LA SINFIOTOMIA EN COLOMBIA

Reseña histórica

*Dr. Fernando Sánchez Torres**

Hubo una etapa, por cierto demasiado larga, en la evolución del arte obstétrico en que la audacia y la habilidad de sus cultores se confabulaban para vencer las múltiples dificultades surgidas durante el curso del parto. El obstetra entonces —como anotaba Andrea Majocchi— era esperado igual que un héroe, o como un taumaturgo que iba a salvar con su arte dos vidas, o por lo menos una. Sí, aunque a veces lograba sortear con doble éxito las complicaciones, la incompatibilidad de volumen entre el feto y el canal del parto era superada sólo de manera cruenta, siendo la víctima expiatoria el ser aún no nacido. La cefalotripsia franca o aquella otra disimulada que llamaban “fórceps alto”, eran los recursos heroicos que concedían el triunfo al operador, pero un triunfo que tenía mucho de victoria pírrica.

Desde las observaciones de De la Courve en 1655, cuando comprobó que en una primípara de 48 años y de talla pequeña “la imposibilidad de separarse los huesos del bacinete había sido la única causa de obstáculo al parto”, fueron muchos los intentos que se hicieron encaminados a ampliar la vía del nacimiento. En 1768, Sigault, aún siendo estudiante, dió a conocer a la Academia de Me-

dicina de Francia un procedimiento operatorio que ampliaba notablemente la pelvis, seccionando la sínfisis púbica. Sólo hasta 1777 dicha intervención comenzó a despertar el interés de los parteros, teniendo muy corta acogida.

A mediados del siglo pasado ya se había abandonado en Francia; en Inglaterra había sido practicada una vez por Nursman, falleciendo la madre y su hijo. Sin embargo, en Italia tuvo extraordinario auge y sus practicantes trataron de perfeccionarla. Se debe a Morisani el haberla rehabilitado en 1886. Spinelli y Carusso, de la escuela de Nápoles, en una visita que hicieron a Francia en 1891, lograron interesar a Pinard en el procedimiento; éste, junto con Farabeuff y Varnier, hizo el estudio clínico, fisiológico y anatómico de la intervención. El 4 de febrero de 1892 practicaba el famoso obstetra francés su primera sinfiotomía, esperanzado en poder relegar con ella “ese odioso sacrificio, ese oprobio médico que se llama la cefalotripsia”.

Pocos años más tarde Gigli modificó la técnica abriendo el anillo pél-

* Profesor Asistente del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina (Universidad Nacional).

vico, no ya por el cartílago sinfisario, sino con un corte lateral hecho sobre el pubis, justificando su proceder al afirmar que con él se alejaban las posibilidades de herir la uretra, el clítoris o la vejiga. Esta operación se llamó **pubiotomía** o **hebesteotomía**.

En 1906, Zweifel, da a conocer la técnica operatoria de la **sinfisiotomía subcutánea**, la cual fue modificada por Frank, de Colonia, en 1912. Fué en esta ciudad en donde Enrique Zárate, de la Argentina, viendo operar a aquél, se entusiasmó con el método y lo difundió en su país, introduciéndole algunas variantes. Se debe indudablemente, al ilustre profesor argentino que la sinfisiotomía tuviera luego muchos adeptos.

En nuestros días ese recurso obstétrico-quirúrgico se halla ya archivado, pero no falta quien —como Falcone— intente revivirlo. La seguridad que brinda la operación cesárea ha hecho de la sinfisiotomía un procedimiento anacrónico que se recuerda sólo al repasar las páginas de la Historia de la Obstetricia.

En Colombia, por los documentos que existen, la sinfisiotomía nunca tuvo ardientes partidarios ni, por lo tanto, jamás estuvo en boga. Ocasionalmente fué practicada en Bogotá en el siglo pasado y al promediar la tercera década del actual —también en la capital— alcanzó un resurgimiento pasajero, pero muy pronto cayó en el olvido.

Debemos al doctor Luis Largacha el que no haya pasado desapercibida la primera sinfisiotomía que se hizo en Colombia; en buena hora recogió en su tesis de grado los detalles de la operación que llevara a cabo en Bogotá el doctor Leoncio Barreto, profesor de Obstetricia teórica y

práctica, en 1873, diecinueve años antes de que la ejecutara Pinard en Francia.

Siendo éste un hito de la Historia de la Obstetricia Colombiana es de elemental justicia copiar el relato que su mismo autor hiciera. Conviene señalar que la técnica que se siguió fue la de Sigault y que el Dr. Barreto fué ayudado por Ceferino Hurtado, alumno interno encargado de la Maternidad, y por los practicantes Isaías Saavedra y N. Guerrero; los cuidados de la paciente estuvieron a cargo de la **asistente** Antonia Manceira y de la enfermera Hermana Saint Paul. He aquí los detalles que refirió el profesor Barreto:

"N. N., de 24 años de edad, soltera y natural de Sutatenza (Boyacá), fué conducida a la Sala de Maternidad después de tres días de trabajo y de 6 horas de rota la bolsa de las aguas.

"Su estatura era de 1 m. 38 cm. y ni su aspecto general ni el de su bacinete, presentaban visiblemente ninguna mala conformación notable.

"La exploración externa dió a conocer que se trataba de una presentación cefálica, con todas las probabilidades de una primera posición. y que la criatura estaba viva y suficientemente fuerte.

"La exploración interna confirmó el anterior diagnóstico y se demostró que la cabeza había penetrado, en parte, a la excavación pelviana y estaba fuertemente enclavada en el estrecho superior. No teniendo allí medios de tomar medidas con precisión, las hechas con el dedo, nos hicieron sospechar que había un acortamiento del diámetro conjugado, que calculamos aproximadamente en 80 a 88 milímetros.

"El estado de las fuerzas y robustez de la madre, como de la criatura; el tiempo relativamente largo que se había pasado después de la ruptura de la bolsa; el estado desesperante de la mujer, en quien las contracciones eran

fuerres y sostenidas, y la imposibilidad, que habíamos demostrado al tiempo del examen para llevar la mano más allá del estrecho superior, nos decidieron a ensayar el **fórceps**, antes que cualquiera otra operación, esperanzados en que con la compresión y las tracciones podríamos desprender la cabeza. La aplicación del **fórceps** presentó algunas dificultades, que al fin fueron vencidas; pero fracasaron todos los esfuerzos racionales hechos con él, y la cabeza no se movía del sitio en donde la habíamos encontrado. En tal situación y considerando que sobre una criatura viva y vigorosa no debíamos emplear la cefalotripsia, ni en una mujer en las mismas condiciones la operación cesárea, creímos encontrar allí la indicación precisa de la sinfisiotomía, la cual practicamos por el método subcutáneo. Pero como a pesar de hecha la sección completa de la sínfisis y de continuar las contracciones bastantes enérgicas no avanzaba el parto, colocamos nuevamente el **fórceps** para ayudar con las tracciones. Al empezar éstas, oímos un traquido, que nos alarmó sobremanera, y hubiéramos abandonado el instrumento si en ese momento no hubiéramos sentido desprenderse la cabeza y cesar todas las dificultades; de manera que el parto se terminó, como en todos los casos ordinarios de aplicación de **fórceps**.

"La placenta se retardó, y habiendo introducido la mano para extraerla, nos aprovechamos de esa maniobra para examinar el estado de movilidad de los huesos ilíacos, la que nos pareció excesiva y nos dió serios temores por el éxito de nuestra operación.

"Como curación sólo colocamos sobre la herida exterior unas hilas untadas con cerato y sobre el resto del pubis una compresa grande empapada en aguardiente alcanforado, y últimamente un vendaje de cuerpo, lo mejor ajustado que pudimos.

"Alarmados por la movilidad del bacinete y un fuerte dolor al nivel de las articulaciones sacro-ilíacas, no nos contentamos con el vendaje que habíamos colocado, e inmediatamente hicimos preparar un cinturón de vaqueta, ancho y acolchonado que colocamos alrededor del bacinete con el objeto de mantener mejor

el ajuste de los huesos y que permitiéndonos zafar las correas de unión nos dejara inspeccionar la sínfisis.

"Nuestra enferma fué mantenida en la más completa quietud. Durante los 3 primeros días hubo un ligero movimiento febril, 120 a 130 pulsaciones por minuto y grandes dolores que combatíamos con morfina y beleño, sin abandonar el aguardiente alcanforado. Al 4º día se le aplicó una lavativa laxante, que produjo sus efectos y estableció completamente la secreción láctea. Cesó la fiebre, y el puerperio entró en su curso normal. La inmovilidad se mantuvo durante 20 días en los que habiendo disminuido progresivamente los dolores, cicatrizándose la pequeña herida y desapareciendo la movilidad de los huesos, permitimos algunos ligeros movimientos entre la cama, hasta los 40 días, en que levantamos nuestra enferma con grandes precauciones, y como pudo caminar, aun cuando quejándose, su estado fué mejorando, y 15 días después salió del Hospital, sin abandonar su cinturón y llevando un niño completamente sano".

Por el anterior relato podemos deducir que entonces no se ejecutaba la cesárea en mujer "viva y vigorosa"; sorprende, pues, que los obstetras de la época desdeñaran la sinfisiotomía para resolver ciertas distocias obstructivas de la pelvis ósea. Es probable que la operación, por oídas, inspirara desconfianza. No dudamos que el doctor Leoncio Barreto la conocía suficientemente pues en un momento angustioso pensó en ella y la puso en práctica, pero sí ignoramos porqué él mismo no la volvió a ejecutar y porqué sólo después de veinte años resolvió transmitir su afortunado proceder. Aunque la infección no fué causa preponderante de la lenta recuperación de la enferma, es posible que el temor a ella, junto con el dolor y la impotencia funcional, fueran los factores que ahuyentaron el deseo de repetirla. Recordemos que en los días en que el doctor Barreto hizo la operación de Sigault se desco-

nocían los principios de la antisepsia de Lister; el método de la compresa empapada en aguardiente alcanforado que utilizó era el llamado "sistema de Raspail".

El 3 de enero de 1892 vuelve a practicarse la sinfisiotomía en Colombia, esta vez a manos del doctor Carlos Clapatofsky, también en el Hospital de San Juan de Dios, de Bogotá. Fué llevada a cabo en la mujer Mercedes Ruiz, primigestante de 24 años, cuya anatomía pélvica se caracterizaba por tener "un bacinete aplastado simple con ochenta y cinco milímetros de conjugado verdadero". "Comencé —refiere el doctor Clapatofsky— por la anestesia clorofórmica; mientras se completaba hice afeitar el monte de Venus, luego lavar toda la región con jabón y licor de Van Swieten y poner abundante inyección vaginal con el mismo licor. Mi primera incisión dividió los tejidos prepúbicos de arriba hacia abajo por la mitad justa de la sínfisis (evitando las raíces del clítoris), en una extensión de diez centímetros; por el ojal supra-púbico, formado por la separación de los músculos rectos, introduje el índice izquierdo detrás de la sínfisis, guía de la extremidad abotonada del bisturí, que de arriba hacia abajo y con movimientos de sierra debía separar las ramas horizontales del pubis. Cuando llegué a la mitad del corte se sondeó a la paciente con un catéter metálico para desviar la uretra; mi incisión no llegó hasta el ligamento triangular, ni sangró el plejo de Santorini. Curación previsoría con gasa yodo formada.

"Después de repetir la antisepsia de las manos hice una laboriosa aplicación oblicua de **fórceps** superior (única sin peligros, pero difícilísima) que permitió el encaje y parte de la

rotación. Ya en el estrecho inferior, sin retirar el instrumento, rectifiqué la aplicación de las ramas por una directa y así extraje. El feto, a término y grande, salió medio asfixiado; minutos más tarde, por el procedimiento de B. S. Shultze, su respiración era perfectamente fisiológica".

Pasadas tres semanas de recuperación, la enferma "quedó completamente restablecida y ganó la vida de su hijo".

Luego de esta segunda sinfisiotomía hubieron de transcurrir cerca de cuarenta años para que en Colombia volviera a practicarse. Si alguien la ejecutó durante este lapso no quedó constancia de ello.

En el año 1929 el profesor Miguel Rueda Acosta, entusiasmado por las publicaciones de Zárate y sus seguidores, quiso convencerse personalmente de la bondad atribuida a la operación. Así fué como, para adquirir experiencia, ensayó la sinfisiotomía en cadáveres, en asocio de su jefe de clínica, el doctor Carlos Julio Mojica, y de su interno, el joven Luis María Ferro. El 22 de agosto de 1929, en el servicio de Maternidad del Hospital de San Juan de Dios hizo su primera operación en mujer viva, siguiendo la técnica del argentino Zárate, es decir, la "sinfisiotomía parcial subcutánea". A continuación transcribimos apartes del relato que de ella hizo en su tesis de grado el Dr. Guillermo Largacha Sáiz.

"Una vez practicada la anestesia (raquídea), se colocó la enferma en posición obstétrica; dos ayudantes colocaron los muslos en posición adecuada; en seguida se aseptizó la región del pubis con tintura de yodo; luego se introdujeron los dedos índice y medio en la vagina; se desvió la uretra y con el pulgar se bajó el clí-

toris; en seguida, con el bisturí se practicó una incisión de las partes blandas, a un centímetro y medio por debajo del borde superior de la sínfisis, en la línea media; primeramente se seccionó la mitad inferior del cartílago, y parte de los ligamentos inferiores; sin sacar el bisturí se procedió a seccionar la mitad superior y parte de los ligamentos superiores, sin darle vuelta a la hoja del bisturí. Durante esta segunda parte de la intervención, el bisturí penetró profundamente y alcanzó a rozar la cabeza del feto, causándole una pequeña herida en la región temporal izquierda, como se comprobó luego de verificado el parto.

"Ya seccionados los ligamentos, se obtuvo una separación de 2 centímetros más o menos entre las dos superficies óseas; esta separación permitió el encajamiento de la presentación y la posición de los miembros inferiores se mantuvo hasta que se verificó el parto.

"A la enferma se le aplicó 1 c.c. de pituitrina, que tardó en obrar, debido quizás a los efectos de la raquianestesia, que anulaban el dinamismo uterino; 45 minutos después de la aplicación de la inyección de pituitrina las contracciones se manifestaron enérgicas; la presentación atravesó el estrecho superior y el parto se verificó desprendiéndose la cabeza en posición oblicua. Durante este tiempo se mantuvo la compresión de la herida, por la cual manaba sangre y líquido amniótico; se puso un punto de sutura y se cubrió la herida con colodión; el alumbramiento se hizo por expresión; se co-

locó una sonda de Petzer a permanencia y se ataron los muslos con vendaje. El niño pesó 3.500 grs".

La enferma —según el relato del Dr. Largacha—, luego de un puerperio febril, salió del hospital caminando perfectamente y con su hijo vivo.

En cinco oportunidades más el mismo doctor Rueda Acosta practicó la operación; otras tantas veces el Dr. Carlos Mojica y una el Dr. Guillermo Largacha, a la sazón interno del servicio. Fueron estas las últimas sinfiotomías que se hicieron en Colombia.

En 1955, Hugo García Vélez, doctorado en la Facultad de Buenos Aires, Argentina, dió a conocer un caso de sinfiotomía **partialis**, a lo Zárate. Por no figurar la ciudad ni la institución en donde fué practicada dicha intervención, lo recogemos con mucha reserva.

BIBLIOGRAFIA

- 1 FALCONE, IMAR: "Sinfiotomía de Zárate completada con el vacuum extractor". *Progresos de Obst. y Gin.* 4: 423, 1961.
- 2 GARCIA VELEZ, HUGO: "Un caso de sinfiotomía partialis, según técnica de Zárate". *Rev. Colombiana de Obst. y Gin.* 6: 229, 1955.
- 3 LARGACHA, LUIS: "Sinfiotomía". Tesis de doctorado. Imprenta de Medardo Rivas. Bogotá, 1893.
- 4 LARGACHA, GUILLERMO: "Sinfiotomía parcial. Operación de Zárate". Tesis de doctorado. Bogotá, 1931.
- 5 LEON, JUAN: "Pelvitomías". en *Tratado de Obstetricia*. Tomo III, pág. 861. Edit. Científica Argentina. 1959.