

La Incisión de Pfannenstiel en la Cesárea

Por el doctor EUDORO CASTILLO VEGA

Ex-Jefe de Clínica Obstétrica.

En las diversas técnicas de la cesárea, no solamente la sección del útero ha sufrido modificaciones apreciables, sino también la incisión de la pared misma.

Recorriendo las páginas históricas de la operación cesárea encontramos tanta variedad en la apertura de la pared abdominal, como en la forma de intervenir en esta operación. Algunos insistían en la sección hacia el lado izquierdo y paralelamente a la dirección de los músculos rectos abdominales con el fin, según ellos, de no herir el hígado. Otros manifestaron su desconfianza en esa incisión por temor de lesionar el bazo. Tampoco faltaron opiniones adversas a las anteriores y preconizaron la incisión oblicua, a pesar de las malas consecuencias que sobrevenían a la madre. Pietro d'Argellater recomendó la incisión central que iba desde el "processus ensiformis" hasta el "pecten ossis pubis", pero al fin y al cabo practicó y propuso la incisión media sobre la línea negra.

En el siglo xvi el médico francés François Rousset publicó la primera monografía sobre la operación cesárea y en su discurso dejaba en entera libertad al cirujano la escogencia de la incisión central, lateral derecha o lateral izquierda, pero sí recomendaba que antes de practicar el corte, debía marcarse la línea de incisión con tinta señalando también algunas rayas accesorias, con el objeto de hacer después más perfecta la adaptación de los bordes de la herida. Rousset, personalmente, consideraba que la mejor dirección del corte era la paramesial, directamente al lado del músculo recto abdominal.

Más tarde, Teodoro Esteban Lauverjat se pronunció también en favor de la incisión sobre la línea media y el 23 de julio de 1778 expuso a la Academia de Medicina de París las ventajas de esta incisión. Pero, más tarde, sin saber el motivo, recomendó la incisión lateral y por último la oblicua.

Georg Wilhelm Stein en 1803 fue partidario también de la incisión oblicua o diagonal la cual partía del "ángulo del pubis de un lado a través de la línea alba hacia el extremo de la falsa costilla inferior del otro lado". Benjamín Osian-der, más práctico, introdujo la mano en la vagina, oprimió la cabeza fetal contra la pared abdominal y sobre la prominencia así producida, hizo un corte oblicuo de cuatro o cinco pulgadas de longitud.

El Profesor José del Carmen Acosta, entre nosotros, hizo un estudio crono-

lógico sobre la operación cesárea en Colombia en el Boletín de la Clínica Obstétrica de 1936 y, según parece, todos los cirujanos citados por él, practicaron la cesárea corporal o segmentaria pero por incisión media.

Sin embargo, en ese mismo año de 1936, el Profesor Víctor Rodríguez Aponte, siendo el que esto escribe su Jefe de Clínica, hizo la operación cesárea segmentaria transperitoneal en el Servicio a su cargo, seccionando el segmento una vez con tijeras y otras veces por disociación arciforme, pero además practicó la incisión de Pfannenstiel en la pared.

En el año de 1949, con mayor cuidado en la hemostasis, insistió nuevamente el Profesor Rodríguez Aponte, en la incisión de Pfannenstiel en algunas cesáreas y se llegaron a reunir doce intervenciones con feliz resultado, en el curso de un año y medio.

Uno solamente presentó hematoma, sin mayor importancia para la cicatriz final.

El doctor Gonzalo Echeverri, siendo Jefe de Clínica Obstétrica del Profesor José del Carmen Acosta, practicó también en el año de 1951 algunas cesáreas con incisión de Pfannenstiel con resultados muy halagadores.

Las doce historias recopiladas en la estadística del Instituto de Protección Materna e Infantil durante los años de 1949 y 1950 y en las cuales fue escogida la incisión de Pfannenstiel para la cesárea, se resumen en el siguiente cuadro:

SERVICIO DEL PROFESOR RODRIGUEZ APONTE

Cesáreas practicas en el año de 1949	85
Con Pfannenstiel	7
Por la línea media	78

Incidencia 8,23%

Causas de las 7 cesáreas con Pfannenstiel, por	
Eritroblastosis fetal (pruebas de laboratorio en los progenitores) ..	1
Presentación de pelvis con feto grande	2
Desproporción cefalo-pélvica	4

Cesáreas practicadas en el año de 1950	67
Con Pfannenstiel	5
Por la línea media	62

Incidencia 7,69%

Causas de las 5 cesáreas con Pfannenstiel, por	
Desproporción cefalo-pélvica	3
Presentación de pelvis con feto grande	2

TÉCNICA SEGUIDA EN EL SERVICIO DEL PROFESOR RODRÍGUEZ APONTE

Incisión transversal de concavidad superior sobre el pubis de unos 14 centímetros de longitud. Incisión en el mismo sentido y longitud de la aponeurosis. Se rechaza el colgajo superior aponeurótico con pinzas de Allis hacia arriba,

exponiendo mayor luz sobre los músculos rectos del abdomen, buscando plano de clivaje superior entre éstos y la aponeurosis.

Disección y separación por la línea media de los rectos del abdomen y piramidales.

Corte longitudinal del peritoneo.

CUIDADOS ESPECIALES

Evitar la sección de los nervios grande y pequeño abdomino-genitales, muy visibles.

Ligadura previa de los vasos epigástricos, fáciles de ver sobre los músculos rectos, y sección de los mismos.

Cuidadosa hemostasis de la capa de grasa.

* * *

El Profesor Arturo Aparicio, quien entre nosotros tiene una gran experiencia en la incisión de Pfannenstiël para las intervenciones quirúrgicas de ginecología, nos ha sugerido algunas modificaciones a la técnica usual.

MODIFICACIÓO DE LA TÉCNICA CORRIENTE POR EL PROFESOR APARICIO

Incisión transversal de concavidad superior sobre el pubis de unos 14 centímetros de longitud.

Disección y rechazo completo de grasa hacia arriba junto con la piel en unos 5 o 6 centímetros, con el fin de dejar amplia luz sobre la aponeurosis.

Fijación de la grasa y piel en los extremos y en la parte media por tres puntos de seda a la piel abdominal.

Corte de la aponeurosis horizontalmente a unos 3 o 4 centímetros del corte hecho en la piel. Esto con el objeto de dejar un colgajo aponeurótico arriba y otro colgajo abajo.

Con este artificio, según el autor, da mayor luz sobre los rectos para disociarlos o separarlos por la línea media, hacia arriba y hacia abajo, para llegar al peritoneo parietal que lo abre también en el sentido vertical en la línea central.

* * *

El Profesor Botella Llusia, presentó al Congreso de Ginecología y Obstetricia reunido en París en junio y julio de 1950, otra modificación a la incisión de Pfannenstiël para la cesárea, así:

Corte de Pfannenstiël según la técnica corriente.

Al llegar a los músculos rectos los diseca en su tendón de inserción sobre el pubis y los corta.

Lo hace con el fin de dar una mayor luz sobre el segmento y facilitar la extracción del feto.

Después de cerrar el peritoneo parietal, une dichos tendones seccionados al pubis por medio de tres puntos de seda.

Dicha modificación nos ha parecido muy radical y casi sin mayor ventaja, ni para la luz intraperitoneal ni para la facilidad en la extracción fetal.

VENTAJAS DEL PFANNENSTIEL

- I.—Mejor estética de la cicatriz en la mujer.
- II.—Mejor estabilidad de la pared abdominal anatómica, sobre todo si se tiene en cuenta para un parto futuro por las vías naturales.
- III.—Evita las aventraciones.
- IV.—Facilita las maniobras quirúrgicas sobre el segmento uterino.
- V.—El mismo sentido de la incisión sobre la pared y sobre el segmento facilita la extracción fetal.

INCONVENIENTES ADUCIDOS

- Frecuencia de hematomas. (Evitable).
- Dolores post-operatorios laterales. (Poco frecuentes y evitables).
- Dificultad de la extracción fetal. (Evitable con buena anestesia).
- Prolongación del tiempo quirúrgico. (Evitable con destreza quirúrgica).

CONTRAINDICACIONES

Solamente una alarmante gravedad de la madre o un sufrimiento fetal muy avanzado.

FUENTES DE INFORMACION

- Estadística del Instituto de Protección Materna e Infantil, años 1949, 1950 y 1951.
- Boletín de la Clínica Obstétrica del Profesor José del Carmen Acosta, 1936.
- Conferencias de Clínica Obstétrica, Profesor Rodríguez Aponte, años 1949 y 1950.
- Principios Históricos de la Operación Cesárea, Dr. K. Quecke.