

ACTUALIZACION DE LA TECNICA DE LA OPERACION CESAREA EN EL INSTITUTO MATERNIDAD "ALBERTO PERALTA RAMOS"* , Buenos Aires

(1) DOMINGO RAIMONDI. (2) ALDO PIOVANO. (3) ALBERTO OSES. (4) ADALBERTO TORRES LOPEZ

Desde que se inició la era de la cesárea segmentaria o baja con incisión longitudinal del segmento (Opitz) o arciforme (Fuchs, Munro-Kerr), con histerorráfía en dos planos uniperforante total y el segundo no perforante, se observó que en un segundo embarazo o parto podía provocar la dehiscencia de la cicatriz que deja la operación; de ahí que en muchos partos se aceptó y se acepta como dogma intervencionista el "slogan" de "Once cesarean, always cesarean", no nosotros no adoptamos.

El estudio histológico de esas cicatrices, llevados a cabo por diversos autores, demostró que ellos están constituídos predominantemente por tejidos cicatrizal conjuntivo y pueden presentarse inclusiones de endometrio que todos los meses sufrirían las transformaciones cíclicas propias del influjo hormonal ovárico, creando en esas zonas un foco de menor resistencia, de debilidad de la cicatriz y además el tejido conjuntivo cicatrizal no se deja distender como el miometrio y con mucha frecuencia se adelgaza y se rompe con facilidad. De ahí que sea sugerido por Daiser, de Austria, que el segundo plano de sutura resta circulación al primer plano, que queda encerrado o cubierto por él, y produce una leve o marcada isquemia que dificulta la buena cicatrización del primer plano. Además, la colocación de puntos perforantes totales en el primer plano favorece la interposición de decidua entre los bordes de la herida. Es por ello que la primera experiencia llevada a cabo por Potter y Johnson, suturando en un solo plano, el tercio externo de la pared uterina, en la operación cesárea corporal, a puntos separados a uno y medio centímetro uno de otro, con seda fina, le permitió observar en enfermas re-intervenidas que la cicatriz obtenida de esa manera reunía condiciones muy favorables; la unión

1. Profesor Adjunto de Obstetricia. Universidad de Bs. Aires. Sub-Jefe del Dpto. de Obstetricia.

2. Docente Autorizado y Jefe de Clínica. III Cátedra de Obstetricia. Universidad de Buenos Aires.

3. Adscrito a la III Cátedra de Obstetricia. Universidad de Buenos Aires.

4. Médico Becario Peruano (1965/67), del Instituto de Maternidad A. Peralta Ramos. Tomás Ramsey 245 - Magdalena del Mar - Lima (Perú).

(*) Tercer Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología.

se hacía músculo a músculo, sin interposición de tejido conjuntivo ni de mucosa; sólo se observó tejido de granulación alrededor de los hilos de seda. Así, ellos han publicado en 1961 1,500 cesáreas segmentarias y corporales, y siempre en las re-operadas, el estudio histológico les demostró que el tejido cicatrizal era mínimo, y las dehiscencias de la cicatriz casi no se observaron.

Desde 1956 uno de nosotros, sin conocer estas experiencias anteriores, decidió suturar el segmento inferior en un solo plano con sutura a puntos continuos pasados con cromado 2; con puntos perforantes totales; nuestra decisión se basaba exclusivamente en que la finalidad de la sutura es afrontar y cerrar la brecha y obtener la hemostasia, en el puerperio esa sutura no va a ser sometida a tensión alguna, pues el segmento inferior se pliega y la involución uterina disminuye cada día más, la longitud de la cicatriz. Además, y fundamentalmente, el segundo plano tenía por objeto tratar de aislar en el mayor grado posible la cavidad uterina casi siempre infectada en las primeras cesáreas segmentarias, realizadas a fines del siglo pasado, ya que la peritonitis era la complicación más frecuente. Hoy se opera pocas veces con cavidad uterina infectadas y además el uso de los antibióticos ha hecho desaparecer esa grave complicación; de ahí que nuestra técnica original tenía por objeto suprimir el segundo plano, ya que éste a veces es muy difícil de ejecutar, se dislacera o se rompe el útero y obliga a hemostasias repetidas y por sobre todo porque hemos tenido oportunidad de hacer autopsias de pacientes muertas por peritonitis, que tenían verdaderas necrosis del útero, allí en las zonas donde se habían colocado varios puntos de refuerzo para detener la hemorragia.

Un trabajo de B. Neme, de Brasil, aparecido en 1961, nos informó de los conceptos de Potter y Johnson y de Daiser y desde entonces utilizamos catgut más fino cromado 0, o catgut simple 1, siempre en surget a puntos pasados. Nunca ponemos puntos separados y tratando de no perforar la mucosa, confirmado este concepto por experiencias hechas en animales por Poidevim, de Australia. De manera que la técnica propuesta que se utiliza desde 1956, ha ido imponiéndose progresivamente en el ambiente del Instituto de Maternidad "Alberto Peralta Ramos", con resistencia marcada por parte de algunos cirujanos, pero desde 1961 se ha adaptado en distintas clínicas de Buenos Aires y hoy pasan seguramente en muchos miles los casos operados con esta técnica simple, que en definitiva consiste en cerrar el útero en un solo plano de sutura de la histerotomía arciformes, que es la de nuestra preferencia desde hace 30 años; tomando el tercio interno del borde uterino, evitando a todo trance la inclusión de la decidua, utilizando catgut fino, cromado, pero si después de realizado el cierre de la pared quede algún punto sangrante, con cat-

gut simple cero, aguja redonda fina, por transfixión en X se obtiene la hemostasia, se peritoniza con vejiga, cierre de la pared por planos. Si debemos agrandar la incisión longitudinalmente y seccionar el cuerpo uterino, a éste también lo suturamos en un solo plano, en el tercio externo. Es así que hemos tenido partos espontáneos al año de la primera cesárea, con embarazos simples y con embarazos múltiples y que hasta el momento no hemos tenido inconvenientes.

Creemos que la técnica de la operación cesárea ha evolucionado favorablemente de esta manera, abandonando definitivamente el segundo plano de sutura, como se hace también en cirugía gastrointestinal, pues resulta isquemante, y favorece la necrosis de la pared. Además, la cicatriz del útero es la única que cada día que pasa se reduce más, de manera que la pared muscular tiende espontáneamente a adherirse entre sí; la utilización de hilos gruesos produce la aparición de tejido de granulación, que reemplaza al tejido muscular.

RESUMEN:

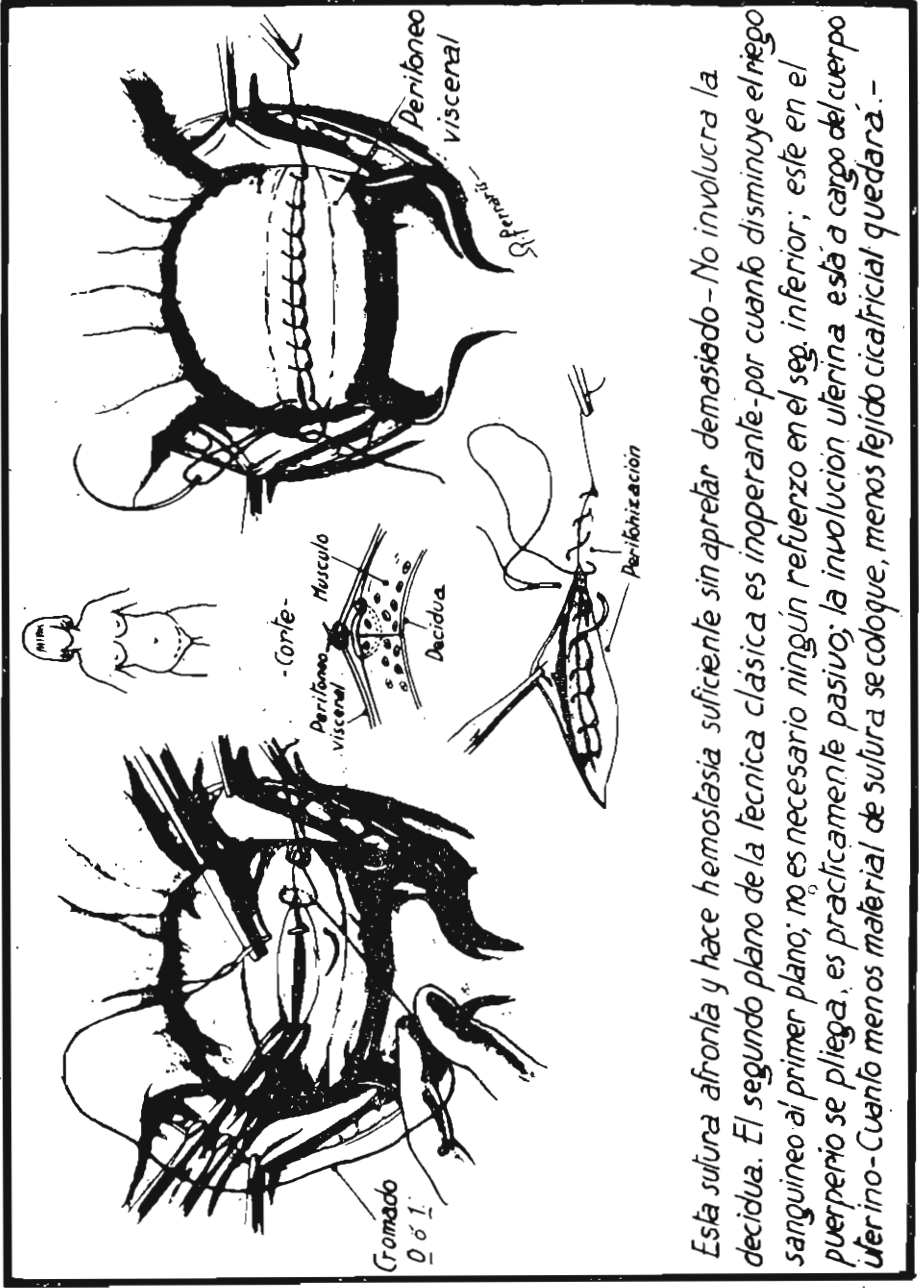
- 1) Se analiza los conceptos modernos que debe regir la realización de una sutura uterina.
- 2) Se da a conocer el procedimiento ideado por uno de nosotros (Dr. Domingo Raimondi), utilizado desde 1956 y simplificado desde entonces hasta utilizar desde 1961 una técnica cada vez más sencilla, avalada por estudios experimentales, anátomo-patológicos y clínicos-quirúrgicos.

SUMMARY

The authors revises the modern concepts for the adequate uterine suture. They presents a procedure designed by one of them in 1956 with experimental, pathological as well as surgical studies.

OPERACION CESAREA

HISTERORRAFIA EN UN SOLO PLANO (1956) - TECNICA DEL DR. RAIMONDI



Esta sutura afronta y hace hemostasia suficiente sin apretar demasiado - No involucra la decidua. El segundo plano de la tecnica clásica es inoperante - por cuanto disminuye el riego sanguineo al primer plano; no es necesario ningún refuerzo en el seg. inferior; este en el puerperio se pliega, es practicamente pasivo; la involucion uterina está a cargo del cuerpo uterino - Cuando menos material de sutura se coloque, menos tejido cicatricial quedará. -

BIBLIOGRAFIA

- 1.— POTTER, M. AND JOHNSON, D.C.: *Am. J. Obst. and Gynec.* 1954, 67: pág. 760.
- 2.— POIDEVIN, L. O. S.: *Cesaren section scars*. Thomas Ch. C. 1965.
- 3.— B. NEME: *Sinopsis Obst. y Ginec.* 1960. VII: pág. 266.
- 4.— POTTER M. AND ELTON, N. W.: *Am. J. Obst. and Gynec.*, 1942, 43: 303
- 5.— RAIMONDI, D.: *Bol. Soc. de Obst. y Gin. de Es. As.*, 1961, XL: 560, 64
- 6.— RAIMONDI, D.; PIOVANO, A. E.: *Revisión de la técnica de la operación cesárea. Experiencia con la Histerorrafia en un solo plano. Jornadas Quirúrgicas 25 aniversario. Asunción, Paraguay (En prensa), 1967.*