

EVOLUCION DE LA OPERACION CESAREA EN EL PRESENTE SIGLO *

DR. JOSÉ RÁBAGO

Académico de número

Hasta principios de este siglo la mortalidad en la operación cesárea era mucho más elevada que en las operaciones ginecológicas abdominales, a pesar de los progresos de la asepsia y la antisepsia. Esta mortalidad elevada de la operación trascendió al público, creando la arraigada idea de que la cesárea era la artesala de la muerte.

Como las estadísticas demostraban que la mortalidad era mayor cuando la operación se practicaba en mujeres con parto avanzado y sobre todo cuando se habían hecho intentos de extracción del producto por vía vaginal, el profesor Bar, en una ponencia que presentó al Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología celebrado en Moscú, el año de 1908, llegó a la conclusión de que sólo debía aplicarse a los casos que él llamó "puros" o sea aquellos en que no había posibilidad de contaminación de la cavidad uterina.

Por lo tanto, era necesario operar antes de que se iniciara el trabajo de parto o a los primeros dolores, siempre que no estuviera rota la bolsa de las aguas y que no se hubiesen practicado tactos vaginales.

Las mujeres con estenosis pélvica eran cuidadosamente estudiadas para pronosticar si el parto era o no probable por las vías naturales, y cuando se considerara que el parto espontáneo era imposible o poco probable, se procedía a ejecutar la operación al término del embarazo.

Desde 1908 a 1910, Franck, Sellheim, Latzko, y Doderlein iniciaron las técnicas extraperitoneales, tomando en cuenta que la muerte de las operadas en los casos impuros se debían, en la enorme mayoría de las ocasiones, a la peritonitis.

Las operaciones extraperitoneales no tuvieron buena acogida fuera de Alemania, debido a las dificultades de su técnica, a los frecuentes desgarros

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 6 de febrero de 1952.

del peritoneo, a las lesiones vesicales, y por creerse que era más grave la infección del tejido celular pélvico que la del mismo peritoneo.

Hay referencias verbales de que en nuestro país la emplearon esporádicamente los doctores Castañeda, Velázquez Uriarte y Gómez Azcárate.

Recientemente la operación de Latzko fué empleada por el Dr. Mateos Fournier, quien presentó un trabajo sobre este punto a la Academia Mexicana de Cirugía, mostrándose adverso a dicho tipo de operación.

Las cesáreas extraperitoneales, sin embargo, permitieron conocer las ventajas de la incisión del útero en su segmento inferior, que son:

1º La sutura del útero queda en una zona del órgano que no estará sometida durante el puerperio a las contracciones que se verifican en el cuerpo y, por lo tanto, estará en mejores condiciones para su cicatrización.

2º La flaccidez de la pared del segmento inferior, después de la salida del feto, permite ejecutar una sutura de afrontamiento y otra de hundimiento a la Lembert.

3º El peritoneo se despega fácilmente del músculo, lo cual permite una peritonización perfecta.

4º Las suturas quedan en la porción más inferior de la cavidad abdominal, y esto permite una mayor defensa en caso de infección.

Estas particularidades técnicas proporcionan una garantía mucho mayor contra la posible infección de la cavidad peritoneal, lo cual permitió ampliar las indicaciones de la operación cesárea y aplicarla a los casos impuros.

En los casos de desproporción céfalopélvica poco acentuada se hizo posible la prueba del trabajo, o sea permitir que el parto evolucione durante un lapso de tiempo suficiente para que la cabeza se encaje merced a las contracciones enérgicas del útero y al amoldamiento que sufre en su contacto con el estrecho superior de la pelvis.

En caso de no lograrse el encajamiento se procede a la operación abdominal. Con este modo de actuar, sin amenazar la vida de la mujer, se logra una mayor cantidad de partos espontáneos, que antes eran tributarios de la cesárea.

Son muy numerosas las técnicas para practicar esta operación, y se puede decir que casi todos los parteros de categoría han modificado algunos detalles y han publicado su técnica personal.

Entre nosotros, fué el Dr. Clemente Robles, a la sazón médico interno del Hospital Juárez, quien tuvo oportunidad de practicar la primera cesárea baja transperitoneal, a sugestión nuestra. Luego el que esto escribe la usó y difundió ampliamente en la Maternidad del Hospital Juárez, y poco después comenzó a ser ejecutada en el Hospital General por el Dr. Julián González Méndez.

Una variante digna de mencionarse es la cesárea transperitoneal con *exclusión del campo operatorio por medio de suturas* con las técnicas de Jeanin-Merger, de París; Marruz Vilalta, de Cuba; Puga, de Chile, etc.

Estas operaciones, que alguno ha llamado extraperitoneales por artificio, fueron ideadas para operar aquellos casos en que la cesárea se aplica tardíamente y, por lo tanto, son mayores las probabilidades de infección de la sutura uterina y de contaminación del peritoneo.

Desde 1934 ó 1935 iniciamos la práctica de la cesárea con exclusión siguiendo la técnica de Jeannin-Merger en nuestro servicio del Hospital General de México.

La cesárea baja transperitoneal no fué aceptada fácilmente por los viejos parteros que, acostumbrados a la facilísima incisión clásica, consideraron como muy difíciles y laboriosas las técnicas de cesárea baja. En cambio, Espinosa de los Reyes, Garza Ríos, Landa, Mateos Fournier y las nuevas generaciones de parteros la adoptaron desde luego. Monges López usa la singular técnica de Doerfler.

En 1940 reaparece la ya casi olvidada cesárea extraperitoneal. Waters, por una parte, y Ricchi, por otra, reviven la técnica supravesical de Sellheim; sólo que hacen la separación de vejiga y del fondo de saco peritoneal despegando dichas estructuras entre la fascia perivesical y la musculosa de la vejiga. Norton modifica la técnica paravesical de Latzko siguiendo los mismos lineamientos. Nosotros, en nuestro servicio del Hospital General de México, ensayamos dichas técnicas, habiendo adoptado el método paravesical de Norton por ser el que presenta menos dificultades y complicaciones, substituyendo, con él, para los casos francamente impuros, la técnica de exclusión de Jeannin y Merger que hasta entonces habíamos usado.

El uso de las sulfamidas localmente sobre las suturas del útero y de la penicilina por vía paraenteral vino a modificar de un modo radical el pronóstico de la operación cesárea en el caso impuro.

El argentino Manuel Luis Pérez fué quien usó primero la sulfamidoterapia local, y cuenta actualmente con una copiosa casuística que le permite decir que el caso impuro puede ser operado con las técnicas más sencillas de cesárea baja transperitoneal sin riesgo para la madre. El Dr. Everardo Landa trató de este interesante asunto en un trabajo presentado ante esta Academia.

Por último, al disponerse libremente de penicilina, se inició su uso profiláctico y curativo de las infecciones puerperales y se aplicó a los casos impuros de operación cesárea con un éxito sorprendente, habiendo suplantado en este campo, como en otros muchos, a las sulfamidas, que, ya sea aplicadas localmente o por vía oral, pueden provocar accidentes tóxicos.

No todos los parteros sienten la misma confianza en la penicilinoterapia, pues ya en plena época de los antibióticos, Dieckman preconiza la cesárea seguida de histerectomía para los casos infectados; Greenhill y Mengert comparten su opinión. Grosgrave y Waters consideran demasiado radical este proceder y opinan que la cesárea extraperitoneal resuelve satisfactoriamente los casos infectados.

Entre los parteros mexicanos priva la opinión de Manuel Luis Pérez, y aunque no tenemos datos precisos, sabemos que en instituciones como la Maternidad del Seguro Social no se ha llegado a practicar una sola cesárea extraperitoneal y en la de las Lomas de Chapultepec se han hecho tan sólo dos o tres operaciones de este tipo.

En la práctica privada del partero especializado, casi nunca, por no decir nunca, se encuentra la indicación de ejecutar cesáreas con exclusión o extraperitoneales, dado que el trabajo de parto distócico es vigilado desde un principio, y la operación cesárea, en caso de necesitarse, se ejecuta oportunamente.

El Hospital General de México tiene el triste privilegio de recibir los casos más graves, abandonados o erróneamente tratados de la clase paupérrima de la ciudad, mujeres de jornaleros, cargadores o sencillamente sin marido y que no tienen derecho a la asistencia del Seguro Social.

A la gravedad del caso obstétrico se agregan las anemias, las enfermedades carenciales, etc., consecuencia de la insuficiente alimentación.

De ahí que en ese medio se presenten los más graves casos de contaminación y de infección intra-partum, que tienen que ser resueltos por vía abdominal y, por lo tanto, hemos tenido la necesidad de acudir a todos los medios para proteger la vida de la madre.

Esta es la razón por la cual antes del uso de los antibióticos llegamos a practicar hasta un 16 por 100 de cesáreas seguidas de histerectomía, y después hemos tenido necesidad de ejecutar las cesáreas extraperitoneales puras o por artificio.

Los progresos de la técnica operatoria primero y después el uso de los antibióticos han mejorado de tal manera el pronóstico de la operación cesárea, que siempre se apela a ella para resolver los casos de distocia.

Así vemos que cada vez más se aplica a los casos de presentaciones viciosas: frente, cara, pelvis y hombro, en los que antes se esperaba la posibilidad de un parto por las vías naturales.

La aplicación cada vez más frecuente de la cesárea en los casos de placenta previa ha mejorado notablemente al pronóstico, tanto para la madre como para el producto, reservándose las intervenciones vaginales para los casos de placenta previa marginal con feto muerto o no viable.

Se hacen a veces cesáreas porseudorrigidez de cuello uterino sin esperar a que haya contracciones de intensidad suficiente para lograr la dilatación.

En otras ocasiones se practican operaciones cesáreas cuando la cabeza fetal está ya encajada en la pelvis y que, por lo tanto, debe pensarse que el caso podía ser resuelto por vía vaginal.

En fin, es bien sabido que hay operaciones cesáreas en las que la única indicación es la impaciencia de los familiares de la paciente, aprovechada por unseudopartero para poder elevar sus honorarios.

El médico joven, con más entrenamiento quirúrgico que obstétrico, que no tiene noción muy precisa del mecanismo del parto, que si acaso ha ejecutado durante sus estudios una aplicación de fórceps y una versión interna en el maniquí, y que carece sobre todo de la cualidad primordial del partero, que es la paciencia, terminará sin duda, por medio de la cesárea, casos obstétricos que un partero experimentado resolvería, unas veces, con sólo esperar prudentemente, y otras por medio de una operación obstétrica, que correctamente ejecutada resulta inocua para la madre y el producto.

En iguales condiciones se encuentra el cirujano de pequeñas y medianas poblaciones de provincia, con reducida práctica obstétrica. Si desde un punto de vista doctrinario muchas operaciones cesáreas pueden considerarse innecesarias o no indicadas, desde el punto de vista de la salvaguardia de la vida de la madre y el producto, vale más una cesárea bien ejecutada que una operación obstétrica mal hecha.

De todos modos, se hace necesario modificar la enseñanza de la obstetricia en la Facultad de Medicina, para exigir a los estudiantes una práctica mayor en la vigilancia y atención de los partos, bajo el control de monitores competentes, y destinar mayor número de horas de clase para el ejercicio de las operaciones obstétricas; pero sobre todo se requiere la fundación de un Instituto de Maternidad donde grupos numerosos de médicos internos adquieran los conocimientos y práctica necesarios para ejercer después como especialistas en esta rama de las ciencias médicas y eliminar poco a poco al tipo de partero autodidáctico que cubre su ignorancia ejecutando operaciones cesáreas al por mayor.

RESUMEN

Se presenta una reseña de la evolución de la operación cesárea en el presente siglo, indicándose las fechas en que se inició en nuestro país la práctica de las diferentes técnicas.

Se hace notar que, conforme ha evolucionado la técnica, se han ampliado las indicaciones, sobre todo después de la aparición de los antibióticos.

Se indica que la enseñanza deficiente de la obstetricia impulsa a los médicos a preferir la operación cesárea a las intervenciones vaginales.

Se aboga por una enseñanza práctica efectiva de la obstetricia en la Facultad de Medicina y por la fundación de un Instituto de Maternidad para preparar parteros especializados.