

# CESAREA EXTRAPERITONEAL

Doctor Nelson Varón Correal

## INTRODUCCION

La cesárea extraperitoneal ideada para lograr la histerotomía en la extracción del feto por vía abdominal, sin penetrar en la cavidad peritoneal, ocupa acualmente un lugar indeterminado en la cirugía obstétrica moderna (40). En efecto, muy usada y aprovechada antes de la antibiótico-terapia fue injustamente relegada, hasta el punto de ser considerada una intervención histórica por muchos obstetras del presente. Sin embargo, está destinada a hacer su reaparición ante el hecho observado frecuentemente de infecciones obstétricas severas, resistentes a los antibióticos usados (6, 20).

Entre nosotros y por razones de todos conocidas, las infecciones obstétricas constituyen un serio problema terapéutico, ya que el arsenal antibiótico disponible no ofrece la garantía que de él esperamos. Las estadísticas nacionales recientes muestran datos alarmantes de mortalidad y morbilidad maternas y fetales, en cuanto a infección se refiere.

Informaciones extranjeras nos señalan hechos similares, como lo demuestra *Botella Llusía* (4), al informar que el 60% de las sepsis son resistentes a los antibióticos.

Ante la observación directa de numerosos casos de infección amniótica, en el Instituto Materno Infantil, de Bogotá, con severa repercusión para la madre y el feto, se ideó el presente trabajo que tiene por objeto señalar, una vez más, un antiguo recurso quirúrgico.

Actualmente la cesárea extraperitoneal tiene una indicación definida: evitar la contaminación peritoneal en aquellos casos obstétricos con infección latente o declarada (1, 2, 5, 8, 21, 37) que necesitan la vía abdominal, y esta ha sido en realidad la indicación para la cual fue concebida.

Esta intervención, introducida en Alemania por Frank en 1907 (12) y Latzko en 1908, ya había sido esbozada (40), aunque no realizada en su totalidad por Ritgen en 1821 (26),

Baudelocque en 1823, Thomas y David en 1824. Pero no fue sino hasta comienzos del presente siglo cuando se tuvo un mejor conocimiento de los planos de la fascia pélvica. Se han ideado numerosas técnicas cuyo objetivo es el mismo, pero varían tanto en las incisiones parietales como en la forma de abordar el segmento uterino. Se han descrito, además de la original, las técnicas de Latzko (12), Selheim (21), Ricci y Marr (36), Norton (37), Mascio (29), Waters (40, 41, 42), etc.

Entre nosotros, fue en 1927 cuando comenzó la era de la cesárea extraperitoneal. Según Sarmiento (44), en este año Rueda A. Miguel realizó siete intervenciones, y Mojica Carlos Julio, una en 1928. Todas ellas fueron recopiladas y estudiadas por Sarmiento para su tesis de grado. A su vez, éste efectuó una cesárea extraperitoneal en el cadáver de una ecláptica.

Posteriormente, en 1945 Ramírez Merchán (34) presentó dos casos, y Ordóñez Plaja, para su tesis de grado (32) aporta diez casos de cesárea extraperitoneal; el primero con las técnicas de Selheim y Latzko, y el segundo con la de Ricci y Marr. Más tarde, en 1949, Calderón Belisario (43) presenta catorce intervenciones de cesárea extraperitoneal y aconseja la colpotomía anterior como un buen método para el drenaje.

A pesar de este impulso inicial a la cesárea extraperitoneal, el advenimiento de la penicilina y las sulfas, así como las dificultades técnicas anotadas por los autores, acabaron con

la esperanza de popularizar la intervención.

### *Material y método*

El material del presente trabajo es tomado del Instituto de Protección Materno Infantil "Concepción Villaveces de Acosta", de Bogotá. Se refiere a 25 casos de cesárea extraperitoneal, operaciones ejecutadas en su totalidad por el autor, desde mayo de 1962 a diciembre de 1963, siguiendo la técnica de Waters, modificada.

Los casos presentados corresponden a pacientes con infección amniótica, adquirida así: 14 casos fuera y 11 casos dentro del Instituto, que requirieron la intervención cesárea como solución a su problema obstétrico.

#### EDADES

Años	Casos	%
De 15 a 19	4	16
De 20 a 24	7	28
De 25 a 29	4	16
De 30 a 34	8	32
De 35 a 39	1	.4
De 39 o más	1	4
	—	—
	25	100

La edad de las pacientes varió de 17 a 43 años, con mayores frecuencias entre los 30 y los 34, y entre los 20 y los 24 años.

La paridad detallada en el cuadro adjunto muestra cómo fue más frecuente la intervención en las nulíparas, para aumentar nuevamente la frecuencia en las grandes múltiparas. De estas últimas pacientes, tres

tenían antecedentes de cesárea transperitoneal.

**PARIDAD**

Partos	Casos	%
De 0	14	56
De 1	2	8
De 2	2	8
De 3	2	8
De 4	1	4
De 5 o más	4	16
	—	—
	25	100

La edad de la gestación varió entre las 28 y las 41 semanas, siendo notoriamente más frecuente entre las 36 y las 40 semanas.

**EDAD DE LA GESTACION**

Semanas	Casos	%
De 28 a 31	2	8
De 32 a 35	1	4
De 36 a 40	21	84
De 41 o más	1	4
	—	—
	25	100

La temperatura bucal, antes de la intervención, varió de 36,5° a 39° C., no guardando relación con la gravedad de los casos. La temperatura más frecuentemente encontrada fue de 37,5° C. a 37,9° C.

**TEMPERATURAS**

Grados centígrados	Casos	%
De 36,5 a 36,9	2	8
De 37,0 a 37,4	6	24
De 37,5 a 37,9	10	40
De 38,0 a 38,4	5	20
De 38,5 a 38,9	1	4
De 39,0 o más	1	4
	—	—
	25	100

Quince pacientes recibieron antibióticos antes de la intervención, como parte del tratamiento al cual estaban siendo sometidas. Los antibióticos usados fueron: penicilina sola en 3 casos, tetraciclina endovenosa, 2 casos, y penicilina, sulfas y tetraciclina combinadas (tratamiento triconjugado, de frecuente uso en el Instituto), 10 casos; sin que se observara efecto benéfico de los mismos sobre la infección amniótica. Estas cifras demuestran cómo los antibióticos y quimioterápicos no tienen poder profiláctico en la infección amniótica (33), y que son capaces de prolongar el período latente de la infección (6).

*Técnica operatoria*

La técnica que se utilizó en la totalidad de los casos fue la de Waters (40) con algunas modificaciones. Para no extendernos demasiado nos limitaremos tan sólo a hacer una breve descripción de la técnica ya modificada.

1º. Llenamiento previo de la vejiga con 150 cc de solución salina fisiológica. Puede utilizarse igualmente una solución coloreada (26, 40, 43). La vejiga así llena va a facilitar posteriormente la disección de la fascia perivesical, a la vez que delimita netamente sus contornos.

2º. Incisión transversa, tipo Maryland, de piel y tejido celular subcutáneo, a dos traveses de dedo por debajo de las espinas ilíacas anterosuperiores.

3º. Incisión transversa de la apo-neurosis.

4º. Separación digital de los rectos abdominales en la línea media. Luego y también digitalmente se separa de la cara posterior de los mismos la fascia transversalis.

5º. Sección transversa de los músculos rectos abdominales, hecha con bisturí y protegiendo siempre con los dedos índice y medio de la mano opuesta. Se debe llevar el corte hasta muy cerca de los vasos epigástricos inferiores. En este tiempo operatorio es preciso hacer una hemostasis cuidadosa.

Una vez retraídos los músculos rectos abdominales se observa cómo el campo operatorio queda ocupado por la vejiga distendida.

6º. Valiéndose de una pinza atraumática se levanta suavemente la fascia perivesical de la cara anterior de la vejiga, y con una tijera roma se abre un ojal en la misma. Introduciendo los dedos índices se hace un despegamiento de la fascia, teniendo cuidado de dejar completamente al descubierto y sin lesionarla, la capa muscular de la vejiga. Este despegamiento digital es preferido a la disección con tijeras para evitar lesionar la vejiga, y debe hacerse por toda la cara anterior de la misma, hasta sus bordes superior y laterales.

7º. Sección en forma de T sobre la fascia, a partir del ojal previamente hecho, facilitando así el ulterior despegamiento que comienza por:

8º. El borde lateral izquierdo, más laxo, gracias al espacio de Bogros. Debe llevarse este despegamiento lo más abajo posible, sin lesionar el uréter; y hacia arriba hasta el borde superior de la vejiga.

9º. Despegamiento digital de la fascia, del borde superior de la vejiga. Habitualmente la fascia sobre este borde está más firmemente adherida, gracias a pequeñas travéculas conjuntivas (40, 44), que, sin embargo, ceden fácilmente a los dedos del operador. El despegamiento comenzado hacia la izquierda será dirigido hacia la derecha, hasta encontrar el uraco sobre la línea media, que debe ser tomado entre dos pinzas, seccionados y ligados sus extremos. La sección del mismo no debe quedar ni muy arriba, por el peligro de perforar la cavidad peritoneal, ni muy a ras con la vejiga, para evitar lesionarla. Hecho lo anterior se continuará el despegamiento sobre el borde superior, hasta llegar al borde lateral derecho de la vejiga, en donde se procederá en igual forma a como se hizo en el lado izquierdo.

10. Rechazando la vejiga hacia adelante se inicia la separación, siempre digital, de la fascia perivesical, de la cara posterior de la vejiga. Se hará la separación hasta cuando se haya visualizado netamente el repliegue del peritoneo. Algunos autores han utilizado soluciones coloreadas inertes introducidas en la cavidad peritoneal para visualizar correctamente la reflexión (26). No se considera necesari-

ria esta medida preventiva, pues el repliegue peritoneal se verá adherido a la fascia perivesical posterior.

Durante los pasos anteriores no se habrán lesionado las venas vesicales que corren por debajo de la capa muscular (40); en caso contrario deben ser ligadas oportunamente.

11. Vaciamiento total de la vejiga, revisando desde luego la solución salina, para descartar hasta este momento cualquier lesión traumática. Una vez evacuada se rechaza hacia abajo y se mantiene oculta detrás del pubis, gracias a una valva.

Hecho lo anterior, queda perfectamente expuesto el segmento uterino, limitado hacia arriba por el repliegue peritoneal y cubierto por la delgada capa de la fascia perivesical posterior, que debe seccionar transversalmente para dejar al descubierto los haces musculares del segmento uterino.

12. Histerotomía segmentaria transversal de 2 a 3 ctms por debajo del repliegue peritoneal. Como en todos los tipos de cesárea segmentaria transversal, hemos preferido la divulsión de las fibras musculares. En los 3 casos de cesárea segmentaria transperitoneal previa, no hubo problema con la cicatriz anterior, pues en nuestros casos siempre la histerotomía quedó más baja que aquélla (37).

13. Extracción del feto y luego de sus anexos. Limpieza cuidadosa de la cavidad uterina. Aplicación de oxitocina endovenosa y reparo de los bordes de la herida, con pinzas de Allis.

En este momento se observa que por la retracción uterina el borde superior de la histerotomía ha quedado más cerca del repliegue peritoneal.

14. Histerorrafia en dos planos, con surcette de catgut cromado uno, teniendo cuidado en el plano invaginante de no englobar con la sutura el repliegue peritoneal mismo, pues en este caso se perdería la intención de aislar completamente la cavidad peritoneal.

Muy raramente se observa hemorragia después de la histerorrafia, pues el útero, por lo general, se ha retraído bastante bien gracias a que la incisión queda segmentaria baja (37). En caso contrario se pasarán los puntos necesarios.

15. Una vez comprobada una hemostasia perfecta, se hace lavado del campo operatorio con 1'000.000 de unidades de penicilina cristalina, disuelta en 40 o 60 cc de solución salina fisiológica.

16. En casos considerados necesarios se deja un dren de Pen-Rose colocado a nivel bajo, entre las caras anterior y posterior de la vejiga.

17. Sutura con catgut simple o gastrointestinal de la fascia perivesical, dejando que el dren escape no por un sitio del surcette, sino por la cara anterior de la fascia.

18. Sutura de aponeurosis con puntos separados de seda Nº 30. No se pasan puntos de aproximación musculares por considerar que los

músculos rectos del abdomen tienen inserción aponeurótica, y que, por tal motivo, al aproximar los bordes de la aponeurosis, ésta arrastra consigo los bordes musculares poniéndolos en contacto. El dren es sacado a piel a través de un ojal sobre la aponeurosis, a 1 cm del borde de sutura.

19. Aproximación del tejido adiposo con catgut simple 000 y puntos separados.

20. Puntos de Corachan con seda N° 30 en piel. Fijación del dren.

21. Si el caso lo requiere se dejará a permanencia una sonda de Foley; siendo obligatorio hacerlo en casos de lesión vesical.

#### Indicaciones

Se consideró como indicación fundamental para la cesárea extraperitoneal el que hubiera infección amniótica declarada, en casos obstétricos que requirieran la vía abdominal.

A continuación se detallará la causa de mayor importancia para adoptar como conducta la cesárea:

	Casos	%
Trabajo prolongado	2	8
Sufrimiento fetal	8	32
Inercia secundaria. Bacteremia	1	4
Distocia cervical	1	12
Situación transversa	3	12
Desproporción céfalo-pélvica	3	12
Estrechez pélvica	2	12
Presentación de pelvis	2	8
Inercia primaria. Antecedente cesárea anterior	1	4
	—	—
	25	100

La duración de la intervención, considerada por algunos autores como inconveniente, para la cesárea extraperitoneal fue la siguiente:

#### DURACION

Minutos	Casos	%
De 60 a 69	9	36
De 70 a 79	8	32
De 80 a 89	6	24
De 90 o más	2	8
	—	—
	25	100

Como se observa, los tiempos más frecuentes fueron los comprendidos entre los 60 y los 80 minutos. Las 2 intervenciones de más de 90 minutos corresponden a casos complicados.

En 18 de los casos operados fue preciso dejar dren de Pen-Rose, el cual fue retirado oportunamente.

La sonda vesical a permanencia, tipo Foley, fue dejada en 8 oportunidades, de las cuales 2 habían presentado ruptura accidental de la vejiga.

De los 25 casos estudiados, 3 tenían antecedentes de cesárea anterior, lo cual constituyó técnicamente una dificultad para la intervención (30, 43, 44). Uno de los casos correspondía a embarazo gemelar.

Como la infección amniótica constituyó factor preponderante, se detallará a continuación el tiempo en horas transcurrido entre la ruptura espontánea o artificial de las membranas y la indicación operatoria.

No se tomaron cultivos; pero se sabe que son muchos los gérmenes ca-

paces de producir infección amniótica (31, 35), siendo los más frecuentes, entre nosotros, el estreptococo no hemolítico y el colibacilo (27).

**TIEMPOS DE RUPTURA**

Horas	Casos	%
Menos de 24	6	24
De 24 a 47	9	36
De 48 a 71	3	12
De 72 a 95	4	16
De 96 a 200	2	8
De 200 o más	1	4
—	25	100

El mayor tiempo de ruptura de membranas fue de 216 horas, que además presentaba bacteremia y feto muerto (35), presumiblemente por la infección ascendente.

Otro caso de feto muerto lo fue en una infección amniótica severa con 112 horas de ruptura de membranas. Estos datos demuestran la repercusión que éste tiene sobre la infección ascendente y, por lo tanto, sobre el feto. Ambas pacientes ingresaron con el feto muerto al Instituto.

Hubo 3 rupturas de membrana de 4, 6 y 10 horas, respectivamente, que, pese al corto tiempo transcurrido, dieron muestras de infección amniótica declarada (25). Se consideraron dichos casos como producto de una infección amniótica adquirida por vía hematógena, y que ella misma haya ocasionado la ruptura de las membranas (14).

En la mayoría de los casos se comprobaron repetidos tactos vaginales, lo cual obviamente contribuye a la infección ascendente.

Williams (21) considera que después de 12 horas de ruptura de membranas el peligro de infección crece, señalada y progresivamente por cada hora que transcurra.

**COMPLICACIONES OPERATORIAS**

Las complicaciones operatorias que se presentaron fueron las siguientes:

	Casos	%
Apertura de cavidad peritoneal	2	8
Ruptura de vejiga	1	4
Ruptura de peritoneo y vejiga	1	4
Desgarro del segmento uterino	2	2
	—	—
	6	24

De los 6 casos anteriores pueden eliminarse los 2 casos de desgarro del segmento uterino, por considerar esta complicación como no estrechamente vinculada con la cesárea extraperitoneal; quedando, pues, 4 casos de complicación operatoria, lo que da un porcentaje del 16%.

Los 2 casos de apertura de la cavidad peritoneal se produjeron accidentalmente antes de la histerotomía, no revistiendo por lo tanto gravedad alguna, toda vez que siempre fue suturada antes de ejecutar aquélla. Puede considerarse baja la incidencia de esta complicación si se compara con la dada por otros autores.

Las 2 rupturas accidentales de la vejiga se produjeron durante el despegamiento de la fascia perivesical, cerca del borde superior y cuando el órgano estaba distendido por la solución salina. Una doble sutura con catgut gastrointestinal y aplicación de sonda de Foley a permanencia en los primeros días del postoperatorio fue suficiente para eliminar ulteriores complicaciones. La incidencia de esta complicación puede considerarse igualmente baja.

Por el cuadro siguiente nos damos cuenta del bajo porcentaje de complicaciones en estos 25 casos presentados, al compararlos con los dados por los siguientes autores:

	Lesión peritoneo	Lesión vejiga
Waters (12, 40, 41, 42)	27	
Irwin (11, 12)	175	
Daichman (11)	33,3	
De la Vega (15)	72,1	55,5
Marr (36, 28)	7,2	5,7
Sarmiento (44)	37,5	12,5
Calderón (43)		14,2

Como puede apreciarse por la comparación, las complicaciones operatorias obtenidas en el presente trabajo pueden considerarse bajas, toda vez que la lesión peritoneal se presentó en el 8% de los casos, la lesión vesical en el 4%, y la lesión de peritoneo y vejiga combinadas, en el 4% de los casos.

### MORBILIDAD

Las más frecuentes complicaciones postoperatorias fueron de tipos infecciosos:

	Casos	%
Infección de la herida	7	28
Infección del dren	5	24
Endometritis	4	16
Disuria	4	16
Hematuria	3	12
Constipación intestinal	2	8
Neumonía	1	4
Distensión abdominal	0	—

Fácilmente se ve cómo la infección fue la más frecuente complicación postoperatoria, como que llega al 64% de las complicaciones. Es importante señalar que la infección de la herida se acompañó siempre de endometritis y/o infección del dren. Se asoció igualmente a otras complicaciones, siempre de tipo infeccioso como mastitis (1 caso), absceso glúteo (1 caso) y reacción a la seda (1 caso).

Todas las pacientes recibieron antibióticos en el postoperatorio, que, como se ve, por las cifras obtenidas sirvieron muy poco para evitar la complicación infecciosa.

La disuria, que se presentó en 4 oportunidades, fue inicial en una de ellas y terminal en las restantes. Fue un síntoma que cedió fácilmente y siempre se asoció a infección del dren.

La hematuria, que no tuvo una duración mayor de las 24 horas, ocurrió en 3 oportunidades, de las cuales 2 co-

rresponden a aquellos casos de ruptura accidental de la vejiga.

Dos pacientes presentaron constipación intestinal después de 48 horas de operadas, a pesar de tener ruidos hidroaéreos presentes desde las primeras 24 horas.

Una paciente presentó neumonía lobar derecha, asociada a infección de la herida, endometritis y agravamiento de lesiones hansenianas (10).

En ningún caso hubo reacción peritoneal o distensión abdominal.

Otras complicaciones, tales como fístulas véscicoparietales, ureterovaginales o véscicovaginales, descritas por otros autores (15), no se presentaron en los 25 casos estudiados.

Los antibióticos que se usaron en el postoperatorio fueron:

	Casos	%
Penicilina	14	56
Tetraciclina	5	20
Penicilina, tetraciclina y sulfas	6	24

No se observó la conveniencia mayor de alguna de las drogas citadas anteriormente.

Hasta el momento de escribir el presente trabajo, 2 de las pacientes a quienes se les hizo cesárea extraperitoneal han tenido, también en el Instituto Materno Infantil, partos por vía natural, la una con forceps y el otro con espátulas profilácticas, obteniéndose fetos de 3.140 y 3.000 gramos, respectivamente.

### Permanencia

El promedio de permanencia en el Instituto fue de 11 días, muy semejante al obtenido por otros autores, y considerado bajo en nuestro medio, para intervenciones sépticas.

La mayor permanencia fue de 26 días, y la más corta, de 6. Una paciente reingresó por endometritis y panmastitis, y otra, por infección severa de la herida, que es justamente la que presentó reacción a la seda.

### Morbilidad y mortalidad fetales

Los niños obtenidos (26 en total, pues hubo un caso gemelar) fueron entregados al Departamento de Pediatría, cuyos miembros procedieron de la siguiente manera:

1. Aspiración buco-naso-faríngea.
2. Aspiración gástrica.
3. Suministro de oxígeno.
4. Ligadura alta del cordón (3).
5. Traslado a Sala de Infectados, donde continuaron con:
6. Baño externo con benzol.
7. Lavado gástrico.
8. Gantricin oftálmico y penicilina parenteral.

Los pesos al nacer fueron los siguientes:

	Casos	%
Menos de 2.000	2	8
De 2.000 a 2.400	6	24
De 2.500 a 2.990	6	24
De 3.000 a 3.490	8	32
De 3.500 a 3.990	4	16
	—	—
	26	

A pesar de los cuidados recibidos, las complicaciones más frecuentes de los recién nacidos obtenidos por la cesárea extraperitoneal fueron de tipo infeccioso (36%), como se verá en el cuadro adjunto:

	Casos
Conjuntivitis	5
Ictericia	3
Neumonía	1
Onfalitis	1
Piodermitis	1

Dado el estado infeccioso en que nacieron, se considera baja la incidencia de morbilidad, al compararla con la dada por otros autores en nuestro medio y obtenidos en casos no infectados. Así, Torrado (39), de 52 cesáreas segmentarias transperitoneales da una morbilidad fetal del 30,2 por ciento, y Delgado (16), de 31 casos de mortalidad perinatal en cesárea, señala 11 casos de muerte por infección, es decir, el 35,4%.

La infección post-natal más frecuente fue la conjuntivitis, seguida de la neumonía aspirativa, que es, según los autores, la causa más frecuente de muerte post-natal, en casos de infección amniótica (27), habiendo encontrado algunos de ellos (7, 22, 25) gérmenes patógenos similares en la vagina y en el pulmón del feto.

Nacieron vivos 22 niños, de los cuales 20 salen del Instituto y 2 murieron; uno por prematuridad (1.285 gramos) y el otro, por neumonía aspirativa, anemia y anoxia intraparto.

El primero, a las 24 horas de nacido, y el segundo, a los 4 días.

Hubo 4 muertes antepartum, achacables todas a la severa infección amniótica, de las cuales 3 lo fueron antes de su ingreso y una en el Servicio. Dos de ellos presentaban además circulares al cuello.

No se hicieron necropsias para el presente trabajo.

### *Comentarios*

Si consideramos que un crecido número de pacientes hacen ruptura espontánea de membranas, (3, 9, 13, 17) en porcentajes que varían, según los autores entre el 11,5% y el 20% y si tenemos en cuenta, además, que aproximadamente el 2% de las maternas de nuestro medio ingresan con infección amniótica a los Servicios Hospitalarios (18), vemos cómo ésta puede ser un grave peligro tanto para la madre como para el feto (7, 16, 22).

No siempre los recursos terapéuticos nos favorecen: los gérmenes se hacen resistentes a los antibióticos y quimioterápicos (6), además que éstos no tienen acción profiláctica alguna, sino que, por el contrario, aumentan el período latente de la infección; los oxitócicos no dan plena garantía en algunos casos, en los cuales el factor tiempo es importante en beneficio del feto, o bien en aquellos casos en que se hallan contraindicados, como en los de antecedentes de cesárea anterior.

Para aquellos casos en que nos fallen los recursos terapéuticos contra el avance de la infección, y ante la indicación de una operación cesárea debemos decidirnos a intervenir; pero ¿cuál debe ser la vía a seguir? ¿La transperitoneal, con un peligro para la madre, mayor al ya existente?, o ¿la vía extraperitoneal, con un peligro infeccioso de menor cuantía?

Ciertamente que la decisión conlleva un sinnúmero de consideraciones, algunas bien conocidas por todos, otras de orden netamente personal. Sin duda optaríamos por la vía menos peligrosa para la madre, como lo es la extraperitoneal, pero tropezamos entonces con la dificultad técnica de la intervención (15), recurso de gran valor para quienes la combaten. Pero la realidad es bien distinta: la cesárea extraperitoneal está al alcance de cualquier cirujano obstetra que conozca la anatomía de la región (40). Aun así queda algo por vencer, y es el peligro en potencia de lesionar la vejiga o de abrir accidentalmente la cavidad peritoneal (4). Para el primer peligro los urólogos nos demuestran con la prostatectomía transvesical cómo la apertura de la vejiga no ofrece contratiempo alguno, siempre y cuando ésta permanezca vacía durante los primeros días del postoperatorio; y para el segundo peligro bástenos recordar que si el peritoneo se lesiona es durante la disección de la fascia perivesical, es decir, antes de efectuar la histerotomía, siendo entonces el riesgo mínimo o nulo. Algunos autores han abierto delibe-

radamente la cavidad peritoneal, a efecto de estudiar el posible riesgo infeccioso, encontrando en sus experiencias que éste es prácticamente nulo (11). De esta manera se demuestra cómo los peligros potenciales durante la intervención por la vía extraperitoneal no son en realidad de mayor consideración.

La morbilidad materna en estos 25 casos en que se hizo cesárea extraperitoneal, por considerarlos impuros, fue muy semejante a la morbilidad obtenida por autores nacionales en cesáreas transperitoneales sin infección amniótica (16, 39).

La peritonitis queda descartada como complicación en la cesárea extraperitoneal (11). Este hecho de por sí nos alerta a considerar nuevamente este recurso quirúrgico, que habíamos olvidado a expensas de una peligrosa confianza en los antibióticos. La incidencia de cesáreas en el Instituto Materno Infantil, semejante al promedio de incidencias en los Estados Unidos, es de aproximadamente del 4,6 al 4,8% (16, 39), con una mortalidad materna del 1,5%, reconociendo como causas más frecuentes la peritonitis y la hemorragia (39). Con la cesárea extraperitoneal la hemorragia puede llegar a ser menor, gracias a una mejor retracción uterina, por cuanto la incisión segmentaria se hace bastante baja (4, 36). Waters (40, 41, 42) da una mortalidad materna del 0,6%, sin señalar casos de peritonitis. En el presente estudio no hubo muertes maternas.

Por todo lo anterior, la cesárea extraperitoneal debe considerarse como de elección, sola o asociada a los antibióticos en aquellos casos con infección amniótica latente o declarada (1, 4, 5, 8, 11, 21, 26, 28, 29, 36, 40, 41, 42, 44).

Consideramos como un deber de todo obstetra familiarizarse con la técnica de la cesárea extraperitoneal, y anotamos para tal fin la necesidad de un buen campo operatorio, como el que nos proporciona la incisión de Maryland, descrita en el presente trabajo. Luego de una buena luz operatoria, el despegamiento de la fascia perivesical no es difícil.

### *Sumario*

Se presenta la experiencia personal en 25 casos de cesárea extraperitoneal, efectuados en el Instituto Materno Infantil "Concepción Villaveces de Acosta", de Bogotá, entre mayo de 1962 y diciembre de 1963, siguiendo la técnica de Waters con algunas modificaciones.

Todos los casos, además de tener indicación para la cesárea, presentaban infección amniótica declarada, considerándolos así como ideales para la vía extraperitoneal.

Se detallan la edad y paridad de las pacientes y se señalan las temperaturas bucales de las mismas, antes de la intervención. Se detalla, igualmente, el tiempo transcurrido entre la ruptura espontánea o artificial de las membranas y el comienzo de la operación, por considerarlo importan-

te en la génesis de la infección amniótica. Se anota cómo los casos más graves fueron aquellos que pasaron de las 96 horas, 3 de los cuales tenían fetos muertos a su ingreso al Instituto.

Se detallan las indicaciones para las cesáreas efectuadas.

Se describe la técnica ya modificada que se siguió en la totalidad de los casos.

Se presentan estadísticas de las complicaciones operatorias, que son consideradas de baja incidencia, al compararlas con las dadas por otros autores. Igualmente se dan estadísticas de complicaciones postoperatorias, considerándolas semejantes a las obtenidas en cesáreas transperitoneales, en casos no infectados.

Se detallan los cuidados dispensados a los recién nacidos y se informa de la morbilidad y mortalidad fetales, anotándose que la primera es semejante a la obtenida por otros métodos quirúrgicos, y que la segunda está estrechamente relacionada con la severidad de la infección intraparto.

Se hacen comentarios sobre los problemas inherentes a los casos impuros, y se recomienda la cesárea extraperitoneal como de elección para los mismos.

Se señala la conveniencia de que el obstetra esté familiarizado con la técnica de la cesárea extraperitoneal.

### *Conclusiones*

1º. No se debe confiar mucho en los antibióticos, ya que los resultados

que de ellos esperamos no siempre nos satisfacen.

2º. La ruptura de membranas de más de 12 horas de evolución pone en peligro de infección tanto a la madre como al feto.

3º. A los primeros signos de infección, y si el feto es viable debe intentarse la evacuación del útero.

4º. La cesárea de elección para los casos infectados debe ser la extraperitoneal.

5º. Para la intervención se hace necesario un buen campo operatorio,

como el proporcionado por la incisión transversa de tipo Maylard.

6º. Todo obstetra debe familiarizarse con la técnica de la cesárea extraperitoneal.

7º. Los accidentes operatorios corregidos convenientemente no ofrecen peligro alguno.

8º. Sería conveniente un estudio comparativo de los casos impuros tratados en el momento actual por las dos vías.

9º. El recién nacido debe ser siempre atendido por un pediatra, quien le prodigará las atenciones que el caso requiera.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ANZ M. E., WARD G. H., McCARTHY M.: Extraperitoneal Cesarean Section. Experience with Thirty Cases. *Am. J. Obst. & Gynec.* Vol 63; 4: 861. 1952.
2. BEACHAN D. W., TURNER J. L.: Morbidity After Cesarean Section. *Am. J. Obst. & Gynec.* Vol. 63; 4: 819. 1952.
3. BENIRSCHKE K.: Intrauterine Bacterial Infection of the Newborn Infant. *Am. J. Obst. & Gynec.* Vol. 74; 2: 219. 1959.
4. BOTELLA LLUSIA J.: Défense de la Césarienne Extrapéritonéale Transversale. *Ginec. Prac.* Vol. 8; 85. 1957.
5. BOTELLA LLUSIA J.: *Patología Obstétrica*. 4ª edición. Editorial Médico-Científica. Barcelona. Pág. 408. 1958.
6. BOJALIL Q. B.: Resistencias Microbianas. Variaciones, Causas, Mecanismos. *Gaceta Médica de México*. Tomo 92; 6. 1962.
7. BRET A. J., COUPEZ Cl. et DUBOIS J. P.: La transmission de l'Infection Straphylococcique Vaginal de la Mere au Nouveau-né au Cours du Travail. *Ginec. et Obst.* Tomo 60; 1; 26. 1961.
8. CACCIARELLI R. A.: Extraperitoneal Cesarean Section. *Am. J. Obst. & Gynec.* Vol. 53; 100. 1947.
9. CALKINS L. A.: Premature Espontaneous Rupture of the Membranes. *Am. J. Obst. & Gynec.* Vol. 64; 4: 871. 1952.

10. CAMACHO PAZ H.: Embarazo y Enfermedad de Hansen. *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* Vol. 11; 3; 267. 1960.
11. COSGROVE S. A. and WATERS E. G.: An Avaluation of Extraperitoneal Cesarean Section. *Am. J. Obst. & Gynec.* Vol. 52; 2; 237. 1946.
12. DAVIS C. H.: Cesarean Section. *Gynecology and Obstetrics*. Vol. 2. Edt. W. f. Prior Company Inc.
13. DANFORTH D. N., McLIN T. W. and STATES M. N.: Studies on Fetal Membranes. *Am. J. Obst. & Gynec.* Vol. 65; 3; 981. 1953.
14. DEANEN F.: **Intrauterine Infections of Placenta and Foetus**. Memorias de la Profilaxie en Gynecologie et Obstétrique. Génova. 1954.
15. DE LA VEGA G. A.: Quince años de Operación Cesárea. *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol. 7; 3; 122. 1957.
16. DELGADO CALDERON E.: Mortalidad Perinatal en Cesárea. *Rev. Col. de Obst. y Gynec.* Vol. 12; 465. 1961.
17. DUMONT M.: La Grossesse et l'Accouchement Chez les Primipares Agées de Plus de 30 Ans. *Ginec. et Obst.* Tomo 61; 4; 515. 1962.
18. GAVIRIA GAVIRIA B. y col.: Letalidad Perinatal. *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* Vol. 11; 3; 339. 1960.
19. GLODSTEIN D. F., JOHNSON J. P. and RAID D. E.: Manegement of Intrauterine Fetal Death. *Jour. Obst. and Gynec.* Vol 21; 5; 523. 1963.
20. GORDON Ch. A.: Cesarean Section Death. *Am. J. Obst. & Gynec.* Vol. 63; 2; 284. 1952.
21. GREENHILL J. P.: **Principios y Práctica de Obstetricia de DeLee**. 2ª edición. Edt. Uthea. Pág. 1.242. 1955.
22. HANON F. COQUIN-CARNOT et PIGNARD P.: Le Liquide Amniotique. *Revue Générale des Travaux et Publications. Ginec. et Obst.* Tomo 60; 2; 657. 1961.
23. JIMENEZ Fco. y BOHORQUEZ A.: Un Caso Raro de Sepsis Puerperal. *Rev. de la Clínica de Maternidad David Restrepo*. Vol. 3; 1; 27. 1962.
24. L.LUQUE P. et TOURNIER Ch.: La Rupture Uterine au Cours du Travail. *Ginec. et Obst.* Tomo 61; 756. 1962.
25. LEPAGE F. y otros: Le Mortalité Périnatale a la Maternité Pinard. *Ginecologie et Obstétrique*. Tomo 62; 3; 301. 1963.
26. LULL B.: **Obstetricia Clínica**. Edt. Interamericana S. A. Págs. 10, 11 y 569. 1954.
27. LEAÑO E.: Infección Puerperal. *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* Vol. 12; 1; 47. 1961.
28. MARR J. and NATHANSON B.: Extraperitoneal Cesarean Section. *Am. J. Obst. & Gynec.* Vol. 76; 192. 1958.
29. MASCIIO A.: **Nuove Tecnica di Taglio Cesareo Extraperitoneale. Tendences Actuelles en Ginecologie et Obstétrique**. Edt. Georg. Génova. Pág. 892. 1955.

30. MAYEUS M.: El Porvenir Obstétrico de las Embarazadas. **Ginecología y Obstetricia de México.** Vol. 8; 2: 85. 1956.
31. NASH L., JANOVSGY N. A. and Bysche S. M.: Localized Clostridial Chorioamnionitis. **Jour. Obst. and Gynec.** Vol. 21; 4; 481. 1963.
32. ORDONEZ PLAJA A.: **Operación Cesárea Extraperitoneal.** Técnica de Ricci y Narr. Tesis de Grado. Fac. de Medicina, U. N. 1945.
33. PEMBREY M.: Premature Rupture of the Membrane. **J. Obst. & Gynec. Brit. Emp.** Vol. 60; 37. 1963.
34. RAMIREZ MERCHAN R. F.: A Propósito de la Cesárea Extraperitoneal. **Rev. Médica.** (Academia de Medicina). Vol. 49; 564; 691. 1946.
35. REDLEAF P. D. and FADELL E. J.: Bacteremia During Parturition. **J. A. M. A.** Nº 169; 1284. 1959.
36. RICCI J. and MARR J. P.: **Principles of Extraperitoneal Cesarean Section.** Philadelphia. Edt. The Blakiston Company. 1942.
37. RICHARD C. y col.: Extraperitoneal Cesarean Section. **Am. J. Obst. & Gynec.** Vol. 66; 79. 1953.
38. SCHAEFFER G. and CARPENTER S.: Changing INDICATIONS for Cesarean Section. **Am. J. Obst. & Gynec.** Vol. 65; 35; 935. 1953.
39. TORRADO NUÑEZ L.: Operación Cesárea. **Rev. Col. de Obst. y Ginec.** Vol. 12; 4. 1961.
40. WATERS E. G.: Supravesical Extraperitoneal Cesarean Section. **Clinical Obstetric and Gynecology.** Pág. 985. 985. Dic. 1959.
41. WATERS E. G.: Extraperitoneal Cesarean Section. **Am. J. Obst. & Gynec.** Vol. 49; 739. 1945.
42. WATERS E. G. and LEAVITT B.: Extraperitoneal Cesarean Section. **Am. J. Obst. & Gynec.** Vol. 29; 535. 1963.
43. CALDERON B.: Cesárea Extraperitoneal. **Repertorio de Medicina y Cirugía.** Vol. 4; 6; 374. 1949.
44. SARMIENTO R. J.: **La Cesárea Extraperitoneal Segmentaria.** Tesis de Grado. U. N. Edt. Minerva, Bogotá. 1929.