

EL CIRUJANO GENERAL Y LA OPERACION CESAREA SEGMENTARIA. INDICACIONES Y TECNICA*

Dr. VICTOR M. BAZUL

Nuestro país no ha llegado a su completo desarrollo, en lo que se refiere a asistencia hospitalaria, es verdad que en los últimos tiempos hay un progreso evidente con la inauguración de muchos hospitales; pero también es cierto que todavía quedan en el territorio nacional muchas zonas en las cuales los cuidados médicos son deficientes o no existen; y como en todas partes el parto fisiológico no es absoluto, sino que con relativa frecuencia se presentan obstáculos a su terminación espontánea, que crean verdaderas distocias, muchas de las cuales sólo pueden ser resueltas en forma quirúrgica; y como por otra parte no siempre hay médicos preparados para resolver estos problemas; entonces el cirujano general en función de partero, se ve obligado a asumir la responsabilidad de tratar estas distocias, con el objeto de salvar la vida de la madre y del niño; y esta es la razón por la cual se ha creído conveniente, que se les instruya a los cirujanos jóvenes en la técnica de la operación cesárea segmentaria, para que puedan oportunamente cumplir con sus deberes de médico.

OPERACION CESAREA SEGMENTARIA

Definición.— La operación cesárea es la extracción del feto de la cavidad del útero a través de una incisión de las paredes abdominal y uterina.

EVOLUCION DE LAS TECNICAS

- a) En un principio, extraído el feto **no se suturaba el útero.**
- b) Más tarde, sistemáticamente **se le amputaba** (Porro).
- c) **Cesáreas corporales**, idénticas que en los casos anteriores **pero suturadas.**
- d) **Cesáreas Segmentarias:** en la que se hace la incisión del útero a nivel del segmento inferior y que **se suturaban.** Según su vinculación con el peritoneo, fueron sucesivamente usadas:

(*) Trabajo presentado al XVI Congreso Peruano de Cirugía, Lima, Marzo 1968.

1.— **Cesárea segmentaria extraperitoneal pura**, por la cual se abre el segmento inferior por una vía que no secciona el peritoneo (técnicas de Frank, Sellheim, Laztoo, Küstner, Doderlein, etc.).

2.— **Cesárea segmentaria extraperitoneal por arteificio**, que excluye el peritoneo después de abrirlo, (técnicas de Michon-Puga, Sanhuesa, J. León).

Este tipo de cesáreas casi siempre dejaba de ser extraperitoneal, de allí que hayan surgido las cesáreas segmentarias transperitoneales.

3.— **Cesáreas segmentarias transperitoneales**, también llamadas intra cavitarias, cérvico segmentarias, suprasinfisaria, laparotraquelotomía; se caracterizan porque se llega a la matriz después de abrir la cavidad abdominal, la incisión radica en el segmento inferior por detrás de la vejiga. Según la dirección de la incisión podrán ser: técnica de Opitz: incisión longitudinal; técnica de Kehrer: incisión transversal; técnica de Munro Kerr, incisión arciforme, etc. Las grandes dificultades técnicas que presentan y la mayor morbimortalidad materno fetal, han hecho que las cesáreas extraperitoneales sean sólo un eslabón en la historia de la operación cesárea, y que hayan desaparecido de la práctica corriente, sin embargo, es necesario recordar algunos datos que permiten aclarar este problema.

Los fracasos de la cesárea clásica hicieron que Frank en 1907; reviviera los viejos procedimientos y sentara las bases de la moderna cesárea transperitoneal al imaginar su cesárea suprasinfisaria; en un principio quiso Frank llegar al útero sin abrir el peritoneo, sino despegando de la vejiga el fondo de saco vesíco uterino; pero encontró en tal empresa dificultades considerables, que pudieran determinar desgarros peritoneales, vesicales, y hemorragias graves, y en consecuencia consibió un procedimiento que siendo transperitoneal resultara extraperitoneal por el arteificio de suturar entre sí las dos hojas parietal y visceral del peritoneo, antes de abrir el útero en su segmento inferior; de los trece primeros casos operados por Frank, siguiendo su técnica, todos con buenos resultados, en la mayoría de ellos, no se pudo excluir la sospecha de infección, y sin embargo todos curaron y los niños, también salvaron. La idea primitiva de Frank era tan seductora, que bien pronto Sellheim, hubo de publicar el 1908, dos casos de mujeres operadas sin abertura previa del peritoneo, despegando éste de la vejiga; era el método extraperitoneal puro, al cual no obstante, tuvo que renunciar Sellheim en la mayoría de las ocasiones sucesivas, ante las positivas dificultades y riesgos que ya Frank había señalado; el método extraperitoneal puro, lo reservó para aquellos casos en que, hallándose poco desarrollado el repliegue vesíco uterino, tiende a desaparecer casi totalmente durante el embarazo, y en que el desprendimiento del peritoneo vesical se inicia en cierto modo fisiológicamente, merced al útero

grávido. En los casos en que el fondo de saco vésico uterino, no estaba lo suficientemente desplazado, empleó como Frank, una técnica artificialmente extraperitoneal. En la terminología que del asunto se ha creado después, han venido designándose las técnicas artificialmente extraperitoneales de Frank y Sellheim y sus numerosas variantes y desvirtuaciones, con la denominación común de cesárea transperitoneal suprasinfisaria; expresiva de dos características: la de atravesar el peritoneo, y la de abordar al útero por su segmento inferior; a diferencia de la cesárea clásica, cuya incisión radica en el cuerpo de la matriz.

Los esfuerzos de Sellheim, sus estudios anatómicos singulares sobre el desplazamiento del punto de reflexión del peritoneo al pasar de la vejiga al útero, en el curso del parto, el éxito alcanzado en dos casos al llegar a la matriz sin abrir el peritoneo, y a pesar de los peligros y dificultades inherentes a esta clase de intervención; no era lógico que la tenacidad de los innovadores renunciaran de plano a una vía que, como la extraperitoneal parecía prometer fecundas derivaciones. Ya que resultaba excesivamente difícil, imposible muchas veces la técnica imaginada por Frank y practicada por Sellheim, y que implicaba la separación completa entre el peritoneo y la vejiga, se pensó en buscar acceso al útero, en su parte inferior, por debajo y por fuera del peritoneo, y lateralmente con respecto a la vejiga.

Era el regreso de las antiguas y ya citadas operaciones de Ritgen y Baudelocque, modernizadas y perfeccionadas.

Desde que Frank dio a conocer su técnica de cesárea segmentaria suprasinfisaria, se han descrito por muchos autores, numerosas modificaciones, variantes una de otras; habiendo personalmente adquirido experiencia con las **técnicas de Latzco, Doderlein y Küstner, y con la de Opitz, Kehrer, y Munro Kerr**; nos concretaremos solamente a estas dos últimas porque las creemos más sencillas, de fácil ejecución y de buenos resultados.

Tenemos el honor de haber introducido en el Perú la operación cesárea segmentaria en el mes de diciembre de 1937, teniendo por consiguiente suficiente experiencia para poder darla a conocer.

VENTAJAS, OPORTUNIDAD, PELIGROS E INCONVENIENTES

La cesárea segmentaria, también llamada baja, tiene en el momento actual, un lugar preferido en la terapéutica de la placenta previa central y otros accidentes y complicaciones; antes de abordar sus indicaciones, debemos referir brevemente sus características desde el punto de vista técnico que demuestran sus ventajas.

Estas se derivan del hecho que la intervención se hace en la parte inferior del abdomen, en donde el peritoneo se defiende mejor; en el espacio que queda entre la vejiga y el útero, cuyo campo operatorio puede ser más fácil y eficazmente protegido y limitado por las compresas de gasa que defienden la cavidad abdominal de la penetración del contenido uterino, causa de las peritonitis primitivas, que aparecen precozmente.

La incisión **sobre el segmento inferior** aparentemente poco espeso y resistente presenta la ventaja de ser una región no contractil o poco contractil del útero; la sutura permanece en reposo y no será, como el cuerpo del útero, solicitada por las contracciones repetidas del puerperio, lo que permitirá su mejor cicatrización, y sobre todo la herida uterina quedará cubierta por una doble hoja peritoneal, que la aislará eficazmente de la cavidad abdominal, alejando el peligro de las peritonitis tardías por separación de los bordes de la herida o el pasaje a través de los puntos del contenido séptico del útero. **El asiento de la incisión, su sutura y su peritonización** son ante todo los elementos del éxito de la cesárea segmentaria o baja.

No se debe ignorar los ligeros inconvenientes de la cesárea segmentaria; es una operación más larga y de una técnica un poco más difícil; pero estas dificultades son despreciables al lado de sus ventajas; las más inmediatas se refieren a la curación más simple, hay menos "shock" post operatorio, en razón de la no exteriorización del útero, al usar el procedimiento de P. Müller y de lo limitado en el campo de la intervención; los resultados operatorios son mejores, por que no se observan en la sutura que queda en reposo la formación de hematomas parietales, que son frecuentes en la cesárea corporal colecciones sanguíneas que se pueden infectar, y que son el punto de partida de procesos febriles; mientras que en la cesárea segmentaria o baja, por la situación de la sutura se impide estos inconvenientes.

La mortalidad en la cesárea clásica y en la segmentaria, en los casos puros es sensiblemente igual: 1½ a 2 ó 3%.

Las ventajas inmediatas son relativamente poco importantes al lado **del pronóstico lejano**, donde los resultados son mejores en la cesárea segmentaria. En efecto las consecuencias tardías de la cesárea corporal son agravadas por dos órdenes de serias complicaciones: 1º la posibilidad de fístulas útero-parietales, consecutivas al uso de material no fácilmente reabsorbible en las suturas; que hacen muchas veces necesarias la histerectomía. La formación de adherencias entre el útero y la pared del abdomen que impiden la involución de aquél y lo mantiene fijo, a veces en forma definitiva; las uniones del intestino con la herida uterina causa no rara de oclusiones consecutivas casi siempre o fenómenos de peritonitis localizada, y las adherencias del epiplón

mayor con el útero y la pared del abdomen acompañada de tracciones que hacen penosa la vida de la mujer; 2º, los peligros de roturas uterinas en el curso de gestaciones posteriores; los estudios de Couvelaire sobre la histología de las cicatrices del útero por cesárea, han demostrado que ésta se encuentra formada en la mayor parte de casos por tejido conjuntivo, pocas veces se observa una restitución muscular adintegrum como sostiene Audebert y Tourneux; en ambas circunstancias pueden producirse numerosas roturas, tanto durante la gestación así como en el parto. En 1919 Couvelaire había dado el grito de alarma y hecho las más graves reservas sobre el valor de la cicatriz en las cesáreas corporales, señalando un índice de 4% de roturas en gestaciones posteriores.

Las que parecen tener mayor tendencia a la rotura son las cicatrices del fondo (incisión transversa de Fritsch) asientan en las partes del útero de mayor potencia muscular y las **masingaietas** durante la involución puerperal. El sitio de la sutura que no se mantiene en reposo, se desvía, se produce la dehiscencia de la musculatura que no raras veces llega hasta la formación de un canal, que está separado de la cavidad peritoneal por una delgada cubierta seromuscular o conjuntiva; en este caso dicha parte tiene una resistencia muy débil, y todavía puede debilitarse más si el huevo se implanta en este canal y las vellosidades de la placenta corroen la delgada capa de cubierta. Lo mismo se ha observado aunque con menos frecuencia, en la incisión longitudinal de la pared anterior.

Estas complicaciones no se presentan en la cesárea segmentaria o baja en primer lugar por el asiento de la sutura en un lugar de reposo, por el uso sistemático del catgut que se reabsorbe con rapidez, y por la cicatrización perfecta de la herida; además las roturas secundarias de la cicatriz en esta clase de intervenciones son excepcionales tal como lo han demostrado Chatillon, Phaneuf y sobre todo Wetterwall. Sin embargo Bonnet, que ha logrado reunir 37 casos de roturas de la cicatriz de cesáreas segmentarias, cree que este accidente puede producirse cuando la incisión compromete el cuerpo del útero, o la placenta está insertada viciosamente o ha habido infección anterior.

De acuerdo a nuestra experiencia personal podemos afirmar que las roturas de la cicatriz de las cesáreas segmentarias no son tan excepcionales como se afirma, nosotros llevamos observados más de diez casos que los daremos a conocer próximamente.

La buena cicatrización del útero en las cesáreas segmentarias, su gran solidez, su fácil muscularización es otra ventaja de esta operación; por que permite la evolución de nuevas gestaciones sin accidentes pudiendo en muchos casos producirse el parto espontaneo sin complicaciones; tal como lo hemos observado en muchos casos que han sido dados a conocer.

Por las ventajas inmediatas, así como por la rareza de las complicaciones tardías, y a pesar de las dificultades aparentes de la técnica, la cesárea segmentaria ha realizado en la terapéutica de los casos puros un progreso evidente; ella ha reemplazado en las operaciones profilácticas a la cesárea corporal.

En el grupo de las operaciones de necesidad, la cesárea baja o segmentaria, permite intervenir en condiciones satisfactorias en los casos sospechosos, después de trabajo prolongado, con membranas rotas desde largo tiempo, con intento de extracción del feto por vía vaginal; y sobre todo ha hecho posible la prueba del trabajo en los casos de pelvis límites, en las cuales antes se abusaba de las operaciones profilácticas.

Con los perfeccionamientos de la técnica y la disminución de los peligros de la operación cesárea, van aumentando cada vez más las complicaciones del parto en que se recurre a esta intervención para librar a la madre y al feto de los peligros en que se encuentran. Pero siendo muy justificado este amplio uso de la cesárea, hay que estar preparado, sin embargo, contra el peligro de recurrir a ella pasando los límites de las indicaciones obstétricas precisas y empleando sin más razón, que la de ser fácil su técnica para cualquier médico con práctica quirúrgica, en tanto que el tratamiento expectante del parto exige conocimientos de la fisiología obstétrica, gran experiencia, que sólo se adquiere después de haber pasado muchas horas y días al lado de la parturienta. No hay que olvidar que la operación cesárea, a pesar del grado de perfeccionamiento que ha alcanzado, produce todavía una mortalidad operatoria de hasta el 3%. Debe pensarse no sólo en la mortalidad sino también en la **esterilidad**, que sobreviene después de la primera cesárea y que afecta, según las estadísticas, a los dos tercios de las operadas; y hay que tener en cuenta, asimismo, el peligro **de la rotura de la cicatriz**, en un embarazo posterior, riesgo evidentemente muy escaso desde que se emplea la cesárea segmentaria.

Cuanto más pronto se practique la cesárea, tanto menores son sus riesgos, pero tanto mayor es el peligro de violar la indicación pues un empleo profiláctico excesivo de la operación cesárea, lleva inevitablemente a que se opere sin necesidad a muchas parturientas.

La Obstetricia de nuestro tiempo dista mucho de aquella que sólo encontraba justificada la operación cesárea cuando sobrevenia un peligro agudo para la madre o para el feto. Con mucha razón, se considera hoy, que todo peligro para la una o para el otro que puede preverse antes del parto, y para el cual no hay otro recurso que la cesárea, justifica el empleo profiláctico de esta operación.

Corresponde pues al médico y también a la partera, la importante misión de descubrir a tiempo estos peligros, examinando cuidadosamente a la paciente al final del embarazo y al iniciarse el trabajo del parto; y también le corresponde la de enviar el caso a la clínica oportunamente, sin esperar a que se presente la complicación y se hagan desfavorables las condiciones para intervenir.

La dificultad está, en que para disminuir los riesgos operatorios debe operarse lo antes posible, en tanto que sólo operando tarde se puede evitar en ciertos casos, operaciones innecesarias. Razón demás para formular con la mayor precisión y claridad posibles las indicaciones de la operación cesárea, y para atenerse siempre a ellas con el más grande rigor y honradez.

Indicaciones de la Operación Cesárea Segmentaria

Las principales indicaciones de la operación cesárea segmentaria transperitoneal, ya se trate de casos puros, sospechosos o infectados, sin compromiso del estado general de la mujer son los siguientes: **estrecheces pelvianas exageradas** con un conjugado verdadero de menos de 8 cm.; **pelvis asimétricas** fuertemente deformadas; **pelvis límites** con un conjugado verdadero de 9½ cm. después de la prueba de trabajo; presentaciones y posiciones fetales desfavorables: presentación de **parietal posterior, de frente enclavada, de cara con mentón dirigido hacia atrás**; en la **posición longitudinal** alta: occipitosacra u occipito púbica, si la acción de las contracciones fracasa; en la **situación transversa**, cuando hay ruptura prematura de las membranas, sobre todo en las primíparas, en **las presentaciones de hombro** cuando la vida de la madre no está en peligro y no hay retracción del útero que la transforma en "hombro descuidado"; **la retracción o tétanos uterino**, con feto vivo y huevo abierto, aunque hayan pasado muchas horas de la rotura de las membranas; **la primiparidad con malformación uterina**; **las presentaciones de nalgas** cuando se complican con estrechez pelviana, tumores y malformaciones uterinas, anomalías de la dilatación, feto grueso en primíparas añosas. La primiparidad en las mujeres añosas, puede indicar la cesárea baja cuando se **trata de un feto valorizable**, es decir sin posibilidades de tener otro, difícilmente obtenido y raro, y siendo seguramente el primero y el último que tendrá la madre, son estas indicaciones que deben pesar sobre nuestra decisión y que nos obligan a alejar todo peligro para el niño y a proceder a su intervención.

Los tumores que obstruyen el pasaje del feto a través del conducto del parto; sólo constituyen una indicación de cesárea cuando por su asiento, o por mucho espacio que ocupan, hacen imposible el parto por vía natural. Puede tratarse de: **miomas previos, quistes del ovario**, que no pueden ser rechazados

hacia arriba, especialmente los de desarrollo intraligamentoso; los **tumores de la pared pélvica: osteosarcomas, fibromas, encondromas, exostosis, conglomerados de ganglios linfáticos** retroperitoneales tuberculosos, etc. Con ocasión de la operación cesárea, se extirpará el tumor siempre que sea posible.

Estrecheces cicatriciales de la vagina y del cuello.— Las estrecheces y las oclusiones cicatriciales del conducto del parto, ya sean congénitas, o producidas por heridas, inflamaciones, agentes cáusticos o actos quirúrgicos, hacen precisa la operación cesárea cuando impiden que el parto tenga lugar por las vías naturales y cuando no pueden ser vencidas por medio de una intervención quirúrgica.

Las estenosis del cuello, tales como la rigidez anatómica, cicatricial, sífilítica, en las que la posibilidad de infecciones latentes o declaradas; la cesárea segmentaria tiene otra indicación, sobre todo cuando la esclerosis es muy pronunciada o ha invadido la mayor parte del cuello; practicada desde el principio del trabajo del parto, aprovechando el mayor desarrollo del segmento inferior, permite conseguir por este procedimiento salvar a un gran número de mujeres de accidentes tan graves como las roturas del útero, infecciones puerperales, y muertes consecutivas de éstas y del feto.

La ventro fijación del útero; cuando este órgano ha sido fijado por una operación anterior, puede ser necesaria la cesárea, porque el parto por la vía natural sea imposible, ya a causa de la flexión exagerada y rígida del cuerpo sobre el cuello del útero, ya porque el orificio externo haya sido desplazado muy hacia arriba y atrás. Por el contrario, la **simple conglutinación del orificio externo del cuello** que no depende más que de ligeras adherencias de la mucosa de este orificio, no es motivo para hacer operación cesárea; pues se hace fácilmente desaparecer por distensión o con movimientos de vírgula hechos con el dedo índice.

Para evitar los peligros que ofrece el parto por las vías naturales. En los procesos graves de los órganos genitales externos; como por ejemplo grandes **masas de condilomas, flegmones, eczemas saniosos de la vulva,** supuraciones de las **glándulas de Bartolino, forúnculos,** etc., es muchas veces conveniente practicar la operación cesárea, recubriendo y aislando cuidadosamente la región enferma.

Las **várices de la vulva y de la vagina** sólo hacen necesaria la operación cesárea cuando son extraordinariamente voluminosas y hay seria amenaza de que se rompan o cuando han dado ya lugar a una abundante hemorragia que tuvo que ser cohibida. Las várices vaginales son más peligrosas que las de la vulva, pues es más difícil practicar ligaduras mediatas sobre ellas.

También puede ser necesaria en algún caso, practicar la operación cesárea a causa de **un gran hematoma de la vulva**, pues ésta y la vagina quedan ocluidas, y si se incide hay peligro de intensa hemorragia y de infección secundaria.

El edema de la vulva puede obligar a la cesárea, cuando por su intensidad y extensión ha dado lugar a gangrena de los tejidos. Si se trata de casos sencillos y corrientes, basta, por el contrario, evacuar el líquido mediante agujas de punción y comprimiendo la parte, con lo cual disminuye o desaparece la tumefacción.

En el carcinoma del cuello uterino.— Diagnosticado durante el embarazo es imprescindible la operación cesárea por las tres razones siguientes: 1º porque la infiltración carcinomatosa dificulta o impide por completo la dilatación del cuello; 2º porque el cuello carcinomatoso, infectado siempre, es un grave peligro de infección puerperal; 3º porque de todos modos es necesario practicar la extirpación total una vez evacuado el útero, siendo este procedimiento el que da mejores resultados.

La rotura del útero ocurrido en un parto anterior, y luego curado, lo mismo que la existencia de una cicatriz procedente de una fístula véscicovaginal complicada, que anteriormente ha sido operada y curada exigen con frecuencia que se recurra a la operación cesárea; pues puede ser grande el peligro de que se produzca un desgarró o rotura de cicatriz por efecto del trabajo del parto.

La placenta previa, al lado de la estrechez pélvica constituye la indicación más frecuente de la operación cesárea segmentaria de modo particular en la inserción central, cuyas ventajas ya nadie discute. Introducida por Sellheim en 1908, y luego por Schickelé, Balard, Couvelaire, Brindeau y otros; la cesárea baja tiene en el tratamiento de las hemorragias por inserción viciosa de la placenta múltiples ventajas: la defensa de la cavidad peritoneal aleja el peligro de la infección; el asiento de la incisión y la sutura uterina combate felizmente la disociación del segmento inferior que se produce, y la solución de continuidad en las fibras uterinas que resulta; esta sutura permite al útero tomar nuevamente su tonicidad completa, por lo mismo se opone a nuevas hemorragias; si se acompaña de abundante hemorragia al incidir el segmento inferior debido a su gran vascularización por la presencia de la placenta, en cambio combate las hemorragias ulteriores; finalmente la cesárea segmentaria permite ver bien el lugar de implantación de la placenta y facilita un tratamiento adecuado en caso de placenta acreta.

Esta operación actúa no sólo como profiláctica en los casos puros, impidiendo la distinción del segmento inferior y por consiguiente la producción de he-

morragias ulteriores, sino que es sobre todo una intervención de elección, o necesidad para los casos de **inserción viciosa de la placenta**, con infección latente o declarada, cuya patogenia y peligros es bien conocida.

La cesárea segmentaria está indicada en la **placenta previa central**, en las grandes hemorragias, solas o complicadas con otros accidentes, cualquiera que sea el momento en que se presentan y cuando el feto está vivo y es viable; en las distocias asociadas a: pelvis estrecha, tumor previo, cicatrices retractsiles de plásticas vaginales; cuello cicatricial de gran múltipara, esclerosis cérvico-segmentaria, cuello no dilatable de primípara, trabajo lento, hemorragia a repetición y hemorragias violentas al principio del trabajo, fracaso de los métodos obstétricos. Según nuestra experiencia personal la indicación justa y absoluta está en la **inserción central** de placenta.

También está indicada en la **pre-eclampsia grave** cuando los síntomas se acentúan a pesar del tratamiento.

En la eclampsia, en la forma grave, con convulsiones sub-intrantes o como profundo y persistente después de una convulsión, que no cede al tratamiento puede ser necesaria la cesárea para vaciar el útero.

En el desprendimiento prematuro de la placenta insertada normalmente cuando al presentarse los signos de hemorragia interna grave que son característicos del desprendimiento prematuro de la placenta, no es posible extraer el feto por la vía natural, no queda otro recurso, para salvar la vida de la madre y la del feto, si estuviera vivo que apelar con la mayor rapidez a la operación cesárea segmentaria. **La inminencia de rotura uterina** al presentarse los signos que indican este peligro, si el feto está vivo, y es viable debe practicarse inmediatamente la operación cesárea. **Si el feto está muerto**, sólo se llevará a cabo la cesárea cuando no sea posible, o se considere muy peligroso, extraerlo por vía natural mediante una embriotomía.

En algunos casos **de fiebre intra partum**, con rotura prematura de las membranas, en que la fiebre se presenta en el curso de la dilatación del cuello, si se presume que el parto será lento por rigidez de las partes blandas en primíparas, o por cualquier otro motivo se debe proceder a practicar la operación cesárea segmentaria, tomando todas las precauciones que sean necesarias.

En los padecimientos graves de la madre que no permiten un prolongado trabajo de parto, por el peligro que llevan consigo para la parturienta, siendo en estos casos preferible practicar una sencilla operación cesárea. Se trata casi siempre de **cardiopatías descompensadas, tuberculosis pulmonar, hipertiroidismo severo, tromboflebitis, diabetes, nefritis, esporidilitis, desprendimiento de la retina, neumonía, encefalitis, tumores cerebrales, esclerosis en placas, epilep-**

sia, corea y otras varias; la operación cesárea se llevará a la práctica, cuando no sea posible esperar más, ni vaciar el útero por vía vaginal.

En interés del feto cuando no es posible terminar el parto en otra forma, practicamos la operación cesárea segmentaria en la **procidencia del cordón umbilical**, en la que la vida del feto está seriamente comprometida, porque prácticamente todos los casos de procidencia con bolsa de aguas rota deben ser consideradas como impuros, y a causas del contacto del cordón con el conducto cérvico vaginal, y de los tactos repetidos; en estas condiciones cuando las tentativas de reposición han fracasado y existen, además, estrechez pelviana, posiciones viciosas del feto, placenta previa, que son causas determinantes muchas veces y el cuello uterino está incompletamente dilatado; el tratamiento quirúrgico se impone, y es la cesárea baja o segmentaria la que da la garantía más segura.

La asfixia intrauterina, que sobreviene durante el período de dilatación del cuello, antes o después de rotas las membranas y que la auscultación revela alteraciones del ritmo del corazón fetal, es también una indicación de extraer el feto por cesárea.

En la sobremadurez del feto y en la muerte habitual del mismo, con sobremadurez o sin ella; está indicado recurrir a la operación cesárea cuando se aprecia por palpación que el feto sobremaduro es de gran tamaño, y se nota por auscultación que hay, como es muy frecuente una arritmia de los tonos cardíacos; habiéndose fracasado en los intentos de inducción del parto.

Cuando se trata de casos en que los fetos mueren "habitualmente" antes del término normal del embarazo, y por lo general siempre, unos tras otros, en la misma semana de la gestación. En estas mujeres debe interrumpirse el embarazo por cesárea, antes de llegar a la semana peligrosa.

Finalmente en la indicación más antigua de la operación cesárea; todo médico está obligado, si el feto vive y es viable, a intentar salvarlo, mediante la operación abdominal, que debe practicar con la mayor rapidez posible en los primeros momentos que siguen a la muerte de la madre.

TECNICA DE LA OPERACION CESAREA SEGMENTARIA.— **Reglas Generales**

La cesárea segmentaria es una operación que no debe practicarse, sino en una clínica hospitalaria, lugar en donde se dispone de todos los recursos con que hoy cuenta la cirugía para garantizar el éxito frente a cualquier complicación. Las diferentes técnicas de la cesárea segmentaria exige una serie de detalles previos que para evitar repeticiones inútiles los describiremos a continuación; estos se refieren a la anestesia, al paciente, a los cirujanos y a los ayudantes.

Elección de la anestesia. La premedicación más aconsejable para las intervenciones obstétricas y la más usada en la Maternidad de Lima, es el sulfato de atropina en dosis que fluctúan entre un cuarto y $\frac{1}{2}$ miligramo por vía intramuscular una hora antes de la operación; en casos de emergencia, por la premura del tiempo está indicada la vía intravenosa. Esta conducta se sigue con las pacientes tranquilas, sin angustias, ni trastornos emocionales; en los casos que es necesario sedar a la paciente, se usa con buenos resultados derivados de la cloropromazina o fenotriazínicos en dosis de 25 a 50 miligramos. Proscribimos el uso de los opiáceos cuando hay necesidad de emplear Demerol o Petidina, se hace en dosis que no pase de 50 miligramos, por vía intramuscular, una hora antes de la intervención.

Elección de la Anestesia.— Está supeditado al estado en que se encuentre la madre y el feto: a) Madre y feto en buen estado, puede administrarse anestesia general o regional, (siempre que el cirujano u obstetra sea un profesional bien entrenado) en caso contrario es preferible la anestesia regional, ya que el feto está libre de los efectos nocivos de los agentes anestésicos al atravesar la barrera placentaria en concentraciones altas.

b) Madre en buen estado sufrimiento fetal: siempre anestesia regional. Con la contraindicación relativa del escape o prociencia del cordón umbilical, en que la posición en Trendelenburg exagerada es peligrosa, cuando se administra raquianestesia.

c) Madre y feto en mal estado: Si esta situación es originada por complicaciones obstétricas que se acompañan de hemorragias externas o internas (placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta con la consiguiente anemia aguda lo indicado es la anestesia general, superficial con cualquier agente anestésico por inhalación y el empleo de relajantes musculares, sobre todo del tipo despolarizante (Succinil-colina); en estos casos está formalmente contraindicado la anestesia raquídea y aún la epidural. Si el sufrimiento materno y fetal es causado por toxemia, la anestesia regional da buenos resultados pero, si la paciente está en crisis convulsiva (eclampsia) la inducción de la anestesia puede hacerse con barbitúricos de acción ultra corta, que tienen como ventaja su rapidez y efecto anticonvulsionante, continuando la anestesia con la técnica por inhalación y empleo de los relajantes musculares.

La preparación de la paciente significa afeitar el monte de venus, evacuar la vejiga dejando fija la sonda, y sedar el sistema nervioso sin opiáceos.

La preparación del cirujano, de los ayudantes y del campo operatorio es igual a la que se usa para cualquiera laparatomía.

OPERACION CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL.— Técnica de Kehrer y de Munro Kerr.

La operación cesárea segmentaria transperitoneal llamada también suprasinfisaria, intracavitaria, cérvicosegmentaria, laparotraquelotomía; se caracteriza porque llega a la matriz después de abrir la cavidad abdominal; la incisión radica en el segmento inferior detrás de la vejiga.

Incisión transversal o arciforme del segmento inferior

Tiempos operatorios. Lo fundamental en esta técnica consiste en seccionar el segmento inferior, transversalmente en este caso; se ha propuesto, sin embargo, abrirlo de diferentes maneras desde Kehrer hasta Fuschs; haremos la descripción simultánea, señalando las diferencias de ambas.

Paciente en decúbito dorsal; mesa en posición de Trendelenburg moderada; evacuación de la vejiga con sonda que se deja fija, la operación se divide en los siguientes tiempos:

1º— **Incisión de la pared del abdomen;** incisión mediana infraumbilical, desde el surco génito abdominal hasta el ombligo. Al seccionar los planos abdominales, se debe proceder con cuidado, porque en el embarazo se adelgazan tanto que es muy fácil herir los órganos subyacentes. En seguida se cubren los bordes de la herida con compresas de gasa y aseguran con los separadores colocados para exponer ampliamente la cavidad o con las pinzas que sirven para eso (pinzas fijacompresas). Por lo común una valva suprapúbica es suficiente para este objeto.

2º— **Incisión y desprendimiento del peritoneo uterino.** Descubierta la pared anterior del útero al aislar el campo operatorio con compresas, dos o tres son suficientes, se lleva hacia arriba el útero, para hacer más visible el fondo de saco vésicouterino, y a tres o cuatro centímetros por encima de éste, se escinde transversalmente con las tijeras curvas el peritoneo visceral uterino en una longitud de doce centímetros, y que se reconoce por su coloración blanquizca y su fácil laxitud, separando el borde inferior. Luego se toma este borde con una pinza en estribo o de anillo, y se desprenden suavemente las adherencias naturales tan sólo en la extensión necesaria para la incisión transversal del segmento inferior.

3º— **Incisión del segmento inferior.** Para seccionar **transversalmente** o en forma **arciforme**, con concavidad **inferior** o **superior** el istmo del útero, se inicia la histerotomía por el centro, abriendo un ojal de dos o tres centímetros, que puede hacerse con el bisturí o las tijeras de Mayo, o luego se prolonga a los lados, introduciendo los dedos índices de ambas manos y tirándolos en senti-

do contrario, disociando y divulsionando las fibras musculares, en una extensión de doce centímetros. Este proceder, de dar una dirección transversal al corte, tiene fundamentos anatómicos e histológicos: la primera secciona en la región del istmo, a las fibras oblicuas y, al arquearse, se paraleliza a ellas en más del 50 por ciento; por otro lado esta forma de incisión respeta los troncos nutricios de la región, que se disponen en sentido transversal; haciendo que la herida uterina sangre menos; además se actúa siempre en el segmento inferior; existe menos peligro de herir la vejiga y más facilidades para extraer el feto; y no se invade al cuerpo del útero, como ocurre con otras técnicas.

4°— **Extracción del feto y de los anexos ovulares.** Las membranas pueden haber estado todavía íntegras y romperse al incidir el útero, el líquido amniótico o la sangre al salir, inundan el campo operatorio, en ambas circunstancias se debe embeber gasas o servirse de un aspirador para absorberlos y poder extraer el feto; si la presentación es cefálica, se hace una aplicación ordinaria de fórceps; o si la cara es accesible, se introduce uno o dos dedos en la boca del feto y se eleva la línea facial hacia adelante y se aplica el fórceps y con ayuda de expresión se extrae o también se puede tirar la cabeza con una pinza colocada a la altura de la fontanela menor y obligarla a flexionarse (Küstner), servirse de palancas, ya sea la Sellheim o de Farabeuf, que colocada por detrás de la cabeza y apoyándose sobre la sínfisis del pubis la levanta, mientras la exterioriza con ayuda de la expresión del fondo del útero. Y si las nalgas son más accesibles, o la cabeza huye, se puede hacer versión, se tracciona desde uno de los miembros inferiores, extrayendo la cabeza por una maniobra parecida a la de Mauriceau; o también con la mano introducida por debajo de la cabeza que actúa a la manera de "calzador", mientras la otra mano "exprime" el fondo del útero. Pero para los anexos ovulares se aconseja, si la inyección ocitócica intramural o intravenosa, no desprende y se aproxima la placenta: cuando existe poca dilatación del cuello, presionar el fondo del útero, mientras se tracciona del cordón umbilical; o si hay alguna dificultad proceder a hacer la extracción manual de la placenta; esta última maniobra es la que siempre usamos.

5°— **Sutura del útero y del peritoneo visceral:** se toman los bordes de la herida uterina con pinzas de anillo, y los ángulos con pinzas largas, se introduce una gasa grande en la cavidad uterina, que se fija por fuera con una pinza y se retira después antes de terminar la sutura; luego se hacen dos planos de sutura: el primero con puntos continuos que atraviezan todo el espesor de la pared y salen en puntos simétricos, con catgut simple N° 2; y el segundo que cubre al anterior y afronta la pared restante, inclusive ese espesamiento superficial que tiene a veces consistencia de fascia; se hace también,

sutura continua, con catgut simple N° 2; hay algunos que usan puntos separados y emplean catgut crómico, que nosotros lo desechamos.

Luego se rehace el peritoneo visceral afrontando y uniendo sus bordes, con sutura continua con catgut simple N° 1; algunos a fin de proteger más cumplidamente el peritoneo de la contaminación secundaria que puede venirle del útero, aconsejan imbricar el colgajo inferior en una forma que el útero lo cubra y haga posible suturarlo de nuevo a la matriz.

6°— **Cierre de la pared del abdomen:** Esta se sutura en tres planos: primero el peritoneo con sutura continua con catgut simple N° 1; segundo la aponeurosis con puntos separados con catgut crómico N° 2; y tercero la piel con hilo, puntos separados de Pack.

Con el objeto de evitar las temibles peritonitis en los casos sospechosos o infectados, la Escuela Argentina con Manuel Luis Pérez y Echevarría han recomendado la colocación de sulfodrogas o antibióticos en la cavidad abdominal; para lo cual una vez cerrada la pared del útero se distribuirán polvos de sulfodrogas preparadas especialmente para este objeto, en cantidades de 4 a 6 gramos, que se colocan sobre la sutura de la gran serosa y en las partes bajas del peritoneo hasta el fondo de saco de Douglas; todo esto después de haber extraído los líquidos y coágulos que se hubieran acumulado allí. Terminada la distribución de las sulfodrogas se baja el epiplón mayor por delante de la sutura peritoneal.

En los casos que se va a depositar antibióticos en el abdomen, ya sea junto con las sulfodrogas o estos solamente; entonces para derramarlos se debe esperar que esté por terminarse la sutura del primer plano de la pared del abdomen; y esto porque como los antibióticos se disuelven en agua, colocándolos simultáneamente con las sulfodrogas, con el vientre abierto, se produciría su derrame fuera de esta cavidad. De modo que antes de dar fin a la sutura de la serosa parietal, se procede a inyectar en el interior del abdomen por el pequeño ojal que aún queda, con una jeringa el antibiótico elegido (1'000,000 de unidades de penicilina con un gramo de estreptomocina, disueltas en 5 cc. de agua bidestilada estéril).

En el postoperatorio se continuará la antibiótico-terapia parenteral por varios días, en todos los casos y con mayor razón en los impuros, se inyectará por vía intramuscular 1'000,000 de unidades de penicilina con un gramo de estreptomocina en las 24 horas, por espacio de cuatro o cinco días.

En resumen la característica fundamental de la técnica de Kehrer o de Munro Kerr, está en que la incisión del segmento inferior es de dirección transversal o arciforme, con estas técnicas hemos obtenido los mejores resultados, de modo particular con la primera.

Complicaciones: Las complicaciones de la cesárea segmentaria transperitoneal pueden dividirse en dos clases: Inmediatas cuando se presentan durante la operación; y mediatas cuando aparecen un tiempo después.

Entre las primeras, la más importante es la hemorragia, que puede proceder de la herida de la pared o del sitio de implantación de la placenta; se corrigen por la sutura rápida y el uso de ocitóxicos: Sintocinón, Metergín, Ergotrate, etc. También debe tenerse presente las hemorragias producidas por afibrinogenemia o hipofibrinogenemia y que se combaten con transfusiones de sangre fresca o inyecciones de fibrinógeno humano, de uno hasta cuatro gramos. En el curso de la operación puede herirse la vejiga, debiéndose suturarla inmediatamente en dos planos y colocar una sonda permanente durante diez días. La embolia gaseosa es muy rara.

Entre las complicaciones mediatas, la más importante es la peritonitis que conduce a la muerte; puede producirse por contaminación primitiva o secundaria, como consecuencia de la abertura de la cicatriz, es relativamente rara en la cesárea segmentaria.

En la cesárea suprasinfisaria existe predisposición para las infecciones venosas; y la flegmasia alba dolens, es bastante frecuente, así como las embolias; felizmente este tipo de complicaciones se ve muy rara entre nosotros.

La oclusión intestinal, que se observa en la cesárea clásica, muy rara vez se presenta en la segmentaria; lo mismo puede decirse de las ventrofixaciones, de las fístulas útero parietales, y de las diastasis de los rectos.

Pronóstico: El pronóstico de la cesárea segmentaria transperitoneal varía según el momento de su ejecución; las condiciones de asepsia, sin tactos, con bolsa de las aguas rota, con tentativas de extracción; según la indicación: estrechez pelviana, placenta previa, procidencia de cordón; y según también, las complicaciones ocurridas durante ella. La mortalidad materna en los casos puros es de 2%; pero en las sospechosas o infectadas la mortalidad materna oscila entre 4% y 7%, pudiendo llegar hasta el 7.5%.

En lo que respecta a la mortalidad según las indicaciones es indudable que la placenta previa, y los casos de distocia compleja son los que proporcionan un índice más elevado.

La morbilidad por infección puede llegar también, a límites considerables, predominando los procesos de endometritis, de flebitis (flegmasia alba dolens); supuraciones de la pared abdominal.

La mortalidad fetal es mínima en el curso de la cesárea segmentaria del 0.8% al 2.7%.

Los niños extraídos por cesárea no ofrecen ninguna particularidad; respiran tan luego se sacan del útero; pero algunas veces transcurren algunos minutos antes de que hagan la primera inspiración; siguen un desarrollo ulterior normal; y la cesárea no tiene ninguna influencia en el porcentaje alejado de sus muertes.

SUMMARY

This is a review of the indications, possibilities and limitations of the segmentarian cesarean operation. The author introduced this type of procedure in Peru in 1937; on the basis of his personal experience he has prepared this article directed not to the obstetrician but to the general surgeon faced with the necessity of this surgical treatment. Dr. Bazul remarks that this procedure has its better indication in the cases of placenta previa centralis, and advices about the type of anesthesia according to the status of both the mother and fetus.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Manuel Luis Pérez: Tratado de Obstetricia. Tomo III. Págs. 435 al 443.
- 2.— Juan León: Tratado de Obstetricia. Tomo III. Págs. 436-443.
- 3.— Víctor M. Bazul: Contribución al Estudio de la Operación Cesárea Segmentaria Págs. 71-79-121.
Tesis Doctoral U. N. M. S. M. Facultad de Medicina, 1941.
- 4.— H. Martius: Operaciones Obstétricas - Págs. 204-210-216-226.
- 5.— Winter Naujoks: Tratado de Obstetricia Operatoria - Pág. 283-294-297-303.