PELVIMETRIA ANTERIOR *

Doctor **Dionisio E. Caravías Vera** **

Confirmando lo sostenido en las Clínicas Eliseo Cantón (profesor Josué Beruti) y en conferencias en las cátedras del profesor doctor Delfor Del Valle y últimamente en la del profesor Hermógenes Alvarez, en las Facultades de Buenos Aires y Montevideo, respectivamente, he formulado una serie de leyes, que someto a la consideración de los colegas latino-americanos, sin más pretensión que colaborar en el estudio de los métodos para el diagnóstico de las anomalías pelvianas; sin duda que ello no quiere decir que se deban abandonar los clásicos; pero insistimos por ejemplo en que el llamado Rombo de Michaelis, sin dejar de ilustrar, no es siempre fácil de delimitar; el mismo diámetro de Baudelocque se presta a cálculos poco precisos, pero ambos no dejan de ser siempre útiles, pese a la pelvimetría interna siempre superior y a los métodos radio-diagnósticos, que tienen el grave inconveniente de que no están al alcance de todos los médicos, más aún tratándose de Centros asistenciales modestos.

Con el doctor R. Paterson Toledo confirmamos todo lo que afirmo luego,

en estudios radiológicos hechos en el Instituto de Radiología y Fisioterapia, bajo la dirección del profesor Saralegui, en Buenos Aires.

Con estos antecedentes, pues, paso a enumerar, lo que sin pretensiones, llamaría *Leyes de la Pelvimetría Anterior*.

En una mujer, si tomamos como punto de referencia, las dos espinas ilíacas anteriores y la parte más saliente de los trocánteres y unimos dichos puntos, con líneas imaginarias, formamos un hermoso trapecio anterior de base inferior.

Este *Trapecio Anterior* puede variar de *Forma*, *Area* y *Dirección*, traduciendo alteraciones, como repercusión de lesiones osteo - mio - articulares, y podría ocurrir:

- 1º Que se modifique su *Dirección*, sin alterar ni su *Area*, ni su *Forma*.
- 2º Puede modificar su *Forma*, sin que altere su *Area*, ni su *Dirección*.

* Contribución al diagnóstico de la morfología pelviana y sus malformaciones.

** Comunicación al IV Congreso Latino-Americano de Ginecología y Obstetricia. Buenos Aires, Argentina.

- 3º Puede variar su *Area*, sin alteraciones en su *Dirección* o *Forma*.
- 4º Podría también alterar su *Dirección* y *Forma*, sin variar su *Area*.
- 5º En otros casos puede cambiar su *Area* y *Dirección* sin alterar su *Forma*.
- 6º Puede cambiar su *Area* y *Forma*, sin cambiar de *Dirección*, y
- 7º Conjuntamente, puede modificarse todo: *Area*, *Forma* y *Dirección*.

De acuerdo con estas alteraciones sostenemos:

- 1ª LEY. Cualquiera de estas modificaciones tiene importancia para el correcto diagnóstico de una afección, que puede ser fundamental para el pronóstico en la marcha de la Mecánica y dinámica obstétrica.
- 2ª LEY. Un trapecio pequeño traduce generalmente una Pelvis totalmente estrecha, vale decir, una *Pelvis Infantil*.
- 3ª LEY. Un trapecio grande, por el contrario, corresponde a una *Pelvis Amplia*.
- 4ª LEY. La transformación de Trapecio en Trapezoide, traduce una *Afección Unilateral de La Cadera*.
- 5ª LEY. Al modificarse el trapecio y convertirse en un rectángulo, por aumento del diámetro bi-espinoso, debemos orientarnos hacia una *Pelvis Plana Raquítica*.
- 6ª LEY. La inversión de la forma, es decir, cuando la base se ha hecho superior de nuestro trapecio, puede suponerse tratarse de una *Pelvis Infundibuliforme*.

7ª LEY. La reducción de la altura del trapecio señala, generalmente, una *Luxación Doble de Cadera* o alteración siempre doble. (De allí la importancia de nuestros estudios para su aplicación en Clínica Quirúrgica).

8ª LEY. El acortamiento de los diámetros transversales, a su vez, debe orientarnos hacia una *Pelvis Estrechada Transversalmente*.

Ahora bien: a estos diámetros, bi-espinosos, bi-trocantéreos y espino-trocantéreos, debemos agregar dos muy importantes, cuales son los que unen cada espina ilíaca anterior, con el punto medio del borde superior de la sínfisis, que lógicamente llamamos sínfiso-espinosos y que unidos forman una V. Demás está decir que ambos son iguales y de dirección, que llamamos normal, de acuerdo al ángulo que forman en una pelvis normalmente constituida; y bien:

- 9ª LEY. Si la V es normal, pese a todas las alteraciones en la forma, área y dirección del trapecio, debe tratarse de una *Pelvis Normal*.
- 10ª LEY. El acortamiento de una de las ramas significa siempre una *Pelvis Oblicua*.
- 11ª LEY. Si los lados de la V son mayores del término medio normal y el trapecio es también normal, se trata de una *Pelvis Amplia*, y por último:
- 12ª LEY. Si los lados son mayores y el trapecio se ha transformado en rectángulo, nos encontramos ante una *Pelvis Plana*.