CESAREA EXTRAPERITONEAL

Algunas consideraciones

Doctores **Jorge Milanés, Alberto Zabaleta L.***

Introducción

Desde que Frank (1904) puso en práctica la previsor idea de Physick, de llegar a la matriz por una vía que no interesara el peritoneo, han sido muchas las técnicas y artificios de técnicas acogidas con entusiasmo en principio y luego abandonadas por sus progenitores (1).

Se describieron tantas como individuos; unos más afortunados que otros por el número de seguidores y por el tiempo que duraron en la palestra. Los nombres ya clásicos de Doderlëin, Latzko, Norton, Water, Michon, Bourgeois y Phaneuf y Ellis y de Vita, dan una idea de los constantes esfuerzos en busca de cada vez mejores resultados (2).

A los inconvenientes de la técnica se sumaban las complicaciones como lesiones del peritoneo, quizá la más decepcionante, heridas de la vejiga, sección del uréter y las posteriores infec-

ciones de la pared que tanto dan que hacer.

El advenimiento de la sulfa y antibióticos asestó fuerte golpe al porvenir de la cesárea extraperitoneal. En pocos sitios, escasos burladores de técnica se aventuraban a practicarla, más como un cambio en el hábito rutinario que como vía de elección.

En 1952, Buorgeois y Phaneuf (2) dieron a conocer su procedimiento *parasupravesical y bilateral*, técnica esta acogida y puesta en práctica por nosotros, pues nos pareció más accesible.

Mas si los inconvenientes fueron casi nulos, las complicaciones alcanzaron a veces niveles desagradables. Es verdad que nuestras pacientes eran, en su mayoría, depauperadas, con valores de hemoglobina y proteínas por debajo del límite medio aceptables.

En 1961, Ellis y De Vita (3) publican su técnica, acompañada de una

* Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.

estadística de 17 casos, con pocos inconvenientes y escasas complicaciones. Hacen al mismo tiempo hincapié en la práctica de la cesárea extraperitoneal en los servicios obstétricos especializados; porque con ella se elimina no solamente la cesárea histerectomía sino también la todavía temible peritonitis.

El trabajo anterior nos animó a seguir en la práctica la técnica descrita por Bourgeois y Phaneuf, tomando de Ellis y de Vita la sección transversal de los músculos rectos. Así hemos conseguido obviar los inconvenientes, reduciendo al mínimo las complicaciones, proporcionándonos amplio campo, hasta el punto de practicar una embriotomía a cielo abierto.

Técnica

Incisión tipo Pfannenstiel a 2 cms. por encima del borde superior del pubis, con sección de los rectos en igual sentido a 1 cm por encima de la misma referencia. Rechazamiento de los colgajos musculares hacia arriba.

Visualización de la vejiga, llena previamente con 50 cms cúbicos de agua estéril con sonda fija. Sección de la fascia umbílico-prevesical, contorneando la vejiga. Penetración por una de las caras laterales de esta última, preferencialmente por la izquierda, desprendiéndola de los tejidos vecinos, hasta conseguir llegar a la cara opuesta. Luego desprendimiento de la cúpula vesical del peritoneo vésico-uterino. Durante esta maniobra es conveniente vaciar la vejiga lentamente. Su rechazamiento deja a la vista el segmento inferior uterino, el cual incidimos oblicuamente.

Material

Desde 1961 hasta septiembre del presente año (1963) hemos practicado 35 cesáreas extraperitoneales —8.1% en total—, las cuales discriminamos en dos cuadros estadísticos, según frecuencia por año y causas principales.

CUADRO 1

Año	Cesáreas	%	Civiles	Privadas
1961	7	sobre 431		
1962	4			
1963	24	cesáreas		
Total	35	8.1%	29	6

CUADRO 2

Causa principal	Casos
Feto muerto	3
Pelvis inadecuada	14
Presentación podálica	2
Presentación de cara	1
Sit. transversa y feto muerto	1
Sufrimiento fetal	3
Placenta previa	5
Distocia de contracción	5
Amnionitis	2
Primiparidad añosa	1

Comentarios

Destacamos 4 fetos muertos, uno de los cuales situación transversa. En otra época hubiéramos tenido que hacer

embriotomía en todos ellos por las condiciones generales de infección y locales de contracción. El feto en situación transversa, fracasadas las maniobras de extracción por la incisión uterina, tuvimos que practicar una embriotomía a cielo abierto. Los resultados maternos fueron satisfactorios. En dos casos hubo puntos supurados sin mayores complicaciones. En los tres casos de sufrimiento fetal nos decidimos por la extraperitoneal por las condiciones generales de infección. Uno de los fetos murió.

En las madres no hubo nada que lamentar. Los dos casos de placenta previa eran marginales. En el grupo hubo un caso de cesárea extraperitoneal de repetición. 18 casos eran francamente infectados; 7 altamente sospechosos y 10 casos puros.

BIBLIOGRAFIA

1. La operación cesárea. **Actas Ciba**. Jul.-Sept. 1952.
2. ELLIS G. J., DEVITA M. R.: Extraperitoneal cesarean section. *Am J. Obst. Gynec.* Vol. 82. Nº 3. Sept./61. Pág. 695.
3. BOURGEOIS G. A., PHANEUF L. E.: **Am. J. Obst. Gynec.** La vía parasu-pravesical bilateral en la operación cesárea extraperitoneal. Reproducido en **Amer. Clínica**. Octubre de 1952.