

LA SINFIOTOMIA, SU LUGAR Y VALOR ACTUAL ⁽¹⁾

POR EL DOCTOR DIEGO TAYLOR GOROSTIAGA

Profesor adjunto

Ha sido un acierto colocar en el temario de este congreso la sinfisiotomía, porque es, sin duda, a esta parte del mundo que le sigue correspondiendo por la mayor experiencia en su práctica, decir sobre su valor actual.

La idea de ampliar la pelvis abriendo la sínfisis para resolver el problema de la desproporción pélvico-fetal relativa es de tan fuerte lógica, que no debiera abandonarse si salva al feto y no invalida a la madre.

Contamos según la técnica ideada por Zárate, con un freno superior eficazísimo y otro inferior que protege la uretra, cuerpos cavernosos y plexo de Santorini. La sinfisiotomía difícilmente dejará de figurar en los tratados de la especialidad, pues ha conquistado un lugar junto a las intervenciones básicas de la obstetricia.

Queda sin embargo por considerar si otra intervención —la cesárea abdominal— puede sustituirla o, con menos pretensión, se limita a reducir sus indicaciones.

Ha avanzado demasiado la cesárea para que en este congreso

(1) Trabajo presentado al Primer Congreso Uruguayo de Ginecología. 1949.

nos dividamos en cesaristas y sinfiotomistas. Pasó la hora de ello.

Admitimos que hoy la sinfisiotomía ha debido dejar muchas de sus indicaciones a la cesárea abdominal, pero creemos que esta última, por algunos años, no la absorberá totalmente. ¿Queremos con esto sugerir que la sinfisiotomía está destinada a desaparecer? Las estadísticas de lo que se hace en el mundo pareciera anunciarlo. En el Río de la Plata, especialmente en la Argentina, todavía tiene numerosos adeptos. Es posiblemente a la ciencia rioplatense que corresponderá sostenerla o destruirla. A las conclusiones de este congreso le toca gran parte de responsabilidad sobre su porvenir.

Analizaremos pero someramente, parangonando la sinfisiotomía y la cesárea abdominal en su técnica y resultados.

¿Es difícil realizar la sinfisiotomía?, no; su técnica es sencilla pero requiere un aprendizaje que debe comenzar en el cadáver para que no pierda su sencillez. Decir que es fácil y pretender realizarla “in vivo” después de una lectura, es temerario.

Es preciso saber respetar “los frenos” que son la clave del éxito y no exigir de las articulaciones sacroilíacas más de lo que están capacitadas a dar. No basta que el cirujano sepa, es preciso que los ayudantes estén entrenados. Las secuelas aparecen y torturan por su persistencia en cuanto la intervención dejó de ser sencilla y prudente. Tiene un momento de emoción que no está precisamente en la circunstancia en que se abre la sínfisis y se nota bajo los dedos que se separan los cabos óseos, sino cuando ampliada la pelvis se espera la solución espontánea del parto.

Si el resultado es bueno admira su simplicidad: expulsión fácil del fruto, la herida insignificante, apenas una mancha de sangre; la inmovilización de la cintura pelviana hará lo demás.

¿Es fácil hacer la cesárea abdominal? Depende de la intervención que se elija y la elección está condicionada a las cir-

cunstancias de cada caso. Las hay fáciles y las hay complejas. Para la sinfisiotomía sólo va quedando una técnica —la subcutánea parcial de Zárate, sinfisiotomía frenada como la llama acertadamente Arrieta Yódice— que admite algunas modificaciones. En la cesárea el espectáculo es mayor y mayor la tensión del cirujano. Sangre a veces demasiado abundante, el intestino y la vejiga pueden importunar, la sutura prolija lleva tiempo, la anestesia es más exigida; pero se opera a cielo abierto y se resuelve totalmente extrayendo el niño y los anexos ovulares sin que la espera a que obliga la sinfisiotomizada, prolongue la angustia del partero. Pero todos estaremos de acuerdo que la cesárea requiere el hábito de la laparotomía, es decir hay que ser cirujano.

¿Y la infección continúa amenazando al peritoneo? Nadie lo puede negar. La infección bastó para que la sinfisiotomía atrajese la simpatía, pero hoy mucho se ha andado por ese camino. Podríamos decir que la penicilina, sulfamidas y la existencia de técnicas ingeniosas han reducido el temor, pero la amenaza subsiste.

¿Y la cicatriz que queda en el útero aunque sea en el segmento inferior, no representa un riesgo? Ya nos hemos ocupado nosotros en las Segundas Jornadas Chilenas de este mismo asunto (2), a propósito de la rotura del útero en las cesareadas y en esa ocasión dijimos: “A pesar de los perfeccionamientos de la técnica, es posible que en el futuro observemos con mayor frecuencia la rotura uterina en las cesareadas, porque cada día se indica esta intervención con menos temores”. Y agregábamos: “A manera de síntesis en la práctica obstétrica, antes de resolverse a dejar una cicatriz en el útero, hay que meditar lo suficiente sobre la necesidad de la operación”. Seguimos pensando lo mismo. Un nuevo embarazo es una prueba seria para el útero suturado y el parto no debe prolongarse porque nunca

(2) D. Taylor Gorostiaga y Roberto E. Lede, 1947. La rotura uterina en las postcesareadas. Segundas Jornadas Chilenas de Obstetricia y Ginecología.

podremos prejuzgar sobre la resistencia de la cicatriz. La solución de este riesgo con la cesárea iterativa temprana también tiene su límite.

Otro punto a considerar es si se precisa para ambas intervenciones un medio quirúrgico adecuado. Aceptada esta necesidad para la operación cesárea, creemos, en cambio, que la sinfisiotomía, en ciertas circunstancias, puede hacerse en lugares improvisados, por el escaso instrumental que exige su realización y el menor riesgo de infección, particularmente porque la gran cavidad peritoneal permanece ajena a la infección. No pretendemos sostener que cualquier medio es bueno para hacer una sinfisiotomía, pero consideramos que si su indicación surge de una urgencia, puede ejecutarse con muchas menos exigencias. Este aspecto tiene su interés especialmente en países poco poblados, con distancias grandes entre los centros y donde los médicos —necesidad de cirujanos— no están racionalmente distribuidos.

Sería un error seguir enfrentando la cesárea y la sinfisiotomía con sus ventajas y dificultades como si se tratara de dos intervenciones con indicaciones idénticas y en cuya puja una debiera de sucumbir. Queda pues, otro aspecto de la mayor importancia y es el de las indicaciones específicas de cada una de ellas.

La cesárea abdominal tiene indicaciones más amplias. Es un recurso que resuelve la mayor parte de las distocias y muchos de los problemas del embarazo; ha simplificado la obstetricia. La sinfisiotomía se reduce a la desproporción pélvico-fetal relativa, ya por que el canal sea pequeño o resulte así por exceso del contenido; exceso por aumento real de su volumen o accidental por actitud anormal en la presentación cefálica. Cuando la presentación ha penetrado en la excavación después de un gran esfuerzo y ha quedado inmóvil y calzada en ella, es decir “enclavada”, más sencillo y fácil que pretender con una cesárea elevarla y extraerla a través del abdomen, es movilizarla

ampliando ligeramente la pelvis con la sinfisiotomía. Pero existen, sin duda, puntos donde interfieren ambas intervenciones y es en la desproporción relativa con la presentación luchando por un encaje que no obtiene.

Es el de la desproporción relativa con presentación móvil, el punto crítico donde la disputa es inevitable. Toda la discusión ha de girar en torno de ello.

La verdad es que si con la sinfisiotomía tuviésemos la certeza que conseguiremos la expulsión del niño sin daño serio para éste y la madre, debiera preferirse siempre a la cesárea que abre el vientre, expone al peritoneo y deja una cicatriz sobre el órgano continente de la gestación y motor del parto. ¿Pero cuándo podremos asegurarnos de la inocuidad de la sinfisiotomía para la madre y el niño? Ya se ha dicho repetidamente, también lo volveremos a decir nosotros: toda vez que abierta la sínfisis la expulsión del niño se haga espontáneamente. Es malo, pese a la buena voluntad de los estudiosos, exigir de la sinfisiotomía demasiado espacio y de los tejidos la elasticidad y resistencia que permita maniobras extractivas. Supongamos que todos estamos de acuerdo en este punto, habría que preguntarse si es fácil acertar la espontaneidad del parto. Esto requiere justipreciar el espacio que necesitamos y lo que vamos a obtener y la reserva funcional del útero. La dificultad resulta en gran parte allanada con la presentación enclavada, en la cual será suficiente una ligera ampliación para librarla de la compresión y favorecer la salida espontánea.

Nada requiere tanto la especialización como esta necesidad de ser exactos para indicar la sinfisiotomía.

Esta conclusión precisa un comentario. Si la técnica sencilla, el hecho de ser extraperitoneal y el modesto instrumental que requiere, la convierte en la intervención ideal para el medio rural de países como los nuestros, en cambio la necesidad de ser exactos en su indicación exige especialización.

Si debemos discutir en este congreso el valor actual de la

sinfisiotomía como recurso de especialistas, nadie le negará el lugar que le corresponde en su reducido límite: presentación “enclavada”, especialmente cara y frente, distocia ósea relativa del estrecho inferior, más raramente del estrecho superior y excepcional en la cabeza última. Pero si nos toca decir algo para el médico general, debemos decir que es cien veces más difícil indicar acertadamente la sinfisiotomía que la cesárea. Esto le resta eficacia y las estadísticas sobre su frecuencia así lo señalan. Se prodiga más en los hospitales que en las clínicas privadas. Es ésta una verdad y la medicina tiene que ser una. El tanteo experimental y la necesidad docente juegan su papel. No hacemos un cargo, creemos que están bien orientados los que la practican con frecuencia, porque una intervención tan seductora no debe ser destruída fácilmente por los vientos nuevos. Si para hacerla se precisa saber indicarla, es función docente enseñarla y dar al futuro médico el entrenamiento que lo capacite como si fuese un especialista; tal vez las condiciones de nuestros países así lo aconsejan.

CONCLUSIONES

1º — La sinfisiotomía con el empleo de los antibióticos ha debido ceder muchas de sus indicaciones a la cesárea abdominal. Pasó la hora en que podríamos dividirnos en sinfisiotomistas y cesaristas.

2º — En la sinfisiotomía cuando el resultado es bueno admira la simplicidad de su ejecución; pero cuando la intervención dejó de ser sencilla y prudente, aparecen las secuelas que torturan por su persistencia.

3º — La sinfisiotomía tiene las siguientes ventajas: simplicidad de su técnica, modestia del instrumental, respeta la integridad del útero, menor riesgo de infección, posibilidad de realizarla en lugares improvisados.

4º — En la sinfisiotomía no se debe pretender demasiado

espacio ni de los tejidos la elasticidad y resistencia que permita maniobras extractoras. La prosecución espontánea del parto es la clave del éxito.

5º — En la sinfisiotomía la espontaneidad de la expulsión está condicionada al acierto de la indicación. Su indicación es lo más difícil de la sinfisiotomía y por eso la consideramos una intervención de especialistas.

6º — Es función docente plausible enseñar la sinfisiotomía para capacitar con excelente entrenamiento al médico rural en una intervención de ejecución sencilla que en la práctica suele ser reemplazada por la embriotomía consciente o inconsciente.

7º — El lugar actual de la sinfisiotomía se desprende de sus indicaciones a saber: enclavamiento de la presentación, distocia ósea relativa del estrecho inferior, más raramente del estrecho superior y excepcional en la cabeza última.

RESUME

1º) Dans plusieurs cas, on pratique l'opération césarienne abdominale au lieu de la symphyséotomie par l'emploi des antibiotés.

2º) Quand le résultat est bon dans la symphyséotomie on admire la simplicité de son éjécution; mais quand l'intervention n'est pas simple et prudente on trouve des persistentes et torturantes séquelles.

3º) La symphyséotomie a les suivantes avantages; simplicité dans sa technique, modestie de l'instrumental, elle respecte l'intégrité de l'utérus, le risque d'infection est moindre et on peut la réaliser dans des lieux improvisés.

4º) On ne doit prétendre, dans la symphyséotomie, un espace excessif, pas même élasticité des tissus ni la résistance pour faire des manoeuvres extractrices. La suite spontanée de l'accouchement est la clef du succès.

5º) Dans la symphyséotomie la spontanéité de l'expulsion est conditionnée à la sagesse de l'indication. Son indication est le plus difficile de la symphyséotomie et c'est pour cela qu'on la considère une opération des spécialistes.

6º) Le professeur doit enseigner la symphyséotomie pour rend capa-

ble le médecin rural de pratiquer l'opération de simple éjécution qu'ordinairement est remplacée par l'embryotomie consciente ou inconsciente.

7°) La symphyséotomie doit sa place actuelle à ses indications, c'est à dire: l'enclavement de la présentation dystocie osseuse relative du détroit inférieur plus rarement du détroit supérieur et exceptionnellement dans la dernière tête.

ABSTRACT

1°) In several cases we perform abdominal cesarean instead of symphysiotomy on account of the use of antibiotics.

2°) When we success in symphysiotomy it wonders the simplicity of its execution; but when the operation isn't simple and prudent, persistent sequelas appear.

3°) Symphysiotomy has the following advantages: simplicity in its technic, modesty of its instrumental, it respects the uterus integrity, the infection risk is smaller and it can be performed in extemporized places.

4°) In the symphysiotomy we must pretend neither excessive space nor tissues elasticity and resistance which allows extractor manoeuvres. Delivery spontaneous continuity is the key to success in it.

5°) In the symphysiotomy the spontaneity of the expulsion is conditioned to the ability of the prediction. This is the most difficult in symphysiotomy and that is why we consider it an operation for specialists.

6°) The professor must teach symphysiotomy in order that the rural doctor may perform it. It is generally replaced by conscious and unconscious embryotomy.

7°) The symphysiotomy owes its actual place to its indications; that is to say: enclavement of the osseus relative dystocia presentation of the lower strait, more rarely to the upper strait and exceptionally in the last head.