

# LA SINFIOTOMIA EN LA ACTUALIDAD

POR EL DOCTOR MANUEL M. TORRES

Profesor Adjunto de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata. Presidente del Consorcio de Médicos Católicos de La Plata

Cuando en 1931 el profesor Dr. Enrique Zárate abandonó la cátedra de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, después de una labor fecunda de 18 años, la sinfisiotomía de la que había sido su principal propulsor y para la que había ideado la técnica más depurada, parecía constituir un recurso obstétrico definitivamente establecido.

Las palabras sentenciosas de Brindeau en su tratado y el hecho de encomendarse al maestro argentino la redacción del capítulo pertinente en la Enciclopedia Médico Quirúrgica dirigida por A. Laffont y F. Durieux constituían por entero una real consagración.

En todas las clínicas argentinas, aún en aquellas cuyos jefes adoptaron en principio una actitud de reserva, la practicaban con éxito y todo hacía pensar que con el mejor conocimiento, producto de una mayor experiencia, fijadas sus indicaciones, habíamos alcanzado una conquista definitiva.

Sin embargo no se ha cumplido tan lógica previsión. Como si este florecimiento sólo respondiera a una simple corriente de moda y no al hallazgo de una solución necesaria, el entu-

siasmo despertado entonces ha ido enfriándose gradualmente. La verdad es que hoy debemos reconocer que en nuestro país sólo se practica por aquellos que fueron discípulos del eminente maestro argentino, por fortuna muchos de ellos actualmente profesores y jefes de servicio (1).

Operación que a través de su historia parece destinada a despertar juicios apasionados, en pro y en contra; a sufrir eclipses para reaparecer remozada: merece una consagración definitiva. Es a mi juicio, la intervención cumbre de la especialidad.

No le otorgo tal título a la operación cesárea. Todo cirujano medianamente hábil, puede correctamente ejecutarla y resolver mediante ella cualquier parto distócico o no, cumplidas que sean las condiciones de la asepsia. Pero para practicar con éxito la sinfisiotomía se requiere ante todo ser tocólogo. No bastan los conocimientos anatómicos ni las intimidades de la técnica, ni el hábito quirúrgico, ni el ambiente apropiado.

Es menester conocer los fenómenos específicos y concurrentes del parto para con criterio poder establecer ajustadamente una exacta indicación (1).

Pero es el caso que en la actualidad y especialmente en la clientela privada se hacen muchas operaciones cesáreas y muy pocas sinfisiotomías.

En presencia de las circunstancias puntualizadas me he preguntado: ¿Cuál es su génesis?

La orientación de la obstetricia actual parece tomar un rumbo desconcertante. Norma para nosotros ineludible ha sido

---

(1) "Aunque se las ha desechado (Las Pelvitomías) en los Estados Unidos de Norte América hay algunos parteros europeos y sudamericanos que se valen de estas operaciones". (*De Lee y Greenhill: Tratado de Obstetricia. Edición Castellana, 1945.*)

(1) "La resolución de todos los problemas óseos del parto por medio de la cesárea constituye indiscutiblemente un método simplista y de bien poca trascendencia obstétrica". (*J. Ramírez Olivera y J. Ortíz Pérez: Archivos de Medicina Interna. Volumen I, Cuba.*)

siempre el respeto a la función natural y sólo en el caso de perturbación de ésta, intervenir imitando en lo que al parto respecta y en cuanto sea posible, el mecanismo o proceso fisiológico.

Muy opuesto a este criterio clásico resultan la aplicación de procedimientos y técnicas actualmente en boga.

La supresión del dolor en el parto ha sido siempre una aspiración plausible. Entiendo que la moderación del mismo (en lo que tiene de exagerado y en relación con una perturbación de la dinámica uterina, es colocarse dentro de la clásica orientación.

Pero la supresión absoluta, como la pretendida mediante la analgesia caudal, pongo por caso, trae aparejada una serie de transgresiones al proceso normal lo que unido al éxito discutible (el feto es el más afectado) hacen poco aceptable el procedimiento.

No es precisamente a esta finalidad, noble y generosa aspiración y digna de ser ampliamente considerada, a la que quiero referirme. Otras transgresiones a la obstetricia "ortodoxa" son las que motivan esta comunicación.

La importancia que en el concierto de las naciones corresponde a los Estados Unidos de Norte América está abonada en materia científica con el aporte de verdaderas adquisiciones. Su influencia en el terreno científico es actualmente notable. Pero en los "partos" tan viejos como el mundo, los entusiasmos y las impacencias de un pueblo joven y vigoroso a veces son un tanto temerarias.

No ha mucho un distinguido profesor de la Universidad Nacional de Buenos Aires, en una conferencia pronunciada en esta ciudad, refería al exhibir una película cinematográfica interesante e ilustrativa "que el profesor X en su servicio, ¡ya había practicado esa mañana 6 aplicaciones de forceps!" Nos dejó la vaga sensación que a período expulsivo que se

inicia, sigue de inmediato una episiotomía y un forceps. Una nueva conducta de la asistencia obstétrica.

Y en esta corriente: el parto dirigido, el parto a hora fija, la inducción por medios directos, la alimentación artificial sistemática integran el cortejo.

Los actuales progresos de la biología han alcanzado desde luego, y en forma realmente notoria, a la gestación. Estudios fundamentales han despejado muchas incógnitas, vislumbrado otras y con ello la clínica obstétrica se ha enriquecido notablemente.

Y este hecho innegable que en principio no debiera reportar sino beneficios, a mi modo de ver ha conspirado también contra la formación de verdaderos tocólogos. Apasionados con los problemas de la biología se han alejado insensiblemente de la sala de partos. La apreciación de la dinámica uterina, el reconocimiento de la orientación, modalidad y grado de encaje de la presentación; la maleabilidad de un cráneo fetal como fundamento de conducta en la desproporción céfalopelviana, la vitalidad misma del feto, en fin, lo que constituye el eje de la especialidad y que exige un adiestramiento paciente y esmerado, no se valora hoy como corresponde.

Exagerando la nota, poco valdría conocer la biología de la embarazada en sus más íntimos fenómenos; corregir a la perfección las menores perturbaciones de su metabolismo (lo que es mucho decir) si no se está preparado para dar a una distocia, la solución más natural posible.

El parto, acto fisiológico trascendental, es la finalidad de nuestra disciplina científica. Mírese como se quiera, todas las conquistas de la clínica obstétrica están orientadas en el sentido de llegar a él en óptimas condiciones de salud. Llegado el momento, el ideal no es otro que obtener su evolución natural y de ser esto imposible, aplicar la fórmula que menos se aleje de la fisiología.

Por eso entiendo, que si hay algo que el tocólogo debe co-

nocer en sus menores detalles, ésta es la fisiología del parto. Su perturbación debe ser precozmente reconocida y tratada conscientemente del modo más indicado. Si ese tocólogo es además un cultor de la biología, tanto mejor.

De olvidarse esto ocurre lo que ocurre. El joven tocólogo inteligente, al día en endocrinología, metabolismo y farmacodinamia de la gestación será a veces sorprendido por una distocia para la que no encontrará otra solución que la operación cesárea. Esto está en consonancia con lo que me decía no hace mucho un distinguido profesor titular de la Facultad de Buenos Aires y que es un corolario de lo que acabo de decir. "Muchos jóvenes tocólogos tienen una habilidad para practicar la cesárea que no poseen para las operaciones obstétricas" (1).

Parece que todo conspirara para abatir un concepto básico de nuestra especialidad: la sabia expectación. Es el reflejo del acelerado ritmo de la vida actual, con la consiguiente supervaloración del tiempo. En general no hay solución más rápida de un parto que la operación cesárea y abruma el pensar en la forma artificiosa en que se han aumentado sus indicaciones. Indicaciones brevemente meditadas y superficialmente discutidas.

El problema es serio. Los progresos de la cirugía (anestesia pre y post-operatorio), han mejorado el pronóstico de la cesárea. La seguridad del acto y la elegancia de su ejecución ganan la simpatía del joven partero. Este por otra parte, hijo de la época, vislumbra a cada paso sus indicaciones, la aplica pródigamente y desecha por insegura, humilde y tediosa a la vieja expectación.

De seguir en esta corriente, dentro de algunos años, cuando los que fuimos jóvenes de la vieja escuela pasemos a la reserva y cobre entonces cuerpo el criterio que hoy se esboza, no dudo

---

(1) Especialmente en la actualidad en que con la aparición de los antibióticos, se han alejado los peligros de la infección, aún en los casos impuros.

que el arte de los partos sufrirá una seria crisis. Un cirujano tocólogo sustituirá al obstetra. La natalidad pagará su tributo.

Pero no dudo que tras años de experiencia poco feliz, lo que podría sintetizarse diciendo (ya que el tema llenaría un capítulo) cuando se conozca a fondo el porvenir obstétrico de la cesareada, las cosas volverán a su cauce normal. Las viejas normas quedarán en pie enriquecida la experiencia con los aportes quizá imprevistos que la aventura quirúrgica habrá dejado.

El parto es un proceso fisiológico que evoluciona en contadas horas. Esto significa que en un caso dado, su estado en el momento actual, difiere de lo que era 2 horas antes y no será el mismo 2 horas después. La distocia que en cualquier momento puede presentarse planteará problemas diferentes.

El éxito de las operaciones obstétricas depende pues, aparte de la habilidad del que las practica (factor desde luego importante) ante todo de lo ajustado de la indicación.

Pongamos por ejemplo un caso simple. Requiere ser terminado un parto en presentación de vértice, dilatación completa, cabeza profundamente encajada. La indicación del forceps es tan absoluta y las dificultades de su aplicación tan mínimas (aún para el práctico menos experimentado) que el éxito es indudable. Repito, en caso tal no es necesaria una disciplina obstétrica esmerada. Por lo ajustada de su indicación, cualquier médico, aún con lógica torpeza, puede desempeñarse con eficacia.

Consideremos otro problema no tan elemental. Sorprende un sufrimiento fetal, de causa X en un parto en presentación de vértice cabeza apenas fija, cuello dilatado. ¿Forceps o versión? Si bajo anestesia profunda y previa dilatación del cuello, el útero se relaja bien y la cabeza se desplaza con facilidad, la versión resuelve el problema. Si el útero no se relaja bien y la cabeza no se desplaza, forceps alto. No sin cierta ansie-

dad practicamos la primer tracción, de ella depende el parto fácil o laborioso, con su repercusión sobre la vitalidad del feto. Pero si el útero no se relaja y la cabeza fácilmente desplazable está colocada por debajo de un anillo de contracción, todos sabemos lo trágico de la situación, la serie de factores a considerar para terminar aplicando una operación de necesidad no siempre exitosa.

Largo sería multiplicar los ejemplos, vamos a lo que especialmente nos interesa. Desproporción céfalo-pelviana, cuello dilatado, no hay sufrimiento materno ni fetal, bolsa íntegra o rota hace escasas horas. ¿Expectación ciega o consciente? ¿Intervención posiblemente extemporánea? Esto exige meditación.

1º — Tenemos que valorar en primer lugar la magnitud de la desproporción. Si ésta es excesiva ya no cuentan los demás factores y sólo resuelve el caso la cesárea. Pero si el plano que pasa por el parietal anterior desbordante, paralelo al de la cara anterior del pubis no se le separa más de 2 cms. hay que entrar a considerar otros factores.

2º — Establecida tal desproporción, tributaria de la sinfiotomía una cabeza no muy osificada que aún no ha iniciado su modelaje, invita a la expectación con miras a que, mediante la posición de Walcher, el parto termine espontáneamente. De no, la sinfisiotomía se practicará en el momento oportuno. Hemos contado con el recurso del parto de prueba.

3º — Es verdad que debemos considerar otros factores. No debe existir otro obstáculo que el que proporciona el cinturón óseo si vamos a instituir la sinfisiotomía, pues ésta no resuelve otro problema. Un cuello no dilatado, un segmento inferior mal formado, una vagina rígida contraindican la intervención.

4º — Otro, fundamental no tanto para el acto en sí, como para el porvenir de la parturienta. La motilidad uterina debe estar conservada para que el parto pueda evolucionar espontáneamente luego de la sección de la sínfisis. La necesidad de

una operación extractora (forceps o versión) agrava el pronóstico alejado (prolapsos, incontinencia, neuritis, artralgias, etcétera).

5º — No se tendría en cuenta la sinfisiotomía de existir otras alteraciones óseas o articulares de la pelvis, congénitas o no, inflamatorias o de otra naturaleza. La pelvis debe ser normal salvo en su forma y dimensiones.

De esta somera enumeración de factores que cumplidos dan a la indicación el carácter de absolutos, se desprende cuán prolijos debemos ser en su apreciación. Si en circunstancias especiales nos viéramos obligados a prescindir de algunos de ellos, la indicación sería de necesidad y el éxito inseguro. Permite afirmar también que la sinfisiotomía técnicamente mejor ejecutada, fracasará y no llenará su objeto, si no se cumplen bien sus indicaciones. Entiendo que en ningún caso como éste se requiere ser un tocólogo dedicado de lleno a su especialidad, dotado del sentido crítico que da la experiencia, que le permita reconocer condiciones y valorarlas con ecuanimidad.

Por eso una disciplina obstétrica ejercida un tanto al margen de la sala de partos, recargada con investigaciones biológicas originales o de control y adornada con una manualidad quirúrgica pronta a cualquier evento, apartan, no al médico práctico, sino hasta al joven docente, de los procesos naturales del parto y a sus anomalías, no solamente a la distocia ósea, no le hallará mejor solución que la cesárea.

Error funesto que repito conspirará contra la práctica obstétrica y repercutirá directamente contra la natalidad. La cesárea llama a la cesárea y establece un complejo de inferioridad en la mujer que llega a la convicción de su incapacidad para dar a luz por las vías naturales. En ésta, más que en ninguna otra encontrarán cabida los procedimientos anticoncepcionales y el mismo aborto.

Qué diferente es la situación de la que ha sufrido la sinfisiotomía. No existe en ella el complejo referido y la interven-



ción no sólo ha resuelto el problema actual, sino que contempla los venideros. “La sinfisiotomía es el tratamiento curativo de las estrecheces medianas y ligeras que la cesárea deja persistentes”, Hernández. El hecho reconocido de antiguo sirvió de anatema en manos de Baudelocque. Han sido sinfisiomizadas mujeres que luego han parido espontáneamente. Luego la operación había sido innecesaria. Ni el mismo Sigault supo que la verdad era que tales pelvis habían sido ampliadas definitivamente.

En este orden de ideas, Ramírez Olivera y Ortiz Pérez ya citados, van más allá y preconizan la intervención aún en los casos de feto moribundo. “Si a pesar de la sinfisiotomía obtenemos un feto muerto, nos quedará siempre la tranquilidad de haber hecho todo lo posible por salvarlo, y cuando menos, de haber dejado a la pelvis, merced a la ampliación permanente, en mejores condiciones para los partos futuros” (1).

Courtois y Balazuc (boletín Medical de Laye, noviembre de 1941), reconocen justas las apreciaciones de Anderodias y Pery que declaran que la sinfisiotomía en la actualidad goza de un favor más teórico que real, puesto que se habla mucho de ella, pero se la practica poco.

Los eminentes tocólogos del Centro Obstétrico de Saint Germain de Laye se preguntan si la operación de Zárate es realmente útil y en caso afirmativo, si por peligrosa debe no salir de las manos de los especialistas. Descontando lo primero, creen que cuando se cumplen las indicaciones absolutas, ésta debe ser ejecutada por el médico general. Por ello debe ser enseñada, pues se trata de una operación de urgencia.

“No porque la fórmula haya sido engañosa (continúan), es razón para torpedear el método. Sería torpedearlo asignarle en

---

(1) He presentado al Ateneo del Hospital Español un caso en el que luego de una sinfisiotomía, una mujer dió a luz espontáneamente por segunda vez en la Maternidad de La Plata y por tercera vez, también espontáneamente, en su domicilio, con la sola asistencia de la partera. Su primer parto no acarreó complejo alguno.

la terapéutica obstétrica un lugar demasiado restringido donde arriesgaría zozobrar en la indiferencia y en el olvido." Y concluyen: "*Si la sinfisiotomía de Zárate no merece el exceso de favor con que se la había colmado, menos aún merece el desfavor con que se la quiere atacar, porque suministra en la hora actual en los casos límites, una de las mejores llaves para la distocia pelviana. Estas son nuestras conclusiones*".

La sinfisiotomía merece ser restituída al lugar que ocupaba en la terapéutica obstétrica. Operación cumbre de la obstetricia, repito, su crisis representa la crisis de la obstetricia actual. Un criterio simplista se ha extendido entre la mayoría de los jóvenes tocólogos, que acuden pródigamente a la cesárea, extendiendo arbitrariamente sus indicaciones. Los alienta lo que ha ganado su pronóstico con el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y el uso de los antibióticos. La obscura observación y el control en la sala de partos parecen anacrónicos y el laboratorio con sus brillantes hallazgos, reclama su atención. Y la sinfisiotomía que como ninguna otra exige para su perfecta indicación un conocimiento acabado de todos los factores del parto, resulta entonces ciega e insegura. Aplicada así, mejor es que no se aplique.

Los que tenemos funciones docentes esmerémosnos pues en enseñar la técnica de la sinfisiotomía, pero ante todo insistir en el paciente ejercicio en la sala de partos, que la indicación acertada surgirá del buen conocimiento del proceso.

#### RESUMEN

El autor sostiene que existe una verdadera crisis de la Obstetricia, pues no es otra cosa la tendencia actual a apartarse de la fisiología natural del parto. Índice de ello es la preocupación por el parto indoloro, a hora fija, la inducción por medios indirectos, el forceps de lujo, la lactancia artificial, etc., en forma casi sistemática.

De acuerdo con esta corriente no se valoran en la justa medida los factores que rigen el parto y que los noveles tocólogos en parte desconocen. Llenan el claro apelando sin mayor discriminación a la operación

cesárea que en general ejecutan a la perfección. Ampliando sus indicaciones hacen tabla rasa con la sinfisiotomía, que es sin disputa la intervención que exige mayores conocimientos especializados, sin comprender que la cesárea por distocia ósea, exige una nueva cesárea, mientras que la sinfisiotomía, ampliando definitivamente la pelvis, hace posible partos posteriores espontáneamente.

La sinfisiotomía es pues una intervención obstétrica con una derivación ortopédica (diríamos) y con proyecciones sociales, pues no acarreado el horror al parto, favorece la natalidad.

#### RESUME

L'auteur soutient qu'il existe une vraie crise de l'Obstétrique, car il n'est pas d'autre chose, l'actuelle tendance de se séparer de la Physiologie naturelle de l'accouchement. On peut le prouver par la préoccupation pour le travail sans douleur à une heure déterminée, l'induction par de moyens indirects, le forceps de luxe, l'allaitement artificielle, etc., d'une manière presque systématique.

Selon tout cela on n'estime pas exactement les facteurs que gouvernent l'accouchement et que les nouveaux tocologistes connaissent seule en partie. Ils remplissent la place en exécutant l'opération césarienne généralement parfaite. Ils ne font pas grand cas de la symphyséotomie mais il ne comprennent pas que l'opération césarienne par dystocie osseuse exige une nouvelle opération césarienne, tandis que la symphyséotomie, en ampliant définitivement le bassin, fait possible de postérieurs accouchements spontanés.

La symphyséotomie est donc, une intervention obstétrique avec une dérivation orthopédique (nous pouvons dire) et des projections sociales, puisqu'elle favorise la natalité.

#### ABSTRACT

The author affirms that it exists a true obstetrical crisis which we can prove by the actual tendency to separate it from the natural physiology of the labor. The evidences are: the preoccupation of the painless labor, at a determined time, its induction by indirect means, the luxury forceps, the artificial lactancy, etc., almost systematically.

According to this all we don't value exactly the factors which govern the labor and that the new tocologists know partly only. They fill it up performing cesarean operation almost always perfectly. They don't take

symphysiotomy in consideration but they don't understand that cesarean operation by osseus dystocia requires a new cesarean operation, whilst symphysiotomy, enlarging the pelvis definitely, makes possible later spontaneous labors.

Symphysiotomy is therefore, an obstetrical operation with an orthopedic derivation (we should say) and with social projections since it protects birth rate.

**NOTA.** — Este trabajo fué leído en el 7º Congreso Nacional de Medicina (La Plata, 1947).