

MORFOLOGIA DE LOS VICIOS PELVIANOS MAS FRECUENTEMENTE OBSERVADOS

DIAGNOSTICO Y CONDUCTA OBSTETRICA DE LOS MISMOS

Profesor Juan Livio Martini *

En la imposibilidad de abarcar con la debida amplitud tan importante tópic, por las limitaciones impuestas por el artículo 32 del reglamento, ajustándonos al mismo, sólo vamos a expresar, de nuestra experiencia personal, adquirida durante algo más de seis lustros de práctica obstétrica, las consideraciones que pueden exponerse en 8 páginas y en 12 minutos.

Diagnóstico. En los medios hospitalarios en que actuamos, así como prácticamente en todas las clínicas obstétricas de nuestro país, el diagnóstico de la pelvis viciada se realiza casi exclusivamente por el examen clínico, recurriéndose, por excepción, al estudio radiográfico. En consecuencia, aún se continúan utilizando las antiguas clasificaciones anatómicas o anatomoclínicas y, con frecuencia, la rotulación de la pelvis, consignada en el boletín clínico de la paciente, se refiere a la deformación del estrecho superior. Por otra parte, por las modalidades de la organización

asistencial de muchas maternidades, en las cuales la atención prenatal está a cargo, en gran parte, de médicos noveles, que son los que practican los exámenes pélvicos de las pacientes que concurren a la consulta; a menudo éste se reduce a establecer si el promontorio es accesible, y cierto número de vicios pelvianos pasan desapercibidos. Es entonces, y ya durante el parto, frente a la aparición de la distocia, cuando se llega al diagnóstico de la pelviviciación. Por consiguiente, las estadísticas realizadas mediante la revisión retrospectiva de boletines clínicos, no pueden ser el reflejo fiel de la incidencia real de los distintos tipos de pelvis. Es prueba de ello la discrepancia existente entre conocidas estadísticas publicadas en nuestro país, las que, aunque realizadas en hospitales diferentes, contaron con un material humano similar, la mujer que habita la ciudad de Buenos Aires.

Vicios pelvianos más frecuentemente observados. Si prescindiendo de las es-

* Titular de Obstetricia. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Con la colaboración del doctor Teófilo Breide.

tadísticas hemos de decir, fundados únicamente en la impresión clínica, que no es otra cosa que el sedimento dejado por la experiencia de muchos años, cuál es el vicio pelviano más frecuentemente observado por nosotros, la respuesta es inmediata: la estrechez ligera o moderada, muy a menudo en pelvis de armónica configuración. Por consiguiente, la distocia por desproporción pélvico-fetal, por lo general, se crea cuando se suma una mala actitud de la presentación o un exceso de volumen fetal. Es por eso por lo que con relativa frecuencia estas mismas pacientes, con anterioridad o con posterioridad al parto distótico, han tenido partos espontáneos. No hemos observado, sino en raras oportunidades, pelvis con deformaciones acentuadas, y ello es debido a que el raquitismo en especial, así como las afecciones de la columna y de la articulación coxo-femoral, en menor grado —grandes responsables de las groseras viciaciones pelvianas en una época felizmente superada— en la actualidad, por excepción, los hallamos entre los factores etiológicos de las pelviciaciones. Es que en nuestro país el raquitismo ha desaparecido casi, como consecuencia de la medicina social y preventiva, aplicada especialmente a los cuidados de la infancia y a la mejora del "standard" de vida de la población antes indigente. En cuanto a las otras afecciones señaladas son, hoy día, más oportuna y adecuadamente tratadas.

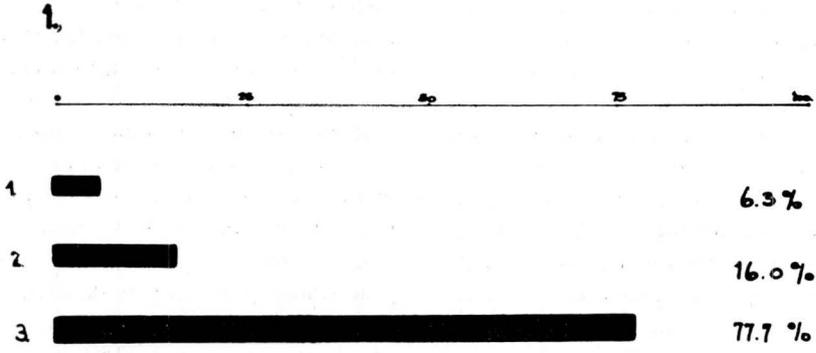
Vamos ahora a analizar los datos que nos suministra el estudio realizado sobre boletines clínicos de pacientes internadas con viciaciones pelvianas en el Instituto de Maternidad y Asistencia

Social "Pedro A. Pardo". A fin de no caer en los errores apuntados al comienzo, hemos considerado únicamente aquellas pacientes cuyas pelvis fueron cuidadosamente estudiadas durante su internado. Se emplearon para ello solamente los recursos clínicos —pelvimetría externa, pelvimetría interna, pelviografía digital— siendo tales exámenes practicados por médicos de experiencia. Nuestro material de estudio está constituido por un lote de 250 pelvis viciadas, registradas durante un lapso en el que tuvieron lugar 23.563 partos.

La pelvis viciada hallada con más frecuencia, como se presumía, es la pelvis general y uniformemente estrechada, alcanzando su incidencia al 77,7%. Le sigue, en una proporción mucho menor, la pelvis plana, con 16%, siendo escasa la incidencia de otros tipos morfológicos, como puede apreciarse en el Gráfico I.

En su inmensa mayoría, las pelvis citadas en primer término, pertenecen a mujeres somáticamente normales, sin estigmas de raquitismo, en las cuales, sin duda, gravitó, como factor etiológico, el genético, siendo la intensidad de la angustia muy moderada.

Como puede observarse en el Gráfico II, algo más de las 3/4 partes (78%) constituyeron pelvis cuyo conjugado verdadero fue mayor de 9 cm. y el resto (22%) con P. P. M. entre 8 y 9 cm. En cambio, en las pelvis planas, fue sensiblemente mayor la incidencia de estrecheces con P. P. M. entre 8 y 9 cm. (37,2%). Por otra parte, la evolución de los partos estuvo de acuerdo con el hallazgo anatómico. Se



1	6.3%
	pelvis infundibuliforme 0.4%
	pelvis transversalmente estrechada 1.4%
	pelvis plana y generalmente estrechada 1.8%
	pelvis asimétrica 2.7%
2.	pelvis plana 16.0%
3.	pelvis general y uniformemente estrechada 77.7%

comprobó un alto porcentaje de partos realizados por las vías naturales (80,7%) en la mujer portadora de pelvis generalmente estrechada (Gráfico III). Por el contrario, algo más de la mitad de las pelvis planas plantearon problemas de distocia por desproporción céfalo-pelviana, que fueron resueltas ya sea ampliando el conducto óseo (sinfisiotomía: 27,7%), eludiendo la vía del parto (cesárea: 22,3%) o redu-

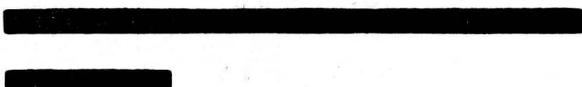
ciendo el móvil fetal, con óbito comprobado (embriotomía: 5,5%). Si bien en algo menos de la mitad de los casos (44,4%) el parto se hizo por las vías naturales, éste fue espontáneo sólo en el 27,7%.
En el Gráfico IV se han agrupado las pelvis teniendo en cuenta su grado de estenosis, apreciado por la amplitud del diámetro P. P. M. Señalemos nuestro desacuerdo con la clasificación clásica

sica, por su arbitrariedad y su inadecuación clínica, ya que una pelvis de las llamadas de "parto espontáneo" puede resultar infranqueable por la intervención de factores que dependen de la presentación —tamaño, actitud, maleabilidad, etc.—, e inversamente, por idénticos factores, actuando en una pelvis rotulada "de cesárea", puede efectuarse el parto espontáneo. Así, de nuestro material de estudio, el 15,6% de las

pelvis llamadas de "parto espontáneo", es decir con P. P. M. mayor de 9 cm. dieron lugar a distocias por desproporción cefalopelviana.

En cuanto a las impropriadamente denominadas "pelvis límite", que nosotros preferimos llamar de "estenosis moderada", resultaron practicables en el 60% y originaron distocias por desproporción en el 40%.

2.

1		78 % 22 %
2		62.8 % 37.2 %

1. pelvis general y uniformemente estrechada

entre las y 9 cm. 78 %

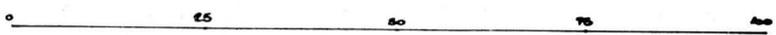
entre 9 y 8 cm. 22 %

2. pelvis plana

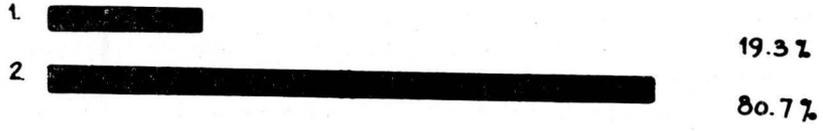
entre las y 9 cm 62.8 %

entre 9 y 8 cm 37.2 %

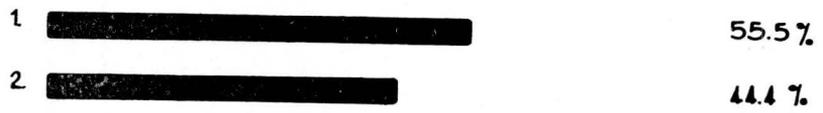
3.



pelvis generalmente estrechadas



pelvis planas



	p.g.e	p.p
1. no viables		
cesárea	10.8 %	22.3 %
sifisiotomía	6.8 %	27.7 %
embriotomía	1.7 %	5.5 %
2. viables		
espontáneo	54.3 %	27.7 %
fórceps	23.5 %	13.9 %
g.e. pelviana	1.7 %	
v. interna	1.2 %	2.8 %

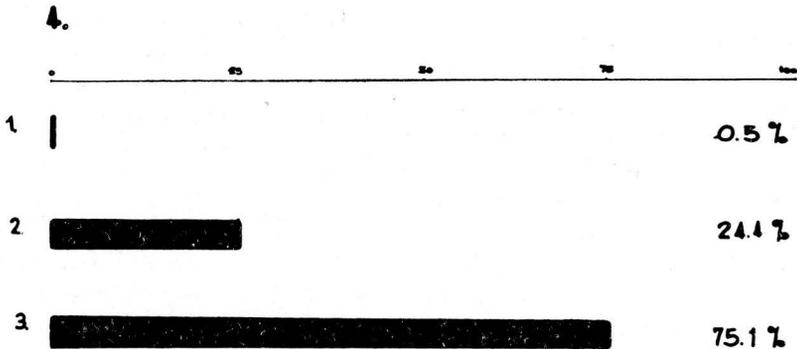
Hemos realizado el análisis de un material que no es más que un conjunto de pelvis en las que se comprobó fehacientemente una alteración en su forma y dimensiones. Por las razones que anotamos al comienzo, es muy probable que otras anomalías leves, que no originaron distocias, pasaron desapercibidas. Pero deseamos destacar

también que un cierto número de pelvis viciadas que dieron lugar a distocias, no fueron registradas como tales. Nos referimos a aquellos casos de occipito-posterior persistente, en los cuales no se advirtió la disminución del diámetro interespinoso —estenosis del estrecho medio— y que ocasionaron aplicaciones laboriosas de fórceps. También a las oc-

cipito-posteriores altas, o la detención de la cabeza fetal a nivel del 2º plano de Hodge (el plano medio superior, de los obstetras americanos del Norte) por disminución de la amplitud pelviana a ese nivel y que en una época, por suerte ya lejana, daban lugar a los fórceps altos, con frecuencia feticidas y en la actualidad totalmente proscritos. Estos casos figuran ahora resueltos por operación cesárea, en cuya indicación se consignó "sufrimiento fetal" o "falta de progresión" del parto, sin aclarar el verdadero motivo de esta última.

Conducta. Desde que no existen, sino por excepción, estenosis absolutas, es en la marcha del parto, al ponerse en juego los tres elementos básicos que lo determinan, donde surgirá la conducta a seguir.

Ya es hoy un lugar común expresar que la impropriamente llamada distocia ósea constituye un problema funcional, en el que adquiere fundamental importancia, junto con la dinámica uterina, a la que está supeditado, el comportamiento del factor fetal: tamaño, actitud de la presentación, maleabilidad, etc.



- 1 estenosis acentuada
"pelvis de cesárea" p.p.m. menor de 8 cm.
- 2 estenosis mediana
"pelvis límite" p.p.m. entre 9 y 8 cm.
- 3 estenosis ligeras
"pelvis de parto espontáneo" entre 10.5 y 9 cm.

En consecuencia, siendo el factor óseo solo uno de los componentes de la distocia, es más apropiado, al referirse a la misma, emplear la acepción distocia por desproporción y no distocia ósea, como es común hacerlo.

De lo dicho se desprende que es la conducción del parto, o como corrientemente se la denomina en los casos que nos ocupa, la prueba del parto o del trabajo, que en realidad no es más que el adecuado encauzamiento de la dinámica uterina y la correcta interpretación de los fenómenos mecánicos, la que en definitiva nos señalará, con el diagnóstico preciso, la ajustada solución.

La abreviación del parto, que habitualmente logramos mediante la rotura artificial precoz de la bolsa de las aguas y la conducción medicamentosa, unidas al método psicoprofiláctico, adquiere aquí un valor de gran trascendencia. Permite realizar el diagnóstico de la desproporción en un momento en que la actividad uterina conserva todavía toda su eficiencia, posibilitando, a veces, soluciones para las cuales la ausencia de tal condición es excluyente.

Desde luego, todo lo que sea preestablecer límites horarios fijos de duración de la prueba del parto, es arbitrario. Quedará librado a la sagacidad clínica del obstetra determinar, mientras dirige o conduce el parto —prácticamente a partir de la amniorraxis o sea desde que el móvil se enfrenta con el canal—, y por una inteligente apreciación de los signos que traduzcan como infructuosos sus esfuerzos contra el obstáculo que se opone a su progresión,

en qué momento la prueba debe darse por finalizada.

Será en ese momento cuando habrá que elegir el recurso que dé solución a la distocia por desproporción céfalopelviana, diagnóstico éste que solo entonces puede formularse.

Suele decirse que hoy día la conducta del obstetra frente a los posibles resultados de la prueba del parto se ha simplificado, ya que éxito de la misma sería igual a parto espontáneo, y su fracaso a operación cesárea. Si en términos generales esto es exacto, no lo es en forma absoluta, no solo porque existe la posibilidad de hallar otra solución a la desproporción, sino también porque en los casos en que ésta esté ausente y la prueba del parto ha permitido el encaje, un hecho nuevo (sufrimiento fetal, insuficiencia dinámica secundaria, etc.), puede obligar a la terminación artificial del parto por las vías naturales.

En el Gráfico V, donde se exponen los resultados de la "prueba del parto" en 223 casos de estrechez pelviana, puede apreciarse el alto porcentaje de pelvis viables (74,4%). En esta categoría, si bien la prueba demostró la ausencia de desproporción, en un número apreciable de casos (22,4% del total) hubo necesidad de reemplazar el "vis a tergo" fisiológico por el "vis a fronte" artificial, ya sea por sufrimiento fetal o por insuficiencia dinámica secundaria, que no respondió satisfactoriamente a la estimulación hormonal. Aclaremos que los casos aparentemente anacrónicos de versión interna y gran extracción pelviana, se trataron de estenosis ligera, con fetos pequeños.

b.

1	[REDACTED]	25.5 %
2	[REDACTED]	74.4 %

1 no viables

Cesárea	13.0 %
sinfisiotomía	10.3 %
embriotomía	2.2 %

2. viables

espontáneo	49.4 %
fórceps	22.4 %
g.e. pelviana	1.3 %
v interna	1.3 %

Consignamos otra intervención que también puede parecer anacrónica. Nos referimos a la sinfisiotomía. Como es notorio, cada día se la realiza menos y en la actualidad no son pocas las clínicas donde se la ha abandonado por completo. Por nuestra parte confesamos que tampoco nos hemos sustraído a esa corriente, tanto que en estos últimos años casi no se la ha practicado. Sin embargo, continuamos opinando que se trata de una operación de gran utilidad, siempre que se la efectúe con indicación precisa y técnica correcta. En tales condiciones, no existe el riesgo de las temidas complicaciones: lesión

vesicales y trastornos de la marcha. Estos riesgos, que han dado lugar a su descrédito, son debidos, en la inmensa mayoría de los casos, a la ampliación de sus indicaciones. La abreviación del parto lograda con los métodos actuales de conducción del mismo, permite contar, al diagnosticarse la desproporción, con una dinámica uterina que ha conservado toda su energía y, en consecuencia, con condiciones óptimas para la realización de la sinfisiotomía, si la desproporción es ligera, como, por otra parte, ocurre la mayoría de las veces. El peligro de complicaciones y secuelas reside, principalmente, cuando, por fa-

lla de la dinámica, es necesario terminar artificialmente el parto por medio del fórceps. Dos adquisiciones modernas harían este riesgo aún menor: el empleo de la hormona fisiológica de la contracción uterina y la ventosa obstétrica.

Finalmente, queremos expresar que el modesto lugar que en la patología obstétrica ocupa hoy día la distocia por

desproporción, se debe a que las pelvis viciadas son cada vez menos frecuentes, menos graves y de solución más simple. Su menor incidencia podemos apreciarla si consideramos que en el lapso en que acaecieron los 23.563 partos, se registraron solamente 57 casos de desproporción pélvico-fetal, lo que suministra una frecuencia de 2,4 por mil partos.