

TIPOS DE PELVIS EN LA MUJER PERUANA. ESTUDIO RADIOPELVIMETRICO

DR. LUIS FERNANDEZ MOLINARI
DR. GUILLERMO AGUILAR V.

Si bien la radiopelvimetría fue descrita en 1900, su desarrollo y popularidad es un fenómeno reciente. Aún hasta el presente nos encontramos entre los extremos de quienes lo consideran como una panacea, hasta los que piensan que es superfluo y que exponen a la parturienta a radiación innecesaria.

Para nosotros, la radiopelvimetría, como cualquier otro método auxiliar, lo consideramos como un complemento valioso del examen clínico y nunca lo usamos como elemento exclusivo de juicio, pues esto significaría desconocer totalmente los demás factores que influyen en la evolución del parto.

Considerando que no existe estudio en la bibliografía médica peruana sobre la determinación morfológica de las pelvis femenina en nuestra población, precisando los valores pelvimétricos en los diferentes planos, realizamos el presente trabajo. En el Perú se conoce, como único estudio de pelvis, el trabajo realizado por el Dr. Mongrut, quien basara su investigación en 100 casos de pelvis indígenas, obtenidas en cementerios de la sierra norte.

Consideraciones Generales.

Como enumeró Mengert, existen al menos 5 factores concernientes al pronóstico de parto y ellos son:

a) Tamaño y forma de los huesos de la pelvis

- b) Tamaño de la cabeza fetal
- c) Fuerza de las contracciones uterinas
- d) Moldeabilidad de la cabeza fetal
- e) Presentación y posición fetal

De ellas los factores a, b y e, pueden ser evaluados por radiopelvimetría, siendo indudablemente, entre todos, los más importantes.

Es imprescindible que el tocólogo conozca el tipo de pelvis en cada caso, para que pueda estudiar inteligentemente el mecanismo y curso del parto. Es asimismo indispensable conocer la forma exacta de la pelvis al ejecutar extracción con forceps, extracciones podálicas y versiones, sin ocasionar daño a la parturienta ni al feto.

Por razones obvias, el estudio radiopelvímétrico será practicado al final del embarazo.

PRINCIPALES INDICACIONES

Historia:

- a) De extracción difícil con forceps.
- b) Nacimiento muerto o mortalidad neonatal inexplicable.
- c) Cesáreas previa, si el parto vaginal es deseado.

Palpación:

- a) Espinas isquiáticas prominentes.
- b) Arco púbico estrecho.
- c) Convergencia de paredes laterales.

Estrecho Inferior: A.P.P.E. con cifras de 11.5 cms.
P.S.P.E. de 6.5 cms. de valor.
J.T. de 9.5 cms.

Plano Mesopélvico: A.P.P.M. de 11.5 cms.
P.S.P.M. de 4.5 cms.

Medidas Manuales:

- a) Facilidad de tocar el promontorio.
- b) Diámetro intertuberoso menos de 8 cms.

Falta de Encajamiento de la cabeza fetal en primigestas a término.

Fracaso en el progreso del parto.

Presentación de nalgas.

Primigesta añosa.

Primigesta muy joven.

PLANOS Y DIAMETROS DE LA PELVIS

Hemos considerado 4 planos imaginarios, a saber:

- 1.—Estrecho superior.
- 2.—Estrecho inferior.
- 3.—Plano de las dimensiones pélvicas mayores y
- 4.—Plano mesopélvico o de las menores dimensiones pélvicas.

Los diámetros que obtenemos son los siguientes:

Plano Superior : T.M. con medida mínima normal de 12 cms.
C.V. con medida mínima normal de 10 cms.

CLASIFICACION MORFOLOGICA DE LA PELVIS

En 1932 Caldwell y Moloy idearon una clasificación de la pelvis, en la cual correlacionaron los viejos conocimientos de los anatomistas con el estudio radiológico, resultando de ello 4 categorías principales, tipos hipotéticos por supuesto y que son los tan conocidos de Antropoide, Androide, Ginecoide y Platipeloide. Sin embargo hay que señalar que tipos intermedios de los anteriores se suelen dar con gran frecuencia. La descripción de estos tipos de pelvis, escapa al objeto del trabajo.

MATERIAL Y METODOS.

Se ha estudiado una serie de 320 radioplevimetrías efectuadas en el Servicio de Radiología del H.R.C.S.T., que corresponden a los años 1963 a 1968.

La técnica consiste en la obtención de dos placas, la primera anteroposterior con la paciente en posición semisentada a 45° con el tubo de rayos X centrado a 2" por detrás del pubis, y la placa lateral, en la cual se coloca a la paciente una regla graduada en centímetros y medios centímetros entre las piernas y pegada al perineo. El rayo se centra al nivel del trocánter mayor. Distancia placa-tubo 30 y 40" respectivamente. La placa ántero-posterior es llevada a la lateral, que es la única en la cual se puede leer los diámetros directamente, a travez de una escala de falso centímetros, que fuera preparada por el Dr. Watson de la Universidad de Maryland, y

que no representa otra cosa que la distorsión de los rayos X a la distancia de 30".

DISCUSION.

Nuestros hallazgos de un 47.2% de pelvis Ginecoide "predominante" son ligeramente menores que los encontrados por Manahan (59.3%) y por Torpin quien obtuvo 76.4%, pero guardan relación a los datos obtenidos por Caldwell y Moloy que reportan 41.4%.

En el tipo Androide, obtenemos un porcentaje bajo de 6.25%, en relación a datos de Caldwell y Moloy, quienes dan 32.5%, pero sí mayores que los de Torpin con un 1.6%. Estos hallazgos son obstétricamente favorables, pues este tipo de pelvis, presagia mal pronóstico, haciendo mayor la frecuencia de operaciones de forceps, lo mismo que elevando el número de natimuerdos.

El tipo de pelvis Antropoide fue encontrado en el 5.6%, porcentaje menor que los reportados por Manahan (33.4%) y Torpin (15.4%). Lo importante de esta pelvis es su gran profundidad.

Si los hallazgos estadísticos de las pelvis descritos eran en porcentajes menores que en estadísticas extranjeras, especialmente las sajonas, la pelvis Platipeloide, es encontrada por nosotros en un gran porcentaje (40.95) que, comparadas con 2.6% de Caldwell y Moloy, 1.9% de Manahan y 6.6% de Torpin, es altamente significativo. Creemos que la explicación de este hallazgo se debe al alto índice de desnutrición de nuestra población.

La implicación clínica de este tipo de pelvis es el aumento en la probabilidades de problemas obstétricos, especialmente las presentaciones transversas. Las dificul-

tades obstétricas en relación a la pelvis, van gradualmente aumentando de la pelvis Ginecoide (7.8%) a la Antropoide (14%) para ascender a casi el 25% para la Platipeloide y Androide.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

De un estudio de 320 radiopelvimetrías, entre los años 1963 a 1968, sacamos las siguientes conclusiones:

- 1.—Las pelvis más comunmente encontradas, fueron las Ginecoideas, que dieron el total de 47.2%. De ellas, la Ginecoide pura aportó el 24.4%, la Ginecoide-Androide el 9.7%, la Ginecoide-Platipeloide el 6.85% y finalmente la Ginecoide-Antropoide el 6.25%.
- 2.—Las pelvis Platipeloide ocuparon en orden decreciente, el segundo lugar, con un porcentaje de 40.95. De ellas la Platipelo-Ginecoide resultó el 18.75%, la Platipeloide-pura el 17.2%, la Platipelo-Androide el 3.7% y la Platipelo-Antropoide el 1.25%.
- 3.—Las pelvis tipo Androide fueron halladas en el 6.25% de los casos, ocupando la tercera situación en frecuencia. De ellas la Androide-Ginecoide dió el 2.8%, la Androide pura el 2.5%, la Androide-Platipeloide el 0.65% y la Androide-Antropoide 0.3%.
- 4.—Por último, las pelvis Antropoides representan el 5.6% del total de nuestra serie, siendo las Antropoides puras el de mayor incidencia con 4.35% y la Antropoide-Ginecoide el 1.25%.