

## DISTOCIA PELVICO-FETAL EN LA MATERNIDAD "RAMON SARDA"

Doctores **Florencio Casavilla, Alberto Márquez y Angel Gonzalo Díaz**

Durante 26 años de trabajo en la Maternidad "Ramón Sardá", sede de la 2da. Cátedra de Obstetricia a cargo del profesor doctor Francisco Uranga Imaz, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires, se realizaron 96.197 partos, presentándose 1041 distocias pélvico-fetales, es decir, una incidencia del 1.07%.

El diagnóstico de distocias pelvianas lo fundamos en el estudio de la pelvimetría externa e interna, con el complemento de la pelvigrafía y cliseometría.

Hemos recurrido en algunos casos al estudio radiológico empleando el método de Thoms, con la siguientes modificaciones: una placa para el área del estrecho superior, una segunda placa ántero-posterior de la arcada pubiana y por último una radiografía lateral de la pelvis para verificar la concavidad del sacro, amplitud de la escotadura sacrociática e inclinación de la sínfisis.

Se considera en nuestro servicio al método radiológico como un valioso auxiliar para el diagnóstico, pero supeditado a la valoración clínica.

Deben tenerse en cuenta como datos primordiales en el diagnóstico de

distocia pélvico-fetal, el tamaño fetal, la palpación mensuradora de Pinard y el tacto impresor de Müller, acompañado de las pelvimetrías interna y externa.

En la Maternidad Sardá se consideran como valores normales de la pelvimetría externa los siguientes:

Diámetro biespinoso: 24 cm.

Diámetro bicrestíleo: 28 cm.

Diámetro bitrocantéreo: 32 cm.

Diámetro ántero-posterior de Baude-locque: 20 cm.

De la pelvimetría interna:

Diámetro promonto-pubiano mínimo: 10,5 cm., deducido del promonto subpubiano, considerando la altura del promontorio, la inclinación del pubis y el biciático de De Lee.

El grado de estrechez varía según el promonto pubiano mínimo y el tipo de pelvis, y así las clasificamos en:

### **PELVIS SIMPLES (sólo un tipo de estrechez)**

---

1er. grado: P.P.M. de 10,5 a 9 cm.

2do. grado: P.P.M. de 9 a 8 cm.

3er. grado: P.P.M. de 8 a 6 cm.

4to. grado: Menor de 6 cm.

---

**PELVIS COMPLEJAS (dos o más tipos de viciación)**


---

1er. grado:	P.P.M. de 10,5 a 9,5 cm.
2do. grado:	P.P.M. de 9,5 a 8,5 cm.
3er. grado:	P.P.M. de 8,5 a 6,5 cm.
4to. grado:	Menor de 6,5 cm.

---

En las estrecheces de 1er. grado, el porcentaje de partos espontáneos es muy elevado (de 60 a 70%); en las de 2do. grado entre un 30 y 40%, mientras que en las de 3ro. y 4to. grado, el parto por las vías naturales es imposible.

Las pelvis de los dos primeros grupos las consideramos como pelvis relativamente viables. Algunos autores las denominan pelvis sinfisiotomizables, por cuanto en ellas es posible recurrir a la sinfisiotomía.

De las distintas variedades morfológicas, se presentaron en nuestro servicio 1041 casos.

Sobre la base de un criterio clínico, se observa en la estadística de nuestra maternidad, aproximadamente un 99% de pelvis viables de 1ro. y 2do. grado. Es evidente que este porcentaje varía en algunos servicios de obstetricia del interior de la República, debido a fac-

tores como raquitismo, infecciones crónicas (lúes, T. B. C.) y estigmas económico- sociales que son causa de un mayor número de viciaciones pelvianas.

*Conducta obstétrica:* en los casos de desproporción leve o moderada, indicamos la prueba de parto cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- 1ª Presentación cefálica.
- 2ª Desproporción pélvico-fetal leve o moderada.
- 3ª Membranas íntegras.
- 4ª Cuello con dilatación de 2 a 3 cm.

La presentación podálica con estrechez pelviana se considera como una distocia compleja y lógicamente tributaria de la operación cesárea.

No se efectúa en ninguna oportunidad la interrupción artificial del embarazo antes del término ni por inducción ni por cesárea.

En resumen: presentamos ante este Congreso 1041 casos de viciaciones pelvianas, de los cuales un 37,1% terminaron en partos espontáneos, 43,9% en cesáreas, 17,7% en fórceps y 1,2% en sinfisiotomías.