

Secuelas tardías de la Cesárea

Por *Eduardo García-Triviño*

Director de la Maternidad Provincial de Jaén (1)

Señores:

Sería obvio razonar sobre el hecho de que en la Obstetricia actual, y salvo la distocia del Período basal, la Cesárea ha desplazado a la Tokurgia clásico o, al menos, ha relegado sus operaciones al orden de lo excepcional. Son los índices de mortalidad y de morti-natalidad, con sus ínfimos valores actuales, los que basamentan este criterio que es universal. Como universal es el deseo de restringir operaciones y la convicción de que ello será posible cuando un mejor conocimiento de la fisiopatología de la Distocia Funcional (fuente de muchas indicaciones de cesárea), y una Farmacología más efectiva de dicha disfunción, estén logrados. Ya está dando sus frutos en esa ruta la Conducción Médica del parto (que encauza muchas disrritmias primarias) y que tuviera sus precursores en Kreis y Schikele, en Es-

trasburgo, hace ya 40 años, cuando afirmaban que la medicación analgésica y espasmolítica era la mejor medicación occitócica del Período dilatante. Pero aún queda mucho camino por recorrer hasta controlar del todo el "motor del parto". En tanto, habrá que seguir considerando a la Cesárea como operación de muchas indicaciones, incluso, de liberales indicaciones, dada su seguridad actual.

Por la liberalidad de las indicaciones de la Cesárea, por su frecuente uso, la Cesárea sigue siendo motivo de preocupación para el Obstetra. Ciertamente que ya no nos preocupa la mortalidad, que pertenece a época rebasada. Los perfeccionamientos de la técnica de la operación, de la técnica quirúrgica general, del advenimiento de los antibióticos, nos permiten hoy afirmar que una mujer cesareada sin más problemas que su distocia,

(1) Conferencia en el Curso de Actualizaciones Médico-Quirúrgicas. Seminario Médico. Curso 1967-68.

no puede morir por una Cesárea. Nuestra preocupación actual va por la morbilidad que puede crear la Cesárea, por las secuelas de la intervención. Secuelas que, lejos del acto quirúrgico, pueden comprometer la salud y hasta la vida de la cesareada, por eso, esas secuelas debemos conocerlas, evitarlas y tratarlas cuando surjan. Secuelas poco frecuentes, por fortuna, pero cuya frecuencia va aumentando según aumentan las cesáreas iterativas (en las que son más fáciles de producir) y según aumenta de volumen el error de creer, ante la falta de mortalidad, que la Cesárea es operación elemental, de técnica simple, que no precisa de requisitos especiales y que está al alcance de cualquier ambiente obstétrico. ¡Peligrosa confianza es esa!

De las secuelas tardías de la Cesárea, estudiaremos sucintamente, y sólo desde un punto de vista clínico y con proyección práctica inmediata, su *génesis, profilaxis, diagnóstico y tratamiento*.

La esencia etiopatogénica de toda secuela post-cesárea estriba en una **CICATRIZACIÓN PATOLÓGICA**, de la histerotomía, con posibilidad siempre, de deshicencia consecutiva. La patología cicatricial, puede depender de **CAUSAS GENERALES**, por patología concomitante (diabetes, enfermedades consuntivas), o por **ANEMIA**, tanto provocada por una operación sangrante, o por hemorragias anteriores y su-

mas a la hemorragia operatoria, como ocurre en la indicación por Placenta Previa. Pero depende más que nada de **CAUSAS LOCALES**, aunque a veces se imbriquen también causas generales. Esas causas locales son la **INFECCIÓN** y la **TECNICA DEFECTUOSA** en la ejecución. Ambas causas locales también se imbrican con frecuencia, pues nada hay que predisponga más a la infección de una herida operatoria, como la defectuosa técnica operatoria. La infección preexistente en muchas indicaciones actuales de cesárea, que no la lleva el cirujano, sino que ya está allí, hecha durante el parto de prueba, podrá quedar bloqueada por los antibióticos, no se generalizará, pero actuará de modo nefasto sobre la cicatrización y se proyectará en la clínica, por esas febrículas moderadas o fugazmente altas que vemos en las cesareadas en caso impuro. La técnica defectuosa, porque aumenta el estupor local quirúrgico, hace disecciones violentas, logra mala hemostasia, hace incorrectas suturas, con todo lo que dificulta la cicatrización por primera intención y, como decíamos antes, favorece la infección de la herida operatoria y sus regiones lindantes.

Las consideraciones profilácticas saltan automáticamente tras esas consideraciones etiopatogénicas.

1.º—Tratar adecuadamente el estado general (intra y post-operatoriamente, al menos) y atender a la

ANEMIA de la cesareada, extremo que está habitualmente descuidado, y tengan en cuenta, que una cesárea puede motivar pérdidas, incluso superiores a un litro de sangre.

2.º—En la lucha contra la infección, restablecer el valor que antes dábamos a la Asepsia Obstétrica, evitando en toda parturienta que presumamos puede terminar con cesárea, toda maniobra vaginal que no sea absolutamente necesaria (incluso el tacto vaginal tan prodigado de nuevo) y, sobre todo, “las pruebas de parto vaginal, ante-cesárea” (antes con forcóps y hoy con ventosa) para, si fracasa —como suele ocurrir—, cambiar de vía, con los riesgos sépticos constantes. Protección antibiótica amplia, incluso, ya intraoperatoriamente, en los mismos goteos, pero sostenida en el puerperio inmediato.

3.º—Escrupulosa técnica, en la diéresis, en la hemostasia y en la síntesis de la herida uterina. Esta sutura debe ser ENTRECORTADA en un primer plano EXTRAMUCOSO, con puntos simples, no cruzados y fruncientes, pues todo lo que no sea eso, expone a la hernia de la mucosa con las consecuencias que después veremos. Hacer un segundo plano, que ya puede ser continuo, puramente fascial, jamás perforante. Tratar cuidadosamente la disección vexical, con sólo la extensión necesaria, a punta de tijera o disección roma a dedo, sin restregamientos con la traumatizante compresa.

Peritonizar bien, en dos planos. En fin, operar bajo los mejores antibióticos, pero hacerlo como si no dispusiéramos de ellos, no olvidando que la auténtica profilaxis postoperatoria está, más que en nada, en las manos del cirujano.

Y tras estas consideraciones generales, comunes a toda deshicencia de la cicatriz hysterotómica, en el terreno de la Sintomatología, el diagnóstico y el tratamiento de los diversos síndromes que ello puede crear, hemos ya de concretar.

El síndrome más conocido y más temido, es el de la deshicencia de la cicatriz en un subsiguiente parto vaginal. Es el auténtico fantasma en el porvenir de la mujer cesareada y tan temible, que CESAREA TRAS CESAREA, fue la consigna de muchas escuelas obstétricas. Conducta incuestionable cuando la indicación de cesárea partió de una pelvis viciada, pues la causa subsiste en parto ulterior, pero no así cuando la indicación partió —y esto es hoy muy frecuente— de una distocia funcional, con dilatación estacionaria y sufrimiento fetal precoz, siendo normal la pelvis. Entonces es razonable, aconsejable, la prueba de parto vaginal en parto subsiguiente y la práctica demuestra cómo aquel útero que creó el problema primitivo, en una mejor maduración de embarazo sucesivo, se comporta normalmente y la mujer tiene parto vaginal, incluso, parto fácil. El eliminar del hogar el te-

mor a cesárea en cada parto, es obligado. Pero a esa prueba de parto vaginal, el Tocólogo va siempre con temor a la deshiciencia, pasa por verdadera angustia, hasta que el parto terminado (siempre en quirófano y con laparatomía preparada), hace la obligada revisión manual y encuentra el segmento íntegro. Esa inquietud será menor si la cesárea la habíamos hecho nosotros, si estábamos seguros de la técnica y del post-operatorio (sin signos de infección), pero era muy grande en mujeres que nos las entregan sin más noticias de su cesárea, que la cicatriz abdominal. Desde hace poco tiempo, afortunadamente, podemos objetivizar la capacidad o incapacidad de la cicatriz segmentaria, mediante el estudio radiográfico del útero a los pocos meses de una cesárea, antes de que sobrevenga otro embarazo. Es un nuevo capítulo de la radiología obstétrica, cada día con más campo. Han sido los trabajos de Baker y, sobre todo, del mejicano Ruiz Velasco, los que han hecho posible este pronóstico de la capacidad de la cicatriz, mediante la histerografía con contraste. Es más, Ruiz Velasco, ha coteiado los resultados de sus histerogramas, con los resultados clínicos numerosos y hasta con estudio histológico de la cicatriz en cesárea reiterada, encontrando, que concuerdan siempre. Si a los 4 meses de una cesárea hacemos una histerografía, podemos encontrar un istmo uterino SIN DEFORMACIONES

(figura 1). Esa normalidad corresponde a una perfecta cicatrización y a un buen pronóstico de parto subsiguiente. Pero ello no es frecuente, pues la cicatrización del segmento es un proceso lento. Por eso, lo normal en ese tiempo, es encontrar DEFORMACIONES en el istmo uterino, tan frecuentes, que Ruiz Velasco las denomina HABITUALES. En ese caso habrá de repetirse la histerografía ocho meses después y entonces, o esas deformaciones persisten—signo cierto de una cicatrización defectuosa que conlleva la no autorización de parto vaginal en otro embarazo—, o lo más frecuente, que hayan desaparecido y entonces estamos como en el primer caso, con una cicatriz eficiente y autorizados a parto vaginal (figuras 2-3-4-5). Otras veces, ya en la primera prueba, encontramos tales deformaciones del istmo, que la cicatriz ha de darse por patológica con todas sus consecuencias (figura 6).

Conclusiones prácticas: Toda cesareada debe ser sometida a Histerografía a los 4 y 12 meses después de la cesárea. La conducta en el parto siguiente debe atenerse, en mucho, al estado radiográfico del istmo uterino. No debe aconsejarse nueva gestación tras cesárea, hasta pasado un año de la operación. La mujer en la que queden estigmas radiográficos que hagan presumir una deshiciencia en parto ulterior, debe ser cesareada en los comicios

del parto y ella debe saber ya desde la prueba radiográfica, que eso es lo correcto y lo menos peligroso. En condiciones opuestas y si no hay obstáculo pélvico, el parto vaginal puede abordarse, incluso el parto dirigido, pero absolutamente siempre en quirófano, con equipo de laparotomía siempre dispuesto. La revisión manual del segmento inferior, a útero vacío, es obligada. No guiarse nunca por los signos de rotura uterina, que aquí suelen estar ausentes (se trata de una rotura "solapada", que sólo la revisión descubre). El tratamiento de la deshicencia debe aplicarse sin demora. Laparotomía inmediata, separación vesico-uterina, resección y regularización de bordes en la brecha uterina y cuidadosa sutura, tan pulcra como debe hacerse en toda cesárea, peritonizar y cerrar. A veces, los destrozos en la brecha pueden obligarnos a histerectomía, lo que no debe dudarse en mujer varias veces cesareada, y más si está próxima al climaterio. Tenemos la satisfacción de comunicar que en mujeres cesareadas en nuestros servicios, no vimos nunca una deshicencia en parto ulterior; las que hemos observado y hemos tenido que afrontar, fueron cesareadas fuera.

Otras veces, las deshicencias de la herida uterina, no se manifiestan en partos sucesivos, sino fuera de la gravidez, creando síndromes ginecológicos y urológicos varios y que vamos a describir.

Puede ocurrir, la llamada "Hernia del istmo". La deshicencia, hizo que la mucosa del istmo —que también es funcional— invada el espacio vesico-uterino, colonice en el mismo, creándose una endometriosis de implantación en el sentido de Sapsom y creando lo que algunos han llamado Síndrome de Parent. Esas enfermas consultan frecuentemente al urólogo, pues su sintomatología consiste en DISURIA CATAMENIAL, con orinas claras. En ellas, las exploraciones urológicas son negativas (quizás la cistoscopia hecha en plena menstruación, pueda demostrar una mucosa enrojecida, en pared posterior y alta, pero nada más). Las orinas no tienen gérmenes ni piocitos. Si las explora el ginecólogo, es muy significativo un dolor selectivo en el fondo de saco vaginal anterior, en la menstruación. El clisé radiográfico da el diagnóstico, demostrando la deformación del istmo y la invasión del contraste en el espacio vesico-uterino. El tratamiento no es otro que la reapertura y cierre correcto, del istmo deshiciente.

Puede ocurrir, por fin, que la deshicencia se acompañe de necrosis de la pared vesical y se engendre una comunicación vesico-uterina. Se ha creado una fístula vesico-uterina que dará lugar a un síndrome especial, llamado Síndrome de Jousset o Menuria. De esta secuela hay también pocas publicaciones y en España conocemos solamente dos

casos publicados por Gil Vernet. Nosotros hemos tenido recientemente que tratar dos casos cuyas historias clínicas comentaremos después. Se ha dicho que esta fístula es original, pues es en "un solo sentido": útero-vejiga. No habría incontinencia urinaria, pues la orina vierte más fácilmente a la uretra que al útero (de cavidad virtual, de paredes rígidas y cerrado por el cuello uterino con su esfínter y el tañón mucoso). Por el contrario, la sangre menstrual, fluye más fácilmente hacia la vejiga, apareciendo esa falsa hematuria catamenial (con aparente amenorrea), que se ha denominado por Joussef, Menuria. Cada menstruación, la mujer orina sangre, sin la menor molestia vesical, al tiempo que no aparece sangre en la vagina. La inyección de contraste en el útero, muestra el trayecto de la fístula y no al contrario. La cistoscopia puede demostrar la fístula (siempre posterior y alta, sobre un mamelón muy típico) y si la hacemos en plena menuria se comprueba la salida de sangre menstrual por ella. Por todo, las mujeres afectas tanto del Síndrome de Parent como en el de Joussef, deben ser estudiadas conjuntamente por urólogo y ginecólogo y el diagnóstico será de ambos, como ocurrió en nuestros casos, procedentes de la clientela del doctor Quesada Aranda, que contribuyó tanto al diagnóstico, como a la curación, quirúrgica de los dos casos que hemos observado. Hemos de comentar, que

el Síndrome de Joussef, no es siempre tan típico, al menos, no ha sido tan típico en nuestros casos. Que la menuria no es siempre tan obstensible y que la incontinencia no es siempre tan ausente.

El primer caso de Joussef que observamos, fue en una mujer tres veces cesareada (fuera de nuestros Servicios) y que tras la última cesárea, tiene un curso post-operatorio febril y consultaba por dolores en bajo vientre, amenorrea e incontinencia de orina. A veces, orinaba sangre. La exploración ginecológica descubrió una Anexitis quística bilateral, enfriada. La repleción vesical hasta con 300 cc. de solución acuosa de Indigo, no permitía descubrir incontinencia; en la vagina ni por el cuello, manaba colorante. Una primera exploración urológica fue negativa y nos devolvieron la enferma con el diagnóstico de incontinencia de meato, neurógena. La incontinencia fue cediendo con el tiempo (antes absoluta y luego, sólo con vejiga llena y en decúbito), persistiendo la amenorrea y las orinas, a veces, con sangre. Entonces es explorada por el doctor Quesada Aranda (tras cambiar un día impresiones con nosotros sobre el caso y pensar ambos en el Joussef) y, efectivamente, encontró la fístula en Cistoscopia, por la que vio manar sangre en época menstrual y que rellenando la vejiga con contraste, obtuvo un clisé radiográfico que mostraba claramente la fístula en

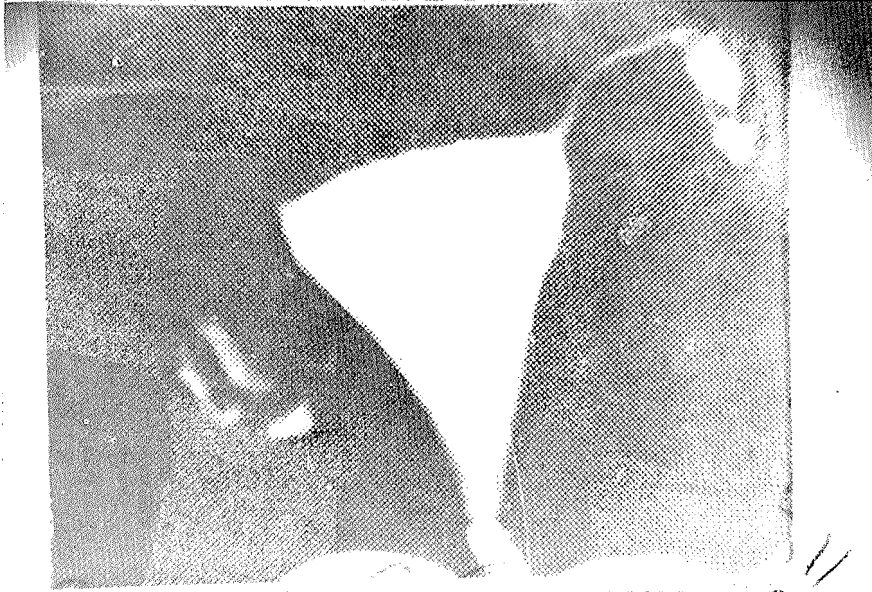


Figura n.º 1.—Histerograma de frente mostrando un istmo uterino totalmente normal. Buen pronóstico de parto subsiguiente.



Figura n.º 2.—Histerograma de frente, a los 4 meses de cesárea, mostrando deformación del istmo uterino, HABITUAL.



Figura n.º 3.—Histograma de perfil (el mismo caso de la figura n.º 2), mostrando en esa posición el mismo defecto del istmo.



Figura n.º 4.—Histograma de frente en el mismo caso de la figura 2, ocho meses después. Normalización de la morfología del istmo.

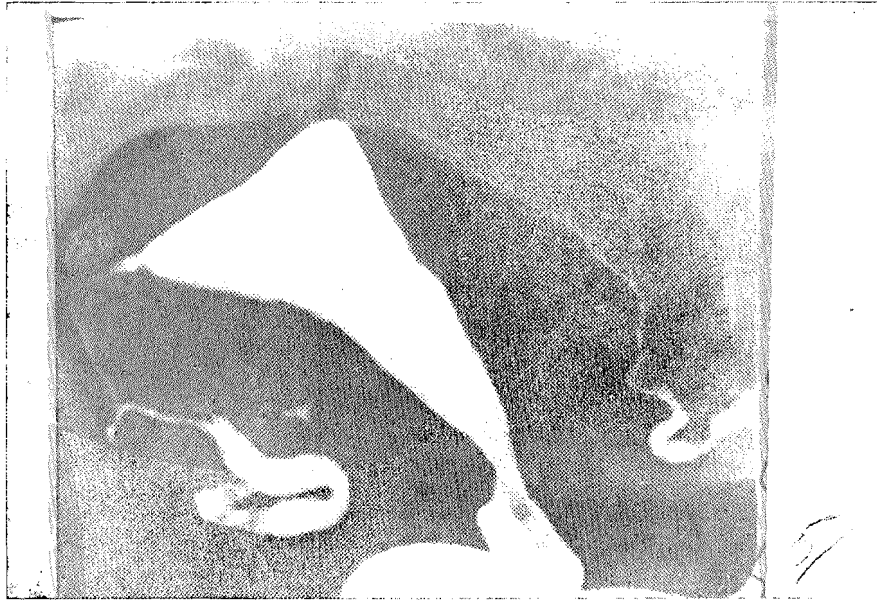


Figura n.º 5.—Histerograma de perfil, del mismo caso, mostrando la normalización de la morfología del istmo.



Figura n.º 6.—Histerograma de frente mostrando tales anomalías del istmo uterino que deben siempre considerarse patológicas.

dirección al útero. En la operación, como había una indicación quirúrgico-ginecológica, dada por la anexitis muy dolorosa y muy rebelde, decidimos abordar la fístula por vía trasperitoneal, tras la histerectomía que suponíamos precisa y más en mujer tres veces cesareada y con cerca de 40 años. La laparatomía descubrió, efectivamente, la anexitis quística, muy difícil de liberar y pediculizar, y se practicó histerectomía ístmica. La vejiga estaba muy firmemente adherida al istmo uterino, hubo de disecarse a golpe de escalpelo, comprobándose la gran fístula vesico-uterina que habíamos diagnosticado. Se hizo doble plano de sutura vesical, extramucosa, comprendiendo en el segundo el labio posterior del cuello amputado y se peritonizó uniendo fondo vesical a peritoneo del Douglas. Curación total y revisión postoperatoria de completa continencia y normalidad.

El segundo caso de Joussef, correspondía a otra mujer con cesárea iterativa fuera de nuestro servicio, y desde la segunda cesárea tiene incontinencia urinaria total. No tiene menuria. La exploración ginecológica es negativa. El doctor Quesada Aranda visualiza la fístula en Cistoscopia, ve manar algo de sangre por ella estando la mujer en menstruación aparentemente normal. Una solución coloreada inyectada en el útero, mana fácilmente por el orificio fistuloso durante otra cistoscopia. No se hizo radio-

grafía. Este caso fue abordado quirúrgicamente por vía trasvesical, previa amplia talla hipogástrica que descubrió perfectamente la fístula, la que ampliamente movilizada fue suturada en dos planos, cerrando luego la talla y dejando sonda permanente, como es obligado. La enferma curó de su incontinencia y sólo tiene una trigonitis residual.

Vemos, pues, cómo en los dos casos había incontinencia y menuria solo claramente ostensible en el primero, mientras que en el segundo, fue casualidad el descubrirla en cistoscopia. Según esta corta experiencia, podemos decir que lo atípico es lo típico en el Síndrome de Joussef. Agradecemos al doctor Quesada Aranda su colaboración en el estudio y tratamiento de ambos casos.

Como comentario final a estos dos casos de Joussef que comunicamos, diremos que con curar a una de estas enfermas; con suprimir su incontinencia o su menuria, no han terminado nuestras preocupaciones, pues su porvenir obstétrico, si la operación (segundo caso) fue conservadora, es muy desfavorable. El peligro de nueva reproducción de la fístula como consecuencia de un parto subsiguiente, es muy acusado (como pasaba antes con las fístulas vesico-vaginales, de las que tantos casos hubimos de operar y como secuela de la tocurgia vaginal antigua). Como en aquéllas, en éstas,

hay que evitar el parto vaginal subsiguiente, es decir, hemos de cesarear si sobreviene otro embarazo. Pero, además, las condiciones del istmo no permiten una cesárea segmentaria que volvería a reproducir la fístula, sino que hay que hacer cesárea corporal y muy precoz, antes de que las contracciones distiendan el segmento inferior y rompan lo hecho en la operación oclusora. La cesárea corporal, tiene el enorme riesgo de conservar el útero, y, por tanto, nos debemos inclinar por la histerectomía, tras

la evacuación uterina corporal. Este detalle es algo que la mujer debe conocer antes de provocar otra situación obstétrica. Quizás deba conocerlo para nada, pues se da el hecho paradójico, que mientras mujeres de parto fácil se entregan a la anticoncepción, estas otras de mal pronóstico obstétrico, que en cada parto se juegan la vida, insisten una y otra vez (hasta cinco cesáreas hemos practicado en una) de modo incomprensible, quizás porque olvidamos que la mujer es un ser deliciosamente incomprensible.