

Sinfisiotomía: Un procedimiento olvidado, salvador de vida

Gral. Brig. M.C. Manuel **Quirarte-Medina**,* Tte. Cor. M.C. Francisco de Jesús **Martínez-Herrera**,**
Cor. M.C. Raúl **Rodríguez-Ballesteros**,*** Tte. Enfra. Patricia **Aquino-Rangel******

Hospital Central Militar-Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. SEDENA.

RESUMEN

Se comunica el caso de una paciente con producto en presentación pélvica atendido por vía vaginal, en el que la cabeza quedó atrapada. Ante la imposibilidad de liberarla con las maniobras habituales, se realizó una sinfisiotomía, con lo que se resolvió el caso. El tiempo de atrapamiento de la cabeza fue de 12 minutos. Al realizar el procedimiento se lesionaron el útero, la vagina, la vejiga y la uretra, reparándose adecuadamente. En la pelvis se realizó una osteosíntesis del pubis. El desarrollo neurológico de la recién nacida, cinco años después, es normal y la madre no presentó secuelas. Se presentó la disyuntiva médica y ética de realizar un procedimiento sin tener experiencia en el mismo o dejar morir a un bebé ante esta emergencia obstétrica. La sinfisiotomía es una intervención quirúrgica muy sencilla y muy útil, que debe enseñarse durante la residencia.

Palabras clave: Sinfisiotomía, pelvis, pubis, osteosíntesis, ética.

Symphysiotomy: A savior forgotten procedure of life

SUMMARY

A 29 years-old female, with history of twonormal vaginal deliveries, came to the hospital with a pelvic presentation and almost a complete cervical dilatation. A pelvic delivery was planned. The legs, pelvis, thorax and arms were delivered without problems but the head was retained. The Mauriceau-Smellie-Veit maneuver was failed and two Piper forceps applications intended without success. A symphysiotomy was performed under local anesthesia. A female baby was delivered with Apgar-score 0-2-4. The mother had an uterine, vaginal, vesical and urethral injury. The pubic injury was treated with an osteosynthesis by the orthopedic department. The baby was a term female, with 3020 goof weight and 40 weeks Capurro. She had also abraquial plexus injury, anoxic encephalopathy, and anemia. Mother and baby were discharged seven weeks after delivery. Five years later, both are totally recovered, without any sequel. The baby has a physical and intellectual development according to her age. There was a medical and ethic problem in applying an emergency surgical intervention without experience, but in this case was life-saving for the baby. Symphysiotomy is a surgical intervention, which should be learned during the residency.

Key words: Symphysiotomy, pelvis, pubis, osteosynthesis, ethics.

Introducción

La sinfisiotomía es un procedimiento obstétrico que puede salvar una vida en un escenario donde un recién nacido estaría condenado a morir.¹ Es un procedimiento que los obstetras están poco dispuestos a realizar, pensando que es

arcaico y que está fuera del ejercicio moderno de la especialidad; quien lo realiza recurre a una intervención obstétrica de segunda, muy lejana a la solemnidad de una operación cesárea. Sin embargo, este procedimiento obsoleto y anticuado resulta ser útil en ciertas circunstancias y puede salvar vidas. Si se realiza apropiadamente, con conocimiento y

* Médico Especialista en Gineco-Obstetricia. Sub Director Médico del Hospital Central Militar. ** Jefe de Cuartos Combinados. Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. *** Jefe del Departamento de Obstetricia. Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. **** Licenciada en Educación Especial. Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología.

Correspondencia:

Dr. Raúl Rodríguez Ballesteros.

Circuito Historiadores S-44, Depto. B-101, Ciudad Satélite, Naucalpan, Estado de México. C.P. 53100. Cel.: (04455)4010-3617. Correo electrónico: rodbal@prodigy.net.mx

Recibido: Abril 12, 2013.

Aceptado: Septiembre 10, 2013.

entrenamiento adecuados, tiene muy poca morbilidad. Este trabajo presenta un caso ilustrativo de su utilidad.

Caso clínico

Paciente de 29 años, con historia de tres embarazos previos, dos terminados en parto vaginal normal y uno en aborto espontáneo. El presente embarazo se controló a partir de la semana 26 evolucionando sin complicaciones. A las 39 semanas y 3/7 se presentó al Servicio de Urgencias refiriendo actividad uterina de seis horas de evolución. La exploración física reveló que el producto se encontraba en presentación pélvica; el cérvix tenía 9 cm de dilatación con borramiento del 90% y la presentación se consideró que era incompleta de nalgas. Se estableció el diagnóstico de múltipara en fase activa del trabajo de parto con presentación pélvica. En virtud de sus antecedentes y de lo avanzado del trabajo de parto se decidió permitir el nacimiento por vía vaginal. La paciente se trasladó a la Sala de Tococirugía y cinco minutos después presentó ruptura de membranas con procidencia de un pie. Se pasó de inmediato a la Sala de Labor, donde inició la atención del parto pélvico, liberando la pelvis, el asa de cordón y los hombros sin problemas; se procedió a realizar episiotomía media y a liberar la cabeza mediante maniobra de Mariceau-Smellie-Veit, la que no tuvo éxito; se aplicaron fórceps de Piper en dos ocasiones y tampoco pudo extraerse la cabeza. Ante esta situación, y en virtud de que el cordón umbilical ya no latía, sin nada más que ofrecer a la paciente y a su hijo, se decidió realizar una sinfisiotomía de urgencia bajo anestesia local. Al completarse la sinfisiotomía, la pelvis se abrió y pudo extraerse la cabeza, entregando el recién nacido al neonatólogo 12 minutos después del atrapamiento de su cabeza. Al revisar se observó que había lesión del útero, la vagina, la vejiga y la uretra, por lo que se procedió a realizar una laparotomía exploradora reparando los daños sin más complicaciones. El neonatólogo reportó una recién nacida femenina, con índice de Apgar de 0-2-4, peso de 3,020 g, Capurro de 40 semanas, perímetro cefálico de 33 cm, la que quedó internado en el Servicio de Cuidados Intensivos Neonatales. En interconsulta, el Servicio de Ortopedia del Hospital Central Militar decidió realizar osteosíntesis del pubis, la que se realizó sin problemas. La revisión de la paciente por el Servicio de Urología, tres semanas después del parto, incluyendo la realización de una cistografía, no reveló complicaciones. La sonda vesical se retiró tres semanas después del parto. Se envió a la paciente al servicio de Rehabilitación para iniciar programa de reeducación de la marcha. Los diagnósticos finales fueron, para la madre: múltipara con embarazo a término en presentación pélvica, parto vaginal con atrapamiento de cabeza última, resuelto con sinfisiotomía, la que ocasionó lesiones de útero, vagina, vejiga y uretra, resueltas satisfactoriamente; para el bebé: recién nacido de término, eutrófico, que nació en paro cardiorrespiratorio, índice de Apgar muy bajo, con repercusión gasométrica, anemia, encefalopatía neonatal y lesión del plexo braquial, ésta, actualmente, en remisión. La

paciente egresó de la clínica después de ocho semanas de internamiento, caminando sin ayuda y con su hijo vivo. El seguimiento de la madre ha demostrado recuperación íntegra. La bebé se ha recuperado totalmente de la lesión del plexobraquial y ha estado sometido a educación especial y evaluaciones periódicas, la última de las cuales, cuando tenía ya cinco años de edad, reportó: la evaluación psicopedagógica realizada mediante prueba de Wechsler (WISC-III) revela un cociente intelectual verbal y ejecutivo de 100 y 95, respectivamente, con base en los sistemas calificadorios DSM-IV y CIE-10, de la Asociación Americana para el Retraso Mental (AAMR).

Discusión

La sinfisiotomía es un procedimiento útil en tres situaciones:

1. La cabeza última atrapada en un parto pélvico, como en el caso presentado.
2. La distocia de hombros, cuando no se resuelve con las maniobras habituales.
3. El parto obstruido con dilatación completa, cuando no existe una opción rápida para realizar una cesárea.

Para realizar la sinfisiotomía, la paciente debe estar en posición de litotomía, con sus piernas sostenidas con dos ayudantes, haciendo entre ellas un ángulo no mayor de 60-80°, lo que evita la tensión en las articulaciones sacrociáticas. Se infiltra anestesia local en la piel y en los ligamentos de la sínfisis del pubis; este paso identifica el espacio de la articulación y la aguja puede quedarse *in situ*, constituyendo una guía del sitio donde se encuentra el ligamento de la articulación; se debe insertar una sonda de Foley, aunque esto puede, en algunas ocasiones, resultar difícil; el dedo índice debe empujar el catéter y la uretra hacia uno de los lados y el dedo medio permanece en la porción posterior de la articulación del pubis, para así, monitorizar el corte mediante el bisturí; esto resulta difícil de hacer en las distocias de hombros debido al espacio insuficiente; se deben cortar los 2/3 inferiores del ligamento; el ligamento arcuato no debe ser dividido; el bisturí se retira, se rota 180 grados y se corta el tercio restante del ligamento; con esto, la sínfisis y la circunferencia pélvica se abren aproximadamente 2.5 cm; generalmente, no es necesaria una separación mayor para resolver el problema que indicó la intervención (*Figura 1*). Siempre debe realizarse, previo a la sinfisiotomía, una episiotomía amplia, la que libera de tensión a la pared anterior de la vagina. Después de terminado el parto, se comprime la sínfisis durante unos minutos, con el pulgar sobre la piel y los dedos índice y medio en la vagina, esto con el fin de realizar hemostasia por compresión y la expulsión de los coágulos. La piel puede cerrarse sin canalización. Debe dejarse sonda vesical por lo menos cinco días. La paciente debe estar en decúbito dorsal con sus rodillas juntas y un vendaje compresivo de la pelvis por tres días; después de esto se inicia la movilización.^{2,6}

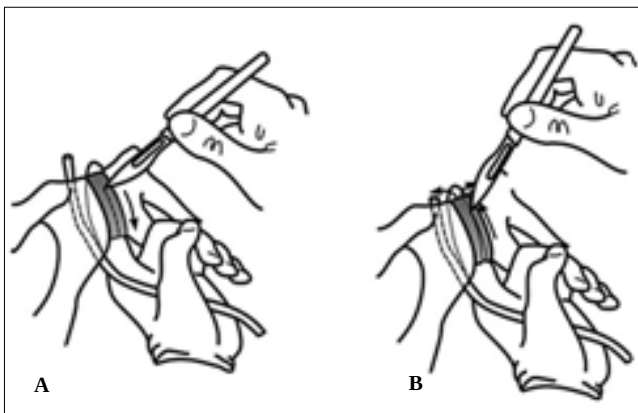


Figura 1. Forma de realizar la sinfisiotomía, (A) primero la parte inferior del tercio superior hacia abajo y (B) posteriormente se completa con el tercio superior, sosteniendo la pelvis por dos ayudantes.

La sinfisiotomía púbica tiene una mortalidad muy baja: tres muertes en una serie de 1,752 sinfisiotomías.² Ninguna de estas muertes estuvo directamente relacionada con el procedimiento. La preocupación gira en torno a su morbilidad, que en la misma serie fue: 30 fístulas vesico-vaginales (1.7%), 33 lesiones de la pared vaginal anterior (1.9%), diez casos de pubitis (0.6%) y 32 pacientes con dificultad temporal para la deambulación o dolor (1.8%).

En la serie publicada por Hartfield,¹ en pacientes seguidas por dos años, se reportó una incapacidad ortopédica mayor en 1-2% de las pacientes. Mengticoglou citado por Wykes¹ revisó 117 casos de este procedimiento, aplicado en productos pélvicos con cabeza atrapada, descritos en 34 reportes entre 1978 y 1987, encontrando que 80% de los bebés sobrevivió y que hubo poca morbilidad materna. Page citado por Wykes,¹ en una revisión prospectiva, entre 1992 y 1994, encontró que cinco pacientes presentaron laceraciones parauretrales, las que fueron manejadas con sutura y nueve presentaron edema de la vulva y huellas de hematoma sobre la sinfisiotomía; todas las pacientes se recuperaron, aunque algunas tardaron varios meses.

La paciente reportada presentó laceración parauretral, lesión vesical, uterina y de la pared vaginal anterior las que fueron reparadas adecuadamente y evolucionó satisfactoriamente. Estas lesiones fueron, seguramente, provocadas por la falta de experiencia del operador y del seguimiento de la técnica adecuada, descrita anteriormente.^{2,6} La decisión de aplicar fijación de la sínfisis del pubis fue del Servicio de Ortopedia, aunque esto se pudo manejar de manera conservadora.¹ Por la diastasis radiológica, se aplicó una placa de fijación. Este procedimiento se ha utilizado en casos de diastasis de la sínfisis del pubis y ruptura vestibular, en pacientes con parto vaginal, y es un método muy efectivo para la estabilización de la pelvis.⁵

La sinfisiotomía púbica se ha utilizado también en la distocia de hombros, cuando fallan todas las maniobras para

desimpactarlos.³ La maniobra de Zavanelli para reubicación cefálica en la pelvis y posterior cesárea se ha utilizado cuando fallan todas las maniobras para desimpactar el hombro. En el reporte de O'Learly,⁴ esta maniobra no se pudo realizar en seis de 59 pacientes y tres de estas seis requirieron sinfisiotomía para terminar el parto vía vaginal.

La seguridad y eficacia de la sinfisiotomía ha sido probado en varias publicaciones,¹⁻⁶ basadas en la experiencia de países en desarrollo, en los que este procedimiento se utiliza para manejar el parto obstruido.^{2,3} A diferencia de la mayor experiencia con la sinfisiotomía para el parto obstruido o con producto pélvico con cabeza atrapada, existen pocas descripciones de su uso en la emergencia obstétrica de la distocia de hombros.³ Goodwin, en 1997, sólo encontró dos casos reportados en la literatura, describiendo la sinfisiotomía para liberar un producto con distocia de hombros; en un caso se produjo una fístula vesicovaginal; la dificultad en estos casos es colocar una sonda de Foley para desplazar la uretra.³

En un programa moderno de enseñanza de la Obstetricia, la sinfisiotomía debe figurar como una destreza que los residentes deben dominar. Así se hace en el Reino Unido, dentro del capítulo de emergencias obstétricas y trauma.¹

En la *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*, de noviembre del 2003, se publicó un trabajo del doctor José Rábago,⁶ originalmente publicado en 1948, donde describe la sinfisiotomía de Zárate, con una excelente descripción de las indicaciones y la técnica operatoria.

Conclusión

La sinfisiotomía es un procedimiento sencillo, salvador de vidas, que se realiza con anestesia local, pero debe ser practicado sólo por obstetras entrenados en la técnica. Requiere de una decisión rápida para evitar la morbilidad y mortalidad fetales y el manejo intraparto y posparto es importante para minimizar la morbilidad materna. El daño ortopédico y del tracto urinario bajo debe ser mínimo, tomando en cuenta tres puntos:

1. La necesidad de contar con dos ayudantes que detengan las extremidades durante el procedimiento, para dar soporte lateral.
2. La división parcial de los ligamentos de la sínfisis del pubis.
3. Desplazar a la uretra con una sonda de Foley insertada.^{1-3,6}

Las indicaciones de esta intervención son: parto pélvico con cabeza atrapada y la distocia de hombros cuando fallan las principales maniobras para desimpactar el hombro.¹⁻⁶ Desafortunadamente es difícil que el obstetra común maneje esta técnica y obtenga destreza en ella, por lo que la duda médica y ética que nos dejan estos casos es si es válido realizar un procedimiento sin la experiencia adecuada, arriesgándose a provocar cierta morbilidad materna, o no realizarlo dejando que el feto muera ante nuestra presencia.

Referencias

1. Wykes CB, Johnston TA, Paterson-Brown S, Johanson RB. Symphysiotomy: a lifesaving procedure. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110: 219-21.
2. Van Roosmalen J. Safe motherhood: Cesarean Section or symphysiotomy? *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1-4.
3. Goodwin MT, Banks E, Millar LK, Phelan J. Catastrophic shoulder dystocia and emergency symphysiotomy. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 463-4.
4. O'Leary JA. Cephalic replacement for shoulder dystocia: present status and future role of the Zavanelli maneuver. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 847-50.
5. Karantis E, Fynes MM, Thum M, et al. Symphyseal diastasis and vestibular rupture during spontaneous vaginal delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110: 630-2.
6. Rábago J. La sinfisiotomía de Zárate. Hace 54 años. *Ginecol Obstet Mex* 2003; 71: 605-9.

