *Criterios de clasificación de la pelvis en la mujer adulta.*

No existe en Chile un criterio uniforme para clasificar la morfología de la pelvis en la mujer adulta. En la mayoría de los Servicios de Obstetricia se prefiere aplicar un concepto anatómico o descriptivo, siguiendo a Litzmann, con complementos etiopatogénicos toma-

dos de la Escuela Francesa de Bar, Brindeau, Voron y otros. Por nuestra parte, hemos adoptado la clasificación de Caldwell, Moloy y D'Esopo, asociada a una descripción morfológica de los vicios según Litzmann.

En un estudio realizado en 1949 (1) encontramos la siguiente proporción de tipos morfológicos, según la escuela norteamericana:

TIPO MORFOLOGICO DE PELVIS EN 251 PRIMIGESTAS CHILENAS

		%
Antropoide	23	9.2
Ginecoide	136	54.2
Androide	80	31.8
Platipeloide	12	4.8

Si se compara esta muestra con las cifras porcentuales de Caldwell y cols., se observa que nosotros tenemos una mayor incidencia de variedades ginecoi-

* Correlato al IV Congreso Latino-Americano de Obstetricia y Ginecología.

* Profesor Extraordinario de Obstetricia, Universidad de Chile. Jefe del Servicio de Obstetricia-Ginecología, Hospital Barros Luco, Santiago, Chile.

de y plana, a expensas de una reducción en los tipos androide y antropoide.

La *incidencia de problemas obstétricos* se establece en el siguiente cuadro, referente al parto en 395 pacientes, según el tipo de pelvis:

aparecen tardíamente y, por lo general, se resuelven mediante maniobras por vía vaginal, y

c) en la pelvis platipeloide o plana la distocia es precoz, causando pertur-

EVOLUCION DEL PARTO EN 395 PACIENTES, SEGUN TIPO PELVIANO

TIPO	EVOLUCION DEL PARTO				
	Versión o				Total 395 casos
	Espontáneo	Fórceps	Extr. podal.	Cesárea	
	339 casos %	25 casos %	8 casos %	23 casos %	
Antropoide	90.0	2.5	2.5	5.0	40
Ginecoide	88.5	6.7	2.4	2.4	209
Androide	85.0	7.5	1.9	5.6	107
Platipeloide	69.2	5.1	0	25.6	39
PROMEDIOS	85.8	6.3	2.0	5.8	100.0

La *mortalidad perinatal* merece un comentario, de acuerdo con el cuadro siguiente:

MORTALIDAD PERINATAL DEPURADA (INTRAPARTO) EN 395 CASOS

Tipo pelviano	Muerte perinatal		Casos
Antropoide	1	(2.5%)	40
Ginecoide	0	(0.0%)	209
Androide	5	(4.7%)	107
Platipeloide	1	(2.6%)	39
Total y promedio	7	(1.8%)	395

Del análisis cualitativo de esta casuística se deducen algunas consideraciones, a saber:

a) La terminación del parto es más favorable, más frecuentemente espontánea, en las variedades ginecoide y antropoide;

b) en la pelvis de rasgos androides surgen mayores dificultades, pero éstas

bación en el encaje y determinando una elevada frecuencia de cesáreas.

Se destaca una *mortalidad perinatal originada en el parto*, más alta en la pelvis androide (4.7%), con una menor incidencia operatoria (85% de partos espontáneos) que en la pelvis plana (2.6%), con un elevado porcentaje de operaciones (69.2% de partos espontáneos). Estas cifras revelan que en la

variedad platipeloide la distocia ha inducido una elevada incidencia de intervenciones, que, oportunamente indicadas, permiten reducir las pérdidas de vidas fetales y neonatales. En cambio, a pesar del mayor porcentaje de partos espontáneos y de maniobras vaginales, en la pelvis androide este criterio pareció mucho menos afortunado o adecuado.

En suma, la existencia de tipos morfológicos en la pelvis de la mujer es un hecho irredargüible. Su conocimiento, como así mismo su significación en el análisis de los vicios pelvianos, son elementos de juicio muy valiosos en el manejo de la distocia.

2. Dimensiones de la pelvis en la mujer adulta.

En el cuadro siguiente consignamos los resultados de la pelvimetría externa obtenidos por Urzúa (2), por nosotros (1) y según Baudelocque, considerado como punto básico de comparación:

tropoide y reducido en la pelvis plana. Semejante variación morfológica comprobamos en la *altura del pubis*, con una longitud "promedio" de 5.9 cms.

Con referencia al *diámetro bi-isquiático*, Urzúa (2) encontró un promedio de 10.1 cms. en 345 casos. Nosotros examinamos 410 pacientes por el procedimiento de medición directa, sin corrección para la piel y tejido adiposo, y obtuvimos 8.22 cm. como valor promedio. Las variaciones morfológicas demostraron una reducción en la pelvis androide, un aumento en la platipeloide y fluctuaciones mínimas en las otras.

El *examen del ángulo subpubiano*, comparado con un ángulo de 90°, fue moderadamente amplio en la pelvis ginecoide, muy amplio en la variedad plana, con ligera reducción en la pelvis antropoide y con marcada reducción en la variedad androide.

No es fácil esquematizar el problema de *criterio de estenosis*. Con las debidas reservas, estimamos que existen tres diá-

PELVIMETRIA EXTERNA SEGUN BAUDELLOCQUE Y DOS AUTORES CHILENOS

	Bi-espinoso	Bi-crestal	Conjugada externa
	cms.	cms.	cms.
Baudelocque (original)	24.5	27.0	18.6
Urzúa, 898 casos, 1930	22.6	26.6	18.7
Avendaño, 465 casos, 1949	23.9	27.8	19.6

El *diámetro transversal externo*, equivalente a la bisectriz transversal del losange de Michaelis, acusó, en 325 casos explorados por nosotros, una "mediana" de 10 cm. Estaba significativamente aumentado en la pelvis an-

metros de máxima importancia, pero sólo dos de ellos son accesibles a una medición cuantitativa. Ellos son:

a) *Conjugada obstétrica o verdadera* (C. V.), del estrecho superior, cuyo límite es 10.5 cm.;

b) *diámetro biciático*, en el plano o estrecho medio, 9.5 10.5 cm.; imposible de medir exactamente por métodos clínicos;

c) *diámetro bi-isquiático*, en el estrecho inferior: 8 cm. en medición directa (Williams) o un centímetro más (DeLee).

En nuestra práctica, reconocemos *tres grados de estrechez*, de acuerdo con la conjugada vera, a saber:

I grado o pelvis límite, ligeramente estrecha: C. V. igual a 10.5 a 9.0 cm.; *II grado*, pelvis *moderadamente* estrecha, con una C. V. entre 7.5-8.0 cm. y 9.0 cm.; y *III grado*, pelvis *absolutamente* estrecha, con una C. V. inferior a 7.5 - 8 cms.

3. Criterio y recursos de diagnóstico.

La utilidad real de la *pelvimetría externa* consiste en su valor presuntivo, que nos hace sospechar una estenosis pelviana. La práctica rutinaria de este procedimiento permite recordar la permanente importancia del canal óseo en el parto. La *pelvimetría interna* conserva toda su utilidad, y está indicada en los siguientes casos:

- (i) primigestas;
- (ii) múltipara de parto prematuro;
- (iii) múltipara con antecedentes de parto distócico de etiopatogenia no determinada;
- (iv) múltipara con antecedentes de cesárea, cualquiera que sea la indicación que la justificó;

(v) múltipara con antecedentes de muerte fetal o neonatal causadas por

distocia, accidente del parto o trauma operatorio, o de causa indeterminada;

(vi) en toda paciente a quien se prescriba ocitocina por vía venosa, sea para inducción, estimulación o corrección de la dinámica del parto;

(vii) como acto previo en toda maniobra operatoria vaginal, en la cual se pretende extraer inmediatamente el feto (fórceps, vacuum, extracción podálica, etc.).

En general, la *pelvimetría clínica* es suficiente para evaluar la capacidad obstétrica de la pelvis y predecir con acierto su comportamiento en el parto. En estas circunstancias, dadas las limitaciones propias y las recientes prevenciones contrarias, la *pelvimetría radiológica* es para nosotros de uso excepcional. No negamos que es ocasionalmente útil ni desconocemos sus ventajas, pero los inconvenientes para su aplicación corriente son mayores que aquéllas.

Párrafo aparte merece el problema de la relación fetopelviana en presentación de nalgas, en primíparas. Insistimos en una cuidadosa *pelvimetría externa-interna*; consideramos el tamaño, la modalidad de la presentación fetal, la amplitud del canal blando y la edad de la madre, y nos inclinamos razonablemente a la vía alta. En la madre portadora de una cicatriz de cesárea que afronta su segundo parto en podálica —justamente catalogada como “primípara” para la vía natural—, la histerotomía iterativa es la regla.

4. Conducta obstétrica.

No practicamos la *inducción del parto prematuro*, pero en la estrechez pelvia-

na dudosa o muy discreta (grado I), si las condiciones del cérvix son adecuadas, la presentación es cefálica en flexión y no existen contraindicaciones (cesárea anterior), no tendríamos inconveniente en autorizarla o recomendarla.

A término, en presencia de estenosis demostrada, rechazamos la idea de inducción. Si el grado de estrechez es III o si es II con antecedentes de una o más operaciones cesáreas, recurrimos a la histerotomía "electiva", con grado 0 de pureza ovular, según nuestra nomenclatura. Indicamos la *prueba de trabajo* en la estenosis de grado I, si otras condiciones son favorables: edad de la mujer, presentación cefálica en flexión, volumen fetal discreto, canal blando amplio. En la pelvis moderadamente estrecha hacemos "breve prueba", siempre que éstas y demás circunstancias sean óptimas. Así mismo, la prueba de trabajo procede toda vez que la paciente con pelvis viciada ha tenido, en un parto anterior, una prueba positiva con resolución por vía vaginal, niño vivo, etc.

A nuestro juicio, la prueba de trabajo consiste:

- a) en un previo examen materno y fetal;
- b) en una rigurosa y atenta observación del curso del trabajo;
- c) en el uso eventual de drogas reguladoras o correctoras;
- d) en el uso eventual de técnicas de bloqueo epidural, subdural o paracervical, tendientes a corregir la dinámica;

e) en la rotura artificial precoz de membranas (presentación cefálica en flexión);

f) en la evaluación periódica —cada una o dos horas— del progreso del trabajo, referido al estado general materno, a la vitalidad fetal, a la marcha del mecanismo y de la dilatación y a la estimación del tiempo que falta para la expulsión del niño.

En general, estimamos entre seis y ocho horas un plazo máximo prudente para la prueba de trabajo. No obstante, si transcurrida la mitad de este tiempo no hay progreso alguno, se dará por fracasada.

El *criterio de fracaso de una prueba de trabajo* se relaciona estrictamente al factor "tiempo de observación", y los elementos de juicio ya han sido señalados: estado físico y vitalidad fetal; acomodación, descenso y rotación interna de la presentación; condiciones del polo inferior ovular y dilatación cervical.

En primíparas con presentación podálica, pelvis de capacidad dudosa, la prueba debe ser breve y extremadamente rigurosa. Sólo se le dará curso si la evolución es óptima.

Con referencia al *uso de ocitocina* en la prueba de trabajo, tiene inconvenientes en manos inexpertas. Recomendamos diluciones de 1 a 2‰ en Suero glucosado 5%, goteo venoso, comenzando con dos mU de ocitocina pura o sintética (Pitocin, Syntocinon) por minuto, con dos contraindicaciones absolutas: antecedente de cesárea y pelvis estrecha de II grado o más. Mala

indicación sería una presentación podálica.

En pacientes que han sufrido una cesárea por desproporción, que no se confirma, *admitiríamos una breve prueba*, siempre que todas las condiciones fuesen óptimas y se respetasen las contraindicaciones (uso de ocitocina). En estos casos, el bloqueo de la conducción nerviosa (raquídea, epidural) queda descartado, ya que puede ocultar una dehiscencia de la cicatriz uterina. Después de dos o más cesáreas, no recomendaría otra prueba, y procedería a la histerotomía electiva.

En antiguas estadísticas el 50% de las cesáreas obedecía a vicios pelvianos; en la actualidad, esta cifra fluctúa entre 30 y 35%.

5. *Modalidades particulares del problema "desproporción cefalopelviana en Chile".*

Este país posee una población homogénea desde el punto de vista racial, lo cual reduce la incidencia de desproporción por esta causa. En cambio, factores de desnutrición crónica y de escasa radiación solar determinan un aumento de ciertas variedades de pelvis viciada, que se caracterizan morfológicamente por la pelvis plana y la pelvis generalmente estrecha en mujeres hipoplásicas, con rasgos de raquitismo de diversa importancia.

6. *Observaciones adicionales.*

En Chile, la cuestión en debate es más un problema de organización de una *adecuada asistencia de la embara-*

zada que de conducta obstétrica frente a un caso dado, en el hospital. Las dificultades se originan en la falta de examen prenatal y en la incidencia de casos abandonados que recurren al hospital en precarias condiciones de salud materna o fetal. En suma, habremos de promover un mayor desarrollo de los consultorios prenatales, una coordinación de sus normas de trabajo con el hospital y un oportuno intercambio de informaciones. Es preferible que el médico que da la consulta prenatal integre el grupo de residentes y médicos de emergencia, a fin de que cada paciente sea tratada con un criterio uniforme, de acuerdo con un plan trazado de común acuerdo.

RESUMEN

1. Se expone la experiencia del autor con la clasificación norteamericana para el estudio de los tipos morfológicos y patológicos de vicios pelvianos. La frecuencia relativa de los tipos puros es aproximadamente semejante.
2. La casuística del autor confirma los conceptos sobre diagnóstico y pronóstico de los vicios pelvianos, según la mencionada nomenclatura.
3. Se anotan cifras básicas sobre pelvimetría en la mujer chilena, señalando el criterio de diagnóstico de estenosis y grados de estrechez.
4. Se destaca la importancia de la pelvimetría clínica y de la prueba de trabajo, incluso indicaciones y evaluación de resultados.

5. Se señala la importancia de la asistencia prenatal, de la pesquisa de las variaciones morfológicas y patológicas de la pelvis y de la coordinación del consultorio con la maternidad, para el manejo adecuado y oportuno de la distocia por vicio pelviano.

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

1. AVENDAÑO, O.: **La Pelvis de la Mujer. Estudio morfológico y clínico.** Tesis. Santiago. Impr. Siglo XX. 1949.
2. URZUA, O.: **Estudio pelvimétrico de 898 mujeres chilenas.** Tesis. Santiago, 1930.