

## CONCEPTOS NUEVOS SOBRE OPERACIONES VIEJAS (I)

LA SINFIOTOMIA Y SU POSICION EN LA ACTUAL OBSTETRICIA

DR. EDUARDO LÓPEZ GARCÍA-TRIVIÑO  
DIRECTOR DE LA MATERNIDAD PROVINCIAL

En el momento actual de la Tocurgia ¿es razonable la subsistencia de la Sinfisiotomía?

Nuestra respuesta, basada en nuestra personal experiencia y en profunda meditación sobre el tema, es categóricamente afirmativa, ¿razones?

Primera.—La Sinfisiotomía es una operación NOBLE.

Noble en su origen, allí donde la cesárea era operación fatalmente mortal para la madre, cuando las vidas materna y fetal entraban en trágica coalición y el tocólogo tenía que decidir entre ambas (sacrificando casi siempre al feto o viendo impasible cómo moría para perforarlo después). SIGAULT creó una operación que, respetando al máximo el mecanismo del parto, salvaguardaba la vida fetal y hacía posible, la supervivencia materna. A aquél dramático interrogante ¿por la madre o por el hijo?, él respondió noblemente: por los dos.

Noble en su evolución histórica. En época de perfeccionamiento de la cesárea, porque, en el «caso limpio», tenía menor

---

(1) Comunicación presentada a la reunión de Jaén de la Sección Andaluza de la Sociedad Ginecológica Española, en Noviembre de 1954.

mortalidad y morbilidad que la sección uterina. Numerosas estadísticas en época muy apasionada, de enconada lucha entre cesaristas y sinfisiotomistas, lo probaron así hasta la saciedad. En el «caso impuro» porque permitía conservar el útero, destinado muchas veces a ser eliminado si el tocólogo quería evitar la peritonitis. Porque, frente a la Obstetricia clásica tenía una mortalidad fetal nula, en contra de la elevada que ofrecía el forceps (apesar de técnicas originales y nuevos modelos) y de la versión (aún en manos de los virtuosos de esta intervención) y todo ello, sin aumento de los riesgos maternos.

Noble en la época actual, de auge quirúrgico merced a los antibióticos, con nula mortalidad fetal y materna y casi nula morbilidad, sin limitación por la pureza del caso, época que podemos llamar de indicación universal de la cesárea, porque respeta al máximum el mecanismo del parto, no tiene aparato quirúrgico alguno y por tanto, no tara psíquicamente a la mujer —como hace indudablemente la cesárea— engendrando estados de angustia frente a nuevos embarazos, problemas de conciencia, desarmonía conyugal, Neurosis sexual, por fin y por todo constituyendo un factor demográfico negativo. La mujer queda después de la Sinfisiotomía mejor capacitada para partos sucesivos y no pierde la confianza en sí misma. ¿Quién puede, por apasionado detractor que sea de la Sinfisiotomía, negarle esa virtud?

Segunda.—La Sinfisiotomía es una operación RACIONAL.

Ataca allí donde reside la «causa» de la distocia: La Pelvis, obstáculo, transformando una pelvis «incapaz» en «capaz» y permitiendo la ulterior evolución del proceso, por vías naturales.

Sabemos cómo las Sínfisis pélvicas experimentan una «maduración gravídica», que les concede una mayor movilidad y con ella, una mayor capacidad de adaptación del anillo pélvico, al móvil, en su forma y dimensiones.

Sabemos cómo los dolores intensos, llamados por las mujeres de «riñones» y de «empeine», son propios de las distocias de encajamiento y traducen distensiones anormales en los aparatos ligamentarios de las Sínfisis, cesando tan pronto la presentación pasó el Estrecho superior.

Como a veces ocurre la disyunción o rotura espontánea de

la Sífnfis púica —verdadera Sífnfisotomía espontánea—, ocurriendo el parto rapidísimamente después de este accidente.

Conocemos perfectamente como la Sífnfis, tras rotura espontánea o diéresis quirúrgica, cicatriza pronto y perfectamente no afectándose en nada la estática de la pelvis.

La naturaleza indica así cual es el camino que racionalmente debe seguirse para resolver el problema mecánico-distócito. Nosotros podemos desoir estas voces y seguir otro camino, pero puede ser equivocado. También la Naturaleza se equivoca a veces y en vez de resolver el problema soltando las amarras de la Sífnfis, permitiéndole abrirse, elige como camino para evacuar el útero, una brecha en el Segmento Inferior (auténtica cesárea espontánea), que no otra cosa significa la rotura uterina. Los resultados de una y otra solución espontáneas son bien distintos. ¡Ciertamente no es ese el camino natural y racional!

Suprimamos el único obstáculo al libre avance fetal; encaucemos el parto por sendas de naturalidad y espontaneidad. ¡Ese es el camino natural y racional! Lo violento, lo extranatural, la Cirugía substituyendo a la auténtica Tocurgia, estará justificado allí donde la Sífnfisotomía, no basta. Jamás se hará una pelvis «capaz» si tiene menos de  $8 \frac{1}{2}$  de Conjugado verdadero, y si se hiciera capaz sería a costa de lesiones sobreañadidas. Por debajo de ese límite de «valor absoluto», la Sección uterina, conserva todos sus derechos y más desde hoy cuando FLEMING la hizo tan benigna.

Tercera.—La Sífnfisotomía es una operación CIENTIFICA.

¿Qué operación tocúrgica ha sido más estudiada que ella? ¿Cuál más discutida y comentada? Desde las primeras vigílias que le dedicaran SIGAULT y LE ROY, hasta los 30 años de estudio continuo y meticulosos que le lleva dedicados el Profesor ZARATE, infinidad de personalidades de todas las ESCUELAS, le han dedicado atención: BAUDELOCQUE, PINARD, FARABEUF, VARNIER, BRENDÉCU, BRUMM, ZWEIFELD, DODERLEIN, FRANZ... La Escuela italiana toda. Los Tocólogos Latinos-Americanos: AHUMADA, PERALTA RAMOS, MANUEL LUIS PÉREZ, RODRÍGUEZ LOPEZ, MORAGUES... En España la Escuela Catalana: GUILERA, GUERRERO ABELLAN, SABRIA...

Estudio Anatómico perfecto. Mecanismo de la cicatriza-

ción del cartilago (por BRUMM nada menos). Amplitud que permite lograr límites de la separación interpúbica que logrando el aumento suficiente en el área del Estrecho superior, respete la integridad de las partes blandas. Técnica operatoria depurada. Cuidados post-operatorios. Tipos de anestesia. Indicaciones. Contraindicaciones... Infinidad de estadísticas favorables en todos los tiempos y en todas las Lenguas, sobre todo desde que ZARATE hiciera su primera Sinfisiotomía en París.

¡Ciertamente que no es la Sinfisiotomía producto de la improvisación ni del empirismo obstétrico!

Científicamente también han sido estudiados sus pretendidos fracasos. No son de ella sino de Sinfisiotomistas que cometieron errores. ¿Qué medicación, eficaz, a dosis extraterapéuticas no motivaría catástrofe clínicas? ¿Quién podría culpar a la Digitalina de un Bloqueo mortal, si se administra a dosis de centigramos? Después de tres siglos, la Sinfisiotomía, sufrida cual ninguna otra operación, siguió y sigue soportando censuras que intrínsecamente no mereció jamás.

Cuarta.— La Sinfisiotomía es una operación BELLA.

La obstetricia a más de una Ciencia, es un Arte; el Arte sin matices no se concibe. La evolución actual de la Tocurgia, limitada como dice SABRIA al binomio Cesárea-forceps bajo, va perdiendo, ha perdido ya mejor dicho, sus matices y es un borrón uniforme y rutinario. ¡Poca Obstetricia se necesita saber para semejante Tocurgia!

La Sinfisiotomía conserva en cambio, los matices clínicos. Para ejecutarla, hay que conocer bien el mecanismo del parto; hay que calibrar la intensidad del obstáculo y las posibilidades de vencerlo o no de las fuerzas naturales, conociendo bien cuando éstas han claudicado, cuando el mecanismo se ha «descompensado» y ello antes de que sea tarde ni antes de que sea pronto; hay que calibrar y valorar el Psiquismo de la mujer en el trance de la maternidad y la proyección futura de estas Vivencias... ¡Hay matices, hay belleza en el planteamiento de la indicación!

Es incruenta; se le ofrece a la mujer como una «ayuda» al parto y no como una ingerencia por su incapacidad. Tras esa ayuda el parto, va a terminar espontáneamente o con nuestra co-

laboración si su hijo corre peligro. Elimina totalmente el obligado ambiente quirúrgico de la gran operación. ¡Es por ello bella en su ejecución, obstetricamente bella! Hay que vivirla para comprender su belleza; hay que comprobar el rápido desenlace de un parto laborioso y dolorosísimo que alarmaba a todos.

Tiene la mujer tan poca impresión de haber sido operada, que hemos tenido enfermas, que nos preguntaron si podían volver al pueblo una vez terminado el parto, en la misma Ambulancia, que las trasladó a Maternidad.

¡Cuanto le agradecen las mujeres sobre todo las que ya habían sido cesareadas! Ya pueden exhibir su «capacidad» ante todos y dejan de temer a futuros embarazos. Sinfisiotomizadas de Jaén, anteriormente cesareadas, han enviado palabras de gratitud al Profesor ZÁRATE, ya que gracias a su operación han recuperado tantas cosas que ya habían perdido, o estaban a punto de perder! Yo conozco la emoción con que el veterano Maestro de la tierra del Plata, ha recibido desde 5.000 millas de distancia, estas pruebas de gratitud, que no son más que un mínimo homenaje a sus desvelos y a sus esfuerzos.

¡Indudablemente es una operación bella en sus resultados!

Pues bien: Una operación que es NOBLE en su intención, RACIONAL en su concepción, CIENTIFICA en su construcción y BELLA en su ejecución es una operación con derecho a subsistencia. Subsistencia condicionada a:

Una técnica: La Parcial y Subcutánea de ZÁRATE.

Unas indicaciones basadas en el más completo conocimiento del problema obstétrico.

Un límite de estenosis pélvica (los  $8 \frac{1}{2}$  centímetros de conjugado verdadero).

Un criterio Obstétrico en la dirección del parto: Espontaneidad (si indicaciones vitales no imponen una conducta activa) y en ese caso, máxima escrupulosidad en las técnicas, en las maniobras obstétricas pues cualquier violencia que, a pelvis íntegra dañaría al feto, con pelvis seccionada, dañará a la madre.

Razonada así la permanencia de la Sinfisiotomía (y desde este momento nos referimos sólo a la Parcial y Subcutánea de

ENRIQUE ZARATE) veamos cual es en nuestra modesta opinión, su posición en la Obstetricia actual.

Entendemos que la obstetricia hay que «naturalizarla». Hay que encauzarla de nuevo por derroteros de espontaneidad frenando este torrente de indicaciones cesareantes que a todos nos arrastra. El parto hay que dirigirlo por vías naturales siempre que ello no envuelva mayores peligros para madre y feto, que la Sección uterina y a igualdad de resultados, inclinándonos indudablemente por lo que más se aproxime a la naturalidad, evitando el trauma psíquico.

Frente a la estenosis pélvica extrema, nadie duda de la legitimidad de la cesárea, pero frente a la desproporción menor, con pelvis que «pueda hacerse capaz», con la S. P. S., o en pelvis normal pero con presentación cefálica que no termina su encajamiento bien por deficiente poder de adaptación, por deflexión, por orientación oblicua posterior, quedando también el cuello estacionario en su dilatación (que consideramos indudablemente coetánea de la progresión), nada hay superior en resultados a la Sección púbica y a la dirección ulterior del parto según normas del buen Arte de partear, no interfiriendo la marcha del proceso ya normalizado más que frente a indicaciones vitales. La espera tras la Sinfisiotomía puede durar incluso horas, como podría ocurrir en un parto con pelvis normal, pero casi siempre el parto termina en unos minutos y de forma espectacular.

Si el encajamiento no se verifica, como al no descender la presentación, la separación interpúbica no se verifica o sólo en grado mínimo ¿qué nos impediría dar la prueba por negativa y practicar una cesárea? ¡Pocas veces sin embargo, habría que recurrir a este extremo! Si la presentación se encaja del todo, como es la regla y surge una indicación materna o fetal ¿qué nos impide hacer un Forceps bajo, inocuo, como haríamos en un parto normal?

Tanto en primíparas como en múltiparas hay que reconocer que esta distocia «menor» es la que más cesáreas motiva hoy y donde la S. P. S. puede evitar muchas de ellas sin detrimento para la madre ni el feto, y con muchas ventajas para aquélla.

La conducta sería en resumen: Sinfisiotomía y partos es-

pontáneo la mayor parte de las veces. Sinfisiotomía «complementada» por forceps bajo con o sin Episiotomía y de un modo totalmente excepcional, cesárea por su fracaso.

Otras veces la Sinfisiotomía puede ser «complementaria»: Retención inopinada de cabeza última tras Versión o Ayuda manual al parto podálico ¡Indicación absoluta! ¡Nada efectivamente puede salvar la vida fetal en este caso como no sea esta operación! Dificultades inesperadas en Forceps que parecía correcto y fácil, en plena excavación ¡Nada puede entonces con menor riesgo fetal que la Sinfisiotomía, terminar el parto! sin lesiones maternas sobreañadidas siempre que las maniobras extractoras tengan la más exquisita suavidad.

La S. P. S. así concebida no es una operación más, es un componente valioso de un sistema de asistencia obstétrica equilibrado. Forma parte de ese arsenal de recursos de que disponemos hoy para la tan prodigada «ayuda al parto espontáneo», que con tanta razón nos exige la mujer que no tolera ya, nuestra indiferencia a sus sufrimientos: La Amniorraxis, el descalzamiento del cuello, la Episiotomía profiláctica, las incisiones de DÜRSEN en cuellos rígidos y los recursos medicamentosos (Espasmolíticos, Occitocicos, Sedantes, etc. etc.). Todo ello bastará para abreviar el parto, La S. P. S. posibilitará esto mismo en las «pelvis límite», que son con mucho las más frecuentes.

Muchas lecciones llevo recibidas del Profesor ZÁRATE, Maestro generoso en Sinfisiotomía, pero ninguna tan provechosa como la última que amplía la operación abriéndole cauces insospechados.

Esta lección, sobre el concepto actual de la Sinfisiotomía, forma parte de su próxima publicación en inglés; está aún inédita y tuvo la gentileza de dedicarme la primacía, al conocer mis puntos de vista totalmente coincidentes con los suyos.

#### ESTADISTICA

A continuación me permito pasar revista rapidísimamente a mi resumen estadístico, que comprende enfermas privadas y

de la Maternidad Provincial, y cuyas historias clínicas están re-dactadas de la forma más completa posible

Agruparé los casos de la forma siguiente:

#### S. P. S. OPERACION UNICA

Múltiparas, pelvis justas, presentaciones de Vértice y Prueba de trabajo negativa. S. P. S. como tratamiento seguida de parto espontáneo: 12 casos.

Múltiparas pelvis normales al parecer y presentación de Deflexión (frente y cara) S. P. S. y parto espontáneo: dos casos.

Múltiparas pelvis justa y un parto anterior con cesárea S. P. S. y parto espontáneo: dos casos.

Primípara pelvis justa y parto bloqueado; cuello sin terminar de dilatar. S. P. S. y parto espontáneo: Un caso.

#### S. P. S. OPERACION COMPLEMENTARIA

Múltipara, retención de cabeza última S. P. S. y fácil extracción: dos casos.

Múltiparas, anteriormente cesareadas (una de ellas dos veces) con posición oblicua posterior del Vértice; forceps de DEMELLIN en presa ideal e invertida; tracciones suaves que no bastan. S. P. S. y fácil rotación y extracción, Episiotomía: dos casos.

Secundípara; oblicua posterior de Vértice encajada y bloqueo de parto. Forceps de DEMELLIN en presa ideal e invertida; tracciones suaves que no bastan S. P. S. y fácil rotación y extracción, sin lesiones sobreañadidas: un caso.

Primípara, oblicua anterior de Vértice encajada; no progresión. Forceps de NAEGUELE en presa normal; dificultades al avance S. P. S. y fácil rotación y extracción: un caso.

#### S. P. S. OPERACION COMPLEMENTADA

Múltiparas, pelvis justa, prueba de trabajo negativa. S.P.S. y fácil encajamiento; lenta evolución ulterior, con sufrimiento fetal. Forceps fácil hasta cuarto plano y desprendimiento final con KRISHTELLER: dos casos.



Primípara en iguales condiciones y con igual resultado:  
un caso.

#### S. P. S. REITERADA

Múltipara, primer parto feto muerto; segundo mediante S. P. S., parto espontáneo con feto vivo; tercer parto espontáneo sin intervención y cuarto parto, el actual en el que surge de nuevo la distocia de encajamiento S. P. S. muy fácil y parto espontáneo: un caso.

En total presentan 27 casos de S. P. S.

Mortalidad materna 0.

Morbilidad materna: Tromboflebitis ilio-femoral, curadas sin secuelas: un caso. Ninguna perturbación urinaria ni de deambulación en ninguna operada.

Altas entre el 7.º y 12.º día post-operatorio.

Mortalidad fetal: dos casos.

Uno de ellos en S. P. S. sobre cabeza última retenida, sin duda alguna porque tardamos en decidirnos y el feto cayó en en anoxia irreversible. El otro una Múltipara tratada con S. P. S. seguida de rapidísimo parto espontáneo practicada la operación, ya con intenso sufrimiento fetal.

No se trata pues, de dos fetos muertos por la S. P. S. sino a pesar de ella.

Los fetos nacidos tras esta operación han gritado todos enérgicamente, en los primeros momentos, y sus pesos han oscilado entre los 3.000 gramos el menor y 5.200 el mayor.

Las separaciones interpúbicas logradas han sido desde sólo unos milímetros a máximo (muy pocas veces alcanzado) de dos traveses de dedo. En casi todos los casos la separación fué de medio través de dedo.

Como detalles de técnica señalaremos:

La anestesia ha sido local (que es siempre muy eficaz) o con Cloruro de Etilo, continuada después con algún goteo clorofórmico o etéreo sólo en dosis de analgesia, para conseguir la cooperación de la enferma.

Seccionamos siempre primero el cartílago; después una a una las fibras más superiores del Arcuatum y si no basta en un tercer tiempo atacamos el «freno superior», muy poco hasta lograr separación.

En el post-operatorio cuidados mínimos: vendajes con esparadrapo de trocanter a trocanter, y una simple ligadura, amplia a nivel de rodilla; sonda permanente en los primeros días. Dejamos libre movimiento en la cama desde el principio y la mujer abandona el lecho, tan pronto se considera capaz de hacerlo.

Termino esta comunicación con la expresión de mi gratitud para el Profesor ZÁRATE, por sus enseñanzas. Para los distinguidos compañeros aquí reunidos por la atención que me han prestado y hago ante ellos la afirmación más sincera de que traje este Tema a la Sociedad Ginecológica Española, con el deseo de estudiarlo mejor, cosa que sólo me será posible con las aportaciones que al Tema hagan los Maestros y compañeros aquí reunidos. No vine aquí a enseñar nada; sólo deseo aprender.