CORRELATO AL TEMARIO OFICIAL

MORFOLOGIA PELVIANA DE LOS VICIOS MAS FRECUENTEMENTE OBSERVADOS EN LATINOAMERICA

DIAGNOSTICO Y CONDUCTA OBSTETRICA DE LOS MISMOS

Doctor Eduardo Acosta Bendek *

El interés en nuestro país por el estudio anatómico y morfológico de la pelvis en la mujer colombiana ha sido hasta el momento limitado. Que sepamos, en Barranquilla, es este el primer ensayo investigativo que se lleva a cabo sobre 200 pacientes seleccionadas entre primigestantes y múltiparas, escogidas de la clientela privada y hospitalaria, y en las cuales, el estudio clínico de la pelvis reveló signos de desproporción céfalo-pélvica. El 53% de estas pacientes, de condiciones económicas sociales precarias, corresponden al Servicio de Maternidad "Leopoldina de Santos" del Hospital Barranquilla, y el resto a la clientela privada.

Este estudio se llevó a cabo usando exclusivamente los datos radiológicos, ya que considero que ese método es más preciso y exacto que cualquier procedimiento clínico para precisar los caracteres morfológicos y dimensionales de la pelvis. La técnica radiológica usada fue

la *Colcher-Sussman*, en la cual se tomaba una placa lateral, otra antero-posterior, y una tercera en posición de Thoms.

Para la clasificación de la pelvis se siguió el criterio de *Caldwell, Molloy y D'Esopo*; en pelvis Ginecoide, Antropoide, Androide, Platipeloide y Mixtas. Los tipos mixtos se incluyen en este estudio, según el predominio de los tipos ya mencionados, en el grupo respectivo.

Con respecto al concepto de estenosis pélvica, seguimos el criterio de la Escuela Mejicana por considerarlo más práctico y sencillo; es decir, que hay estenosis relativa del estrecho superior, cuando el diámetro promonto-retropúbico mide entre $8\frac{1}{2}$ y 10 cms, y el transversal máximo mide entre 10 y 11 cms; y que existe estenosis absoluta cuando los diámetros son inferiores a $8\frac{1}{2}$ y 10 cms respectivamente. Hay estenosis relativa en el estrecho medio si el diámetro bi-espinoso es de 8 a 10 cms,

* Jefe del Servicio de Maternidad "Leopoldina de Santos", del Hospital Barranquilla.

y absoluta si es menos de 8 cms. Para el estrecho inferior, hay estenosis relativa si el diámetro bi-isquiático es de 7 a 8 cm, y absoluta si es menos de 7 cms.

Material revisado:

En el estudio de las 200 radiopelvimetrías se examinó su morfología, di-

74 a multíparas. La incidencia de las variedades morfológicas se pueden observar en el cuadro N^o 1.

En este cuadro llama la atención el que las pelvis planas ocupan el segundo lugar de incidencia. Este dato se aparta de los registrados por autores extranjeros, y en Bogotá por los del doctor Milciades Mogollón F., en 50 observaciones. Mientras que guarda relación con el

CUADRO N° 1

Clasificación morfológica: 200 pelvis.

[illegible]

Incidencia de variedades morfológicas en 126 primigestantes.

	Nº	%
Ginecoide	74	58.7
Platipeloide	35	27.8
Androide	12	9.5
Antropoide	5	4
	<hr/> 126	<hr/> 100

Incidencia de variedades morfológicas en 74 multigestantes.

	Nº	%
Ginecoide	54	72.9
Platipeloide	15	20.3
Androide	4	5.4
Antropoide	1	1.4
	<hr/>	<hr/>
	74	100

mensiones y anomalías en función de sus variedades morfológicas, con registro de sus incidencias. De éstas, correspondieron a primigestantes 126, y

estudio hecho en Cartagena por el doctor José J. Milanés en una revisión de 2.000 pelvimetrías externas, en el cual concluye que la pelvis en la región de

la costa atlántica de Colombia es plana. Se registraron 6 pelvis asimétricas, de las cuales dos correspondieron a tipo ginecoide y las otras 4 a tipo plano.

Llama la atención en el cuadro N° 2 el hecho de que a pesar de ser este estudio realizado en un grupo de pacientes seleccionadas, guarda mucha relación con el promedio general de diámetros registrados por autores extranjeros en pelvis de tipo no seleccionadas.

Como se puede observar en el cuadro número 3, la incidencia de estenosis es sumamente alta (78%) comparada

todos los tipos, dato que difiere del concepto general de otros autores que registran la estenosis del estrecho superior como la más frecuente. Observamos también en el mismo cuadro la no relación de la estenosis del estrecho medio con el estrecho inferior, registrado así mismo por algunos autores. Se aprecia además en el mismo cuadro el grado de estenosis y su relación con los diferentes tipos morfológicos, siendo el antropoide el de mayor incidencia.

Al estudiar el cuadro N° 4 observamos que de 106 partos espontáneos, co-

CUADRO N° 2

	Promedio de diámetros en centímetros. — 200 pelvis				Promedio
	Ginecoide	Platipeloide	Androide	Antropoide	general
Estrecho superior					
Anteroposterior	11.86	10.25	12.20	13.46	11.94
Transverso máximo	12.45	12.84	12.16	12.28	12.43
Estrecho medio					
Anteroposterior	11.40	11.34	11.98	12.63	11.83
Bi-espinoso	9.77	9.57	9.28	9.07	9.42
Estrecho inferior					
Anteroposterior (Sagital post.)	8.33	7.87	8.11	8.57	8.22
Bi-isquiático	10.33	9.85	9.56	8.93	9.67

con los datos de autores extranjeros que registran entre un índice de 5 a 24% de estenosis. Esta alta incidencia se explica por tratarse de un grupo de pacientes escogidas con antecedentes obstétricos de partos distócicos, o de primigestantes que revelaron signos clínicos de desproporción céfalo-pélvica. En este cuadro llama la atención el que sea en el estrecho medio donde se presenta la mayor incidencia de estenosis pélvica en

respondieron 72 (36%) a estenosis relativa, y 34 (17%) a pelvis de dimensiones normales. De los 15 fórceps, 11 (5.5%) correspondieron a estenosis relativa, y 4 (2%) a pelvis normales. Y de las 79 cesáreas, 65 correspondieron a estenosis relativas, 8 a estenosis absoluta, y 6 a pelvis de dimensiones normales.

Por considerarlo de gran interés, ya que se trata de un grupo de pacientes

CUADRO Nº 3

ESTENOSIS PELVICA: 200 PELVIS: 78%

Pelvis dimensiones normales			ESTENOSIS RELATIVA				ESTENOSIS ABSOLUTA			
Tipo de pelvis	Nº	Nº %	Estrecho superior	Estrecho medio	Estrecho inferior	Total	Estrecho superior	Estrecho medio	Estrecho inferior	Total
Ginecoide	128	29 = 22	13 = 10.1%	84 = 65.6%	0	97 = 75.5%	0	2 = 1.6%	0 %	2 = 1.6%
Platipeloide	50	11 = 22	16 = 32 %	20 = 40 %	0	36 = 72 %	2 = 4%	0 =	1 = 2 %	3 = 6 %
Androide	16	4 = 25	1 = 6.3%	9 = 56.2%	0	10 = 62.5%	0	2 = 12.5%	0	2 = 12.5%
Antropoide	6	0 = 0	1 = 16.7%	4 = 66.6%	0	5 = 83.3%	0	1 = 16.7%	0	1 = 16.7%
TOTAL	200	44 = 22	31 = 15.5%	117 = 58.5%	0	148 = 74 %	2 = 1%	5 = 2.5%	1 = 0.5%	8 = 4 %

CUADRO Nº 4

TIPO DE PARTO SEGUN ESTENOSIS. 200 PELVIS

Pelvis dimensiones normales 44 casos			ESTENOSIS RELATIVA				ESTENOSIS ABSOLUTA			
Tipo de parto	Nº	Nº %	Estrecho superior 31 casos	Estrecho medio 117 casos	Estrecho inferior	Total 148	Estrecho superior 2 casos	Estrecho medio 5 casos	Estrecho inferior 1 caso	Total 8 casos
Espontáneo	106 = 53 %	34 = 17	13 = 6.5%	59 = 29.5%	0	72 = 36 %	0	0	0	0
Fórceps - Medio	15 = 7.5%			1 = 0.5%						
Bajo	14	4 = 2	2 = 1 %	8 = 4 %	0	11 = 5.5%	0	0	0	0
Cesárea	79 = 39.5%	6 = 3	16 = 8 %	49 = 24.5%	0	65 = 32.5%	2 = 1%	5 = 2.5%	1 = 0.5%	8 = 4%

obstétricamente seleccionadas, he registrado el tipo de parto en los distintos grupos morfológicos, encontrando que de los 106 partos espontáneos, 60.2% correspondieron a pelvis ginecoide, siguiendo en su orden respectivo las antropoides con 50%, las platipeloideas con 42%, y las androides con 31.3%. Esta

incidencia correspondió a las androides, siguiendo en su orden las antropoides, platipeloideas y ginecoideas. De esas 79 cesáreas se practicaron 49 por desproporción céfalo-pélvica (62%); por distocia cervical, 11 (14%); por presentaciones anormales 14 (17.7%), y por distocia de contracción 5 (6.3%).

CUADRO Nº 5

TIPO DE PARTO SEGUN MORFOLOGIA PELVIANA. - 200 PELVIS.

Tipo de parto	Nº	%	Ginecoide	Platipeloide	Androide	Antropoide
Espontáneo	106 =	53.0	77 = 60.2%	21 = 42%	5 = 31.3%	3 = 50%
Fórceps	1 =	0.5				
Medio	14 =	7			1 = 6.2%	
Bajo			9 = 7 %	5 = 10%		0
Cesárea	79 =	39.5	42 = 32.8%	24 = 48%	10 = 62.5%	3 = 50%
	200 =	100	128 = 100 %	50 = 100%	16 = 100 %	6 = 100%

CUADRO Nº 6

TIPO DE SACRO — 200 PELVIS

Tipo de Pelvis	Sacro cóncavo						Sacro plano					
	131 casos: 65.5%						69 casos: 34.5%					
	Corto		Medio		Largo		Corto		Medio		Largo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ginecoide	128	11.8	66	51.5	13	10.2	3	2.3	24	18.8	11	8.6
Platipeloide	50	2.4	24	48	5	10	2	4	14	28	3	6
Androide	16	1.6	5	31.2	1	6.3	1	6.3	3	18.7	5	31.2
Antropoide	6	0	3	50	0	0	0	1	16.7	2	33.3	
TOTAL	200	14	98	49	19	9.5	6	3	42	21	21	10.5

observación concuerda con la registrada por el profesor *Herbert Thoms*, quien encontró que el tipo de pelvis más favorable es el ginecoide y antropoide. De 15% fórceps, el 10% correspondió a la pelvis platipeloide, siguiendo en orden descendente, las ginecoideas, androides y antropoides. De 79 cesáreas, la mayor

La pelvis ginecoide reveló ser la más favorable en este grupo de pacientes seleccionado, siguiendo en su orden las pelvis platipeloideas, antropoides y androides. (Cuadro Nº 5.)

Como se puede apreciar en el cuadro Nº 6 se encontraron 131 casos de sacro cóncavo (65.5%) y 69 casos de

sacos planos (34.5%). En ambos grupos el tipo de sacro más frecuente fue el medio.

Podemos apreciar en el cuadro Nº 7 que la observación más notoria es la que hace relación al porcentaje de pelvis planas y androides.

Comentarios:

A) Como lo hemos anotado ya, registramos una baja incidencia en pelvis androide, y una elevada en pelvis plana. La alta incidencia de ésta puede tener alguna relación con los factores nutricionales de nuestro medio, ya que en

y de su morfología, que permitirá a su vez hacer una evaluación más precisa de ese binomio. Tal conducta es la que usualmente acostumbramos en nuestra práctica privada, ya que los métodos más especializados como los estereométricos no están aún a nuestro alcance.

Es bueno hacer presente que la radiopelvimetría es un buen procedimiento de orientación, pero sin excluir la evaluación clínica de la paciente, ya que aquélla por sí sola no será suficiente para suministrar un pronóstico, y menos una conducta, pues es conocido de todos que una pelvis de dimensiones normales no garantiza el parto de un

CUADRO Nº 7

INCIDENCIA COMPARATIVA DE TIPOS DE PELVIS CON OTROS AUTORES

	Ginecoide	Antro- poide	Plati- peloide	Androide
	%	%	%	%
H. THOMS	45.9	18.6	3.2	32.2
M. Mogollón	22	4	12	62
Caldwell, Moloy y D'Esopo	41.4	23.5	2.6	32.5
Walsh y Col.	41.7	43.6	9.9	3
Presente estudio	64	3	25	8

tre los factores etiológicos de la pelvis plana figuran los de tipo metabólico.

B) De los recursos para el diagnóstico de la estenosis pélvica, o relación feto-pélvica, recurrimos en primer lugar al examen clínico, especialmente a la pelvimetría interna. De esa manera se obtienen datos aproximados de la capacidad pélvica y del tamaño del feto; y si existe alguna duda de desproporción, apelamos al estudio radiopelvimétrico que nos brindará un conocimiento más exacto de las dimensiones de la pelvis

feto grande, o que una estenosis relativa indique necesariamente una cesárea, y para decirlo con el profesor francés *Barbour* "el mejor pelvómetro lo constituye en cada caso la cabeza del feto".

C) En lo que hace a la conducta en presencia de una desproporción céfalo-pélvica relativa o dudosa, agregamos a los procedimientos anteriormente mencionados la prueba de trabajo de parto; prueba que es difícil esquematizar para ser aplicable a cada paciente, ya que en algunos casos la actividad contráctil del

útero es normal en duración, intensidad, y frecuencia, al paso que en otros no lo es. Pero en términos generales, se somete a la paciente al trabajo de parto durante un lapso, que puede oscilar entre 6 a 12 horas; término que varía, de acuerdo con la estimación que se haga durante ese trabajo, que debe ser cuidadoso y terapéuticamente bien dirigido. Durante ese tiempo se hace una correcta valoración de varios factores, como son la ruptura prematura de las membranas, la distocia de contracción, el retardo en la dilatación, el edema del cuello, gran bosa serosanguínea, falta de encajamiento, cabalgamiento pronunciado de los huesos de la cabeza, prueba de Müller negativa, estado del feto, etc., factores todos estos que una vez analizados, permitirán decidir si el parto puede continuar su curso normal, o si la prueba de trabajo de parto es suficiente para darla por terminada y proceder a practicar una cesárea. Según la variedad morfológica de la pelvis, debe agregarse a la prueba de trabajo la orientación que haya de aplicarse al polo cefálico conforme al diámetro más favorable de acuerdo al tipo de pelvis.

D) De las 79 cesáreas registradas, 32 correspondieron a pacientes privadas, de las cuales 19 se indicaron por desproporción céfalo-pélvica. Lo anterior arroja una incidencia de 59.3%. Las otras 47 cesáreas se practicaron a pacientes del servicio de caridad de la Maternidad "Leopoldina de Santos" del Hospital Barranquilla; de éstas, 30 se ordenaron por desproporción céfalo-pélvica, lo que da una incidencia de 63.8%. De las 19 pacientes privadas, operadas por desproporción, 8 tuvieron

parto posteriormente por vía vaginal, o sea un 42.5%, y de las 30 pacientes de caridad, 12 tuvieron parto posterior por vía vaginal o sea un 40%.

E) No se registró ninguna mortalidad materna. Se registraron 3 muertes fetales en estenosis relativa del estrecho medio; 2 casos de partos espontáneos y uno con fórceps. La morbilidad materna registrada en los 19 casos privados fue la siguiente: 2 casos de infección de la herida quirúrgica y una cistitis. En los 30 casos de caridad hubo 6 infecciones de la herida quirúrgica, 2 metritis, y 5 cistitis. La morbilidad fetal registrada fue la siguiente: 1 caso de parálisis de ERB en estenosis relativa del estrecho medio por fórceps. A este respecto debo aclarar que en los 30 casos de caridad hubo varias historias clínicas en las cuales no se encontró registro de morbilidad materna o fetal.

RESUMEN

1. Se hace una revisión de 200 pelvis en pacientes obstétricamente seleccionadas; de las cuales 126 corresponden a primigestantes, y 74 a multíparas.
2. Se registra una incidencia alta de pelvis plana, en contra de una baja incidencia de pelvis androide.
3. El promedio general de diámetros registrados en los diferentes tipos morfológicos, guarda una estrecha relación con los encontrados por autores extranjeros.

4. La incidencia general de estenosis fue elevada, 78%.
5. La estenosis más frecuentemente observada en todos los tipos morfológicos fue en el estrecho medio.
6. Las pelvis ginecoides y antropoides resultaron ser las más favorables.

7. Se hace una revisión sobre diagnóstico y conducta en la desproporción céfalo-pélvica.

Nota: Debo consignar aquí mi agradecimiento por la colaboración, en la confección de este trabajo, del doctor Julio Duva P., Residente del Servicio de Maternidad "Leopoldina de Santos".