

LA SINFISIOTOMIA DE ZARATE *

Por el Dr. JOSE RABAGO,
académico de número.

La pelvotomía es una operación que ha tenido varias etapas de estar en uso y en abandono. En el siglo XVIII, antes de la asepsia y de la antisepsia, cuando la operación cesárea era mortífera al grado de que la mayoría de los parteros llegaron a considerarla como criminal, la invención de la sinfisiotomía por Sigault fué recibida con aplauso, pues proporcionaba la oportunidad de obtener un feto vivo sin riesgo de muerte para la madre.

Al advenimiento de la antisepsia y de la anestesia, mejoró extraordinariamente el pronóstico de la operación cesárea, y la pelvotomía perdió terreno; sin embargo, el índice de mortalidad de la cesárea era elevado, sobre todo si se practicaba durante el trabajo de parto avanzado y después de maniobras vaginales. Entonces, a insistencias de Morisani, volvió a practicarse la pelvotomía; Pinard y Farabeuf en Francia estudiaron a fondo la sinfisiotomía; Gigli inventó su hilo sierra para cortar el pubis; Doderlein inventó su aguja para la pubiotomía subcutánea, a la que rebautizó con el nombre de hebestotomía.

Poco tiempo duró la moda de la pelvotomía, pues nuevos perfeccionamientos técnicos de la operación cesárea permitieron operar, con gran margen de seguridad, a las pacientes en trabajo de parto.

Al iniciarse el que habla en la cirugía obstétrica tan sólo se oía hablar en México de una que otra sinfisiotomía, practicada por parteros de las generaciones anteriores.

En los años de 1924 y 1925, Zárate y Palacios Costa, de Buenos Aires, en sendas comunicaciones a la Sociedad de Obstetricia y Gineco-

* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 20 de octubre de 1948.

logía de París, hicieron conocer la técnica del primero de ellos, que es una modificación de la técnica de Franck; con la cual, decían los argentinos, no se presentaban los accidentes y complicaciones que habían desahabilitado a la sinfisiotomía de Farabeuf.

La sinfisiotomía de Zárate ha sido llamada sinfisiotomía frenada o "partialis", pues conserva a la sínfisis sus ligamentos anterior y superior y frena la separación de los cabos púbicos, por la distensión de las fibras de los músculos oblicuos del abdomen que se entrecruzan en la línea media supra-púbica y se insertan sobre el ligamento superior de la sínfisis.

De este modo, según Zárate, la separación de los cabos púbicos no van más allá de tres a cuatro centímetros, y esta separación no tiene influencia sobre las articulaciones sacro-iliacas y no provoca la gran distensión de las partes blandas sub-púbicas, que determinan los desgarros de vejiga y uretra tan comunes en las antiguas sinfisiotomías.

Zárate y algunos otros parteros pensaron que la sinfisiotomía había resuelto el problema del parto en las estenosis pélvicas relativas y aun creyeron que, dada la sencillez de su técnica, estaba al alcance del médico práctico; pero, como veremos más adelante, es tan difícil precisar su indicación que se necesita la experiencia del partero especializado. Sin embargo, se ha practicado ampliamente en las maternidades argentinas, viéndose que Peralta Ramos en el transcurso de dos años, de 1931 a 1933, la ejecutó 37 veces y existiendo estadísticas de 104 casos (Falsía), de 50 casos (Iraeta), etc.

Pero viene de nuevo una mejoría en el pronóstico de la operación cesárea con el uso de la sulfamido-terapia intra-peritoneal y la penicilina y descende la importancia de la sinfisiotomía.

En Cuba, donde fué introducida por Eusebio Hernández y donde se usa habitualmente la técnica subcutánea de Ortiz Pérez, también se van restringiendo sus indicaciones.

Para no mencionar más que a los exponentes más distinguidos de ambos países, transcribiré las más recientes opiniones de Peralta Ramos y Ramírez Olivella.

Dice Ramírez Olivella: "En estos últimos años los obstetras cubanos han restringido un tanto la práctica de la sinfisiotomía. Es una operación a la cual no recurrimos deliberadamente y el partero, frente a una desproporción céfalo-pelviana previamente reconocida, la resuelve casi siempre con miras a la operación cesárea. Estimamos que la sinfisiotomía consti-

tuye un *utilísimo* recurso terapéutico, ocasionalmente en presencia de un síndrome de insuficiencia céfalo-pelviana hasta entonces ignorado el en que la hora de la operación cesárea, sin riesgos para la madre, ha pasado. Aun queda la sinfisiotomía para salvar el feto que permanece vivo."

Dice Peralta Ramos: "Poca mención se hace en los últimos años de las pelvotomías. Ciertamente es que estas operaciones, fuera de Alemania y América Latina, nunca tuvieron gran difusión en la mayoría de los países civilizados."

"La sinfisiotomía no ha satisfecho a la mayoría de los tocólogos no experimentados y médicos prácticos, incapaces de recurrir a ella, cuando deben proceder por su sola cuenta. El procedimiento "per se" no les resulta atrayente. Es que las pelvotomías están rodeadas de escollos que acechan peligros de complicaciones inmediatas y de graves secuelas, cuando no se precisan con rigor las indicaciones, oportunidad y condiciones favorables, que sólo el especialista experimentado es capaz de valorar."

Después de enumerar los progresos técnicos y farmacológicos que han mejorado el pronóstico de la cesárea, continúa Peralta: "Esto se traducirá cada vez más en beneficio de la operación cesárea y en detrimento por lo tanto de la sinfisiotomía. Nada tendrá que hacer ya la sinfisiotomía en la distocia compleja. Poco o nada cuando de antemano se puede prever que, después de la operación, el parto se deba terminar artificialmente y, aun cuando pueda terminar espontáneamente, se le practicará con mucha prudencia y reserva si la presentación cefálica está por encima del estrecho superior."

"La sinfisiotomía resultará el mejor recurso, si las condiciones son favorables y la presentación cefálica se encuentra fuertemente apoyada y configurada, verdaderamente enclavada. Bastaría la sección de la sínfisis para que la cabeza encaje y descienda."

INDICACIONES

Los lineamientos que hemos adoptado son los señalados por Manuel Pérez en su Tratado de Obstetricia.

Para que pueda tener éxito la sinfisiotomía como tratamiento de la distocia pélvica es necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

1º La estenosis debe ser moderada, es decir, que el acortamiento del diámetro promonto-retro-púbico no sea mayor de 2 cm. o $2\frac{1}{2}$, es decir,

que dicho diámetro pase de 8 centímetros en las pelvis planas y de 8½ en las uniformemente estrechas.

Si la operación se practica con diámetros pélvicos más cortos sería necesaria una abertura de la sínfisis mayor de los cuatro centímetros que deben obtenerse con el método de Zárate; y entonces al abrirse más la sínfisis vendrán las complicaciones de lesión de las articulaciones sacro-ilíacas o de los órganos retro-púbicos, convirtiéndose la sinfisiotomía *frenada* en una sinfisiotomía *desenfrenada*, como dice graciosamente Ramírez Olivella.

2º Que el canal blando del parto no presente obstáculos a la progresión del feto. Por lo tanto, la dilatación del cuello debe ser completa, o *fácilmente* completable. Asimismo, la vagina y el perineo deben ser elásticos y, en caso contrario, se seccionan ampliamente con episiotomía y aún con la incisión paravaginal de Schucardt.

Con respecto al grado de dilatación existe discrepancia entre los parteros cubanos y los argentinos; pues aquéllos consideran que la sinfisiotomía puede hacerse antes de la dilatación completa, pues "precisamente en los casos de rotura prematura o precoz de las membranas, con síndrome de insuficiencia céfalo-pelviana, la dilatación permanece estacionada cuando la distocia se prolonga y el orificio uterino se torna grueso y edematoso; una vez seccionada la sínfisis, la cabeza desciende, el edema desaparece y el orificio uterino se dilata" (Olivella).

3º Que la potencia del motor uterino esté conservada; con objeto de lograr el parto por la acción sola de la contracción y sin recurrir a maniobras.

4º Que el feto esté vivo; de lo contrario no cabe la sinfisiotomía sino la basiotripsia.

Si nos ajustamos *estrictamente* a estas condiciones, veremos que es difícil encontrarlas reunidas, pues cuando en un parto la cabeza fetal no va descendiendo hacia la excavación pélvica, la dilatación del cuello es lenta, y muchas veces no pasa de 4 a 5 centímetros, y de ahí en adelante hay tendencia a la rigidez del cuello por infiltración sero-sanguinolenta.

Por otra parte, el músculo uterino, en su lucha contra el obstáculo óseo, tiene *tendencia* a la contractura o a la *inercia*.

Para comprobación de lo asentado vemos que en los años de 1938 a 1940, se atendieron en la Maternidad del Hospital General de México,

11,596 partos y entre esta cifra hubo 43 casos de desproporción céfalo-pélvica que se resolvieron quirúrgicamente: 39 por cesárea y 4 por sinfisiotomía; de ello resulta que se practicó aproximadamente una sinfisiotomía por cada 9 cesáreas.

La estenosis pélvica ha dado motivo a la operación cesárea en un caso sobre 294 y la sinfisiotomía se ha practicado en un caso sobre 2898. Además de los casos de estenosis pélvica, la sinfisiotomía encuentra indicaciones en los casos de exceso de volumen de la cabeza fetal, consecutivo, ya sea a desarrollo excesivo del feto, ya sea a una actitud anormal de la cabeza, como en las presentaciones de frente o de sincipucio.

La han practicado algunos parteros en partos pélvicos, en los que la cabeza última no ha podido franquear el estrecho superior.

TECNICA OPERATORIA

A continuación damos la técnica de la sinfisiotomía de Zárate.

1. Antisepsia de la región del púbis y porción anterior del abdomen y órganos genitales externos.

2. Anestesia, que puede ser general o local. Zárate prefiere anestesia general. Nosotros no hemos ensayado la local.

3. Dos ayudantes mantienen a la enferma con la pelvis a la orilla de la mesa obstétrica y los miembros inferiores flexionados fuertemente hacia el abdomen y en abducción forzada. Olivella prefiere mantener los miembros inferiores sostenidos por los portapiernas usuales de la mesa obstétrica.

4. Se sondea la vejiga, dejando la sonda puesta para percibir fácilmente la uretra.

5. Se introducen los dedos de la mano izquierda en la vagina, los cuales desviarán hacia un lado la uretra y tomarán contacto con la cara posterior de la sínfisis.

6. Con un bisturí de hoja fija y con su porción cortante como de 5 centímetros de longitud, se puncionará perpendicularmente la región púbica a 5 milímetros abajo del borde superior de la sínfisis, hasta encontrar el fibro-cartilago articular, al cual perfora, hasta que la punta del cuchillo es percibida por los dedos vaginales.

7. Entonces se imprimen al cuchillo pequeños movimientos de vaivén, al mismo tiempo que se va levantando el mango del cuchillo hasta que quede casi horizontal sobre el abdomen. Con esto se logra seccionar todo el fibro-cartilago y se llega al ligamento subpubiano, que se identifica por su mayor resistencia al corte.

Lentamente se va seccionando este ligamento y, al romperse sus últimas fibras, se percibe un crugido que indica que la articulación se ha abierto. Si no se abre la sínfisis, es señal de que quedó en el borde superior de ella un poco de fibrocartilago por seccionar y entonces se extrae en parte el cuchillo, llevándose la punta hacia el borde superior de la sínfisis para cortar la porción de fibro-cartilago y de ligamento superior que impiden la diastasis sinfisiaria.

8. Los dedos vaginales se dan cuenta de la separación, pues uno de ellos puede insinuarse entre los cabos púbicos; entre ellos y el pulgar de la misma mano, que ha quedado afuera, se comprime la sínfisis para expulsar la sangre que se ha colectado.

9. Se pone un punto de sutura en la pequeña herida que ha causado el bisturí.

10 Se aplica una inyección de pituitrina, que restaura las contracciones uterinas debilitadas por la anestesia y gracias a las cuales se verificará el parto.

CASULSTICA

El que esto escribe ha practicado hasta la fecha 24 sinfisiotomías con la técnica de Zárate.

De ellas, fueron 17 en múltiparas y 7 en primíparas; o sea 70 y 30% respectivamente.

El modo de terminación del parto fué como sigue:

Espontánea tras aplicación de pituitrina	18	: 75 %
Con maniobra de Kristeller	4	: 16.6%
Con aplicación de forceps :	2	: 8.4%

El tiempo transcurrido entre el momento de la sección de la sínfisis y el de la salida del feto varió entre 5 minutos y una hora, siendo el promedio de 20 minutos.

Se anotaron 8 casos con secuelas febriles o sea el 33%; entre los cuales 2 fueron de tipos septicémico. Esta elevada cifra de morbilidad puerperal demuestra que, de haberse practicado la cesárea, se hubiera hecho correr un riesgo grave a las pacientes.

En un caso de los que requirieron aplicación de forceps hubo diastasis de las articulaciones sacro-iliacas, que inmovilizó a la enferma por tres meses; pero que a la postre no dejó secuelas permanentes.

En otros tres casos las enfermas se quejaron, al levantarse, de dolores púbicos o sacro-iliacos, pero que cedieron rápidamente.

Hubo un caso, en primípara, con desgarró de la pared anterior de la vagina y desprendimiento de la uretra; pero, una vez desinfectado, cicatrizó sin dejar trastornos en la función de la micción.

Debo mencionar un caso de muerte. Se trató de una enferma que ingresó con ataques de eclampsia y que falleció de congestión pulmonar. Por lo tanto, no puede atribuirse su muerte a la intervención.

El tiempo de hospitalización de las enfermas varió entre 14 y 36 días, exceptuando a la enferma de la diastasis de las articulaciones sacro-iliacas ya mencionada. El promedio de estancias fué de 24 días.

19 casos pertenecen al servicio de Maternidad del Hospital General. Los tres primeros casos fueron operados en la Maternidad de las Lomas de Chapultepec. Dos casos pertenecen a mi clientela privada.

COMENTARIOS

1º La sinfisiotomía es una operación que tiene indicaciones excepcionales.

2º Cuando dichas indicaciones se cumplen es una operación inócua y de resultados espectaculares.

3º En la primípara hay que ser muy cautos para proceder a ejecutarla, pues es en ella donde pueden presentarse, de preferencia, los accidentes y complicaciones.

4º El conocimiento de la técnica de Zárate es útil, pues, en ocasiones, permite resolver satisfactoriamente casos de desproporción céfalo-pélvica en que no quedaría otro recurso que la cesárea seguida de histerectomía.

CASOS OPERADOS

Núm.	Nombre	Partes	Indicación	Modo de terminación	Tiempo en- tre opera- ción y parto	Complicaciones	Días de es- tancia
1	L. R.	I	Estrechez pélvica	Espontáneo	30 minutos	Fiebre 39°	36
2	C. H.	II	Desproporción	Espontáneo	15 "	" 40°	28
3	R. E.	II	Estrech. pélv.	Kristeller	15 "	Ninguna	30
4	J. H. P.	I	" "	Espontáneo	15 "	Fiebre 38°	24
5	M. G. P.	III	Desproporc.	Kristeller	10 "	Fiebre 38°	36
6	R. T.	III	Estrech. pélv.	Espontáneo	10 "	Ninguna	14
7	C. H. C.	IX	" "	Espontáneo	15 "	Fiebre 38°	18
8	M. C. D.	I	" "	Espontáneo	35 "	Ninguna	18
9	M. M.	I	Desproporc.	Kristeller	60 "	Eclampsia. Defunción	—
10	V. J.	II	Estrech. pélv.	Espontáneo	15 "	Septicemia	43.
11	A. Q.	III	" "	Espontáneo	10 "	Fiebre 38°	
12	G. D.	I	" "	Kristeller	20 "	Dolor sinfisis pubis	26
13	F. F.	I	Desproporc.	Espontáneo	15 "	Ninguna	22
14	L. C. P.	II	Desproporc.	Espontáneo	15 "	Dolor pubis	30
15	E. S. S.	III	Desproporc.	Espontáneo	5 "	Hematoma. Dolor pubis-sacro	35
16	G. M.	III	Estrech. pélv.	Espontáneo	10 "	Ninguna	30
17	G. M.	IV	" "	Espontáneo	10 "	Ninguna	30
18	R. S.	I	" "	Forceps	30 "	Dolor sacro-iliaco	120
19	B. M.	IV	" "	Espontáneo	10 "	Ninguna	30
20	M. E.	II	" "	Espontáneo	30 "	Desg. vagina Septicemia	40
21	J. C.	III	Desproporc.	Espontáneo	35 "	Ninguna	30
22	P. D.	II	Estrech. pélv.	Espontáneo	20 "	Ninguna	21
23	S. S.	II	" "	Espontáneo	15 "	" "	15
24	C. M.	III	" "	Forceps	40 "	" "	20