

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD NACIONAL DE MEDICINA**

---

---

Algunas consideraciones sobre  
la relajación del piso de la pelvis

**TESIS**

Que para su examen profesional  
de **MEDICO-GIRUJANO** presenta

**María Ernestina Quijano Gamboa**

**MEXICO, D. F.**  
**1938**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Col.

MARIA ERNESTINA  
QUIJANO GAMBOA

Algunas consideraciones sobre la  
relajación del piso de la pelvis



TESIS

MEXICO, D. F.

1938

58692

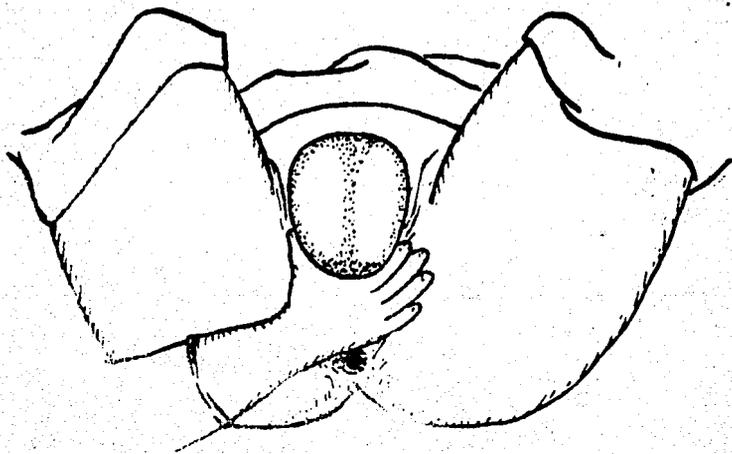


Fig. 1

58692

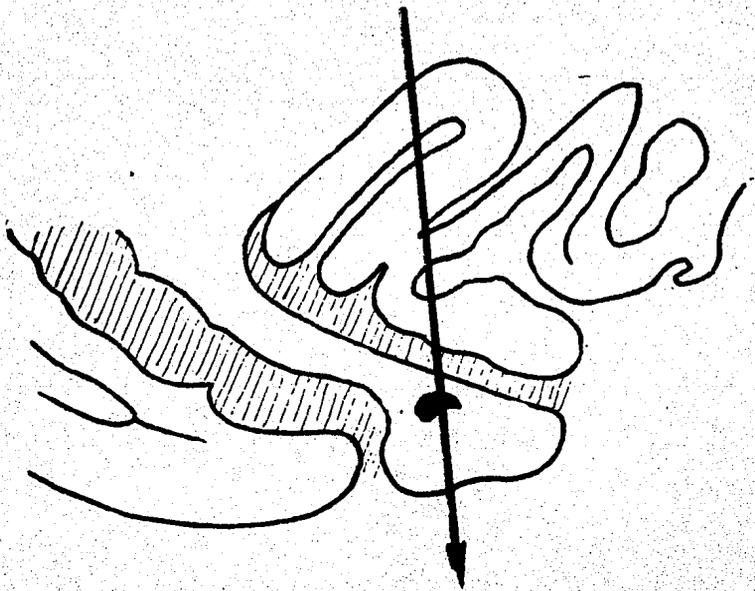


Fig. 2

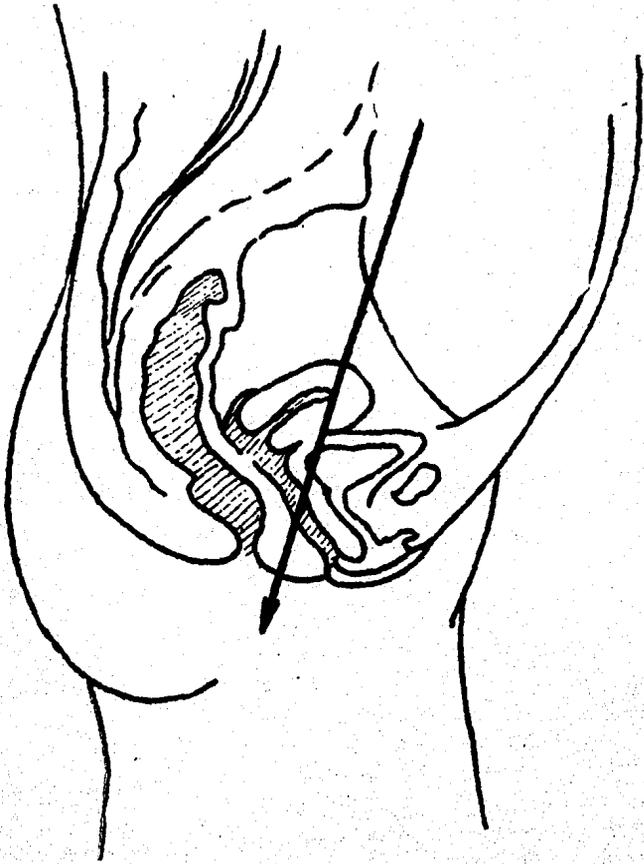


Fig. 3

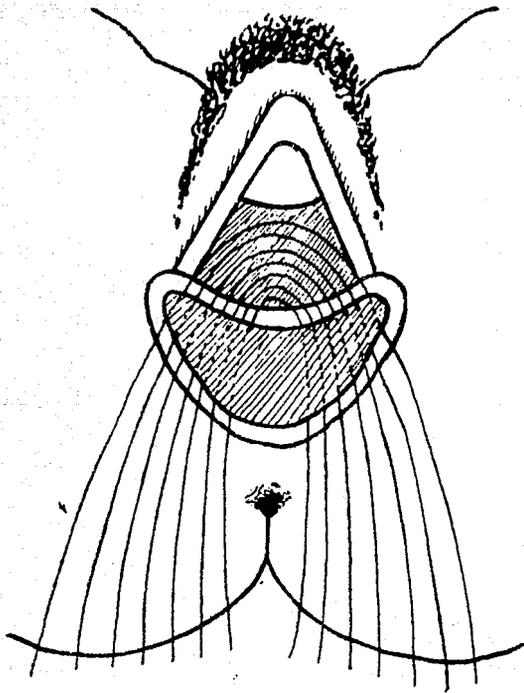


Fig. 4

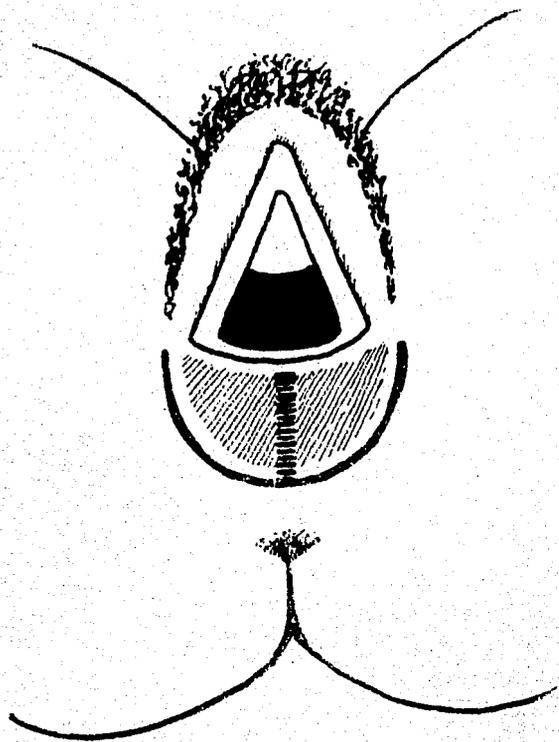


Fig. 5

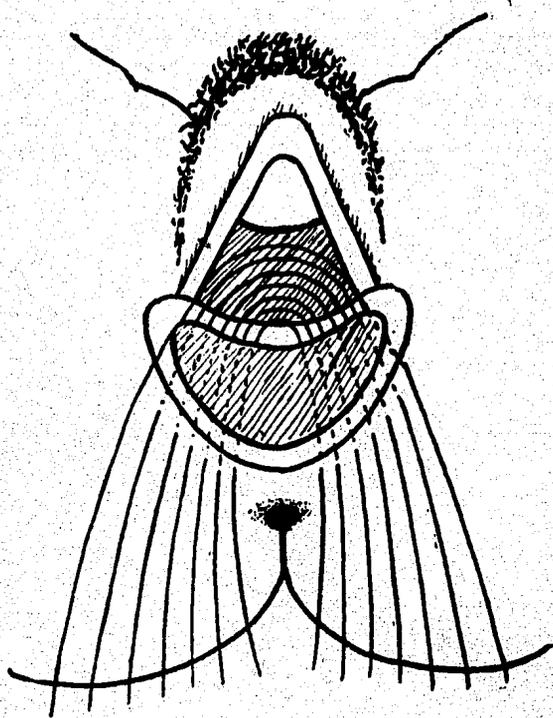


Fig. 6

## ALGUNAS CONSIDERACIONES

### SOBRE LA RELAJACION DEL PISO DE LA PELVIS

---

Siempre me ha parecido que la designación de "Desgarros del Perineo" es defectuosa, ya que lo que verdaderamente importa en Patología, es la integridad del tono y de la resistencia del piso perineal, y "Desgarro del Perineo" hace prejuzgar la existencia de una laceración antigua o reciente, de una herida que interesó más o menos los elementos del perineo, pero no indica el estado funcional de este diafragma y con razón dice Grossen: La presencia o ausencia de la relajación del perineo es lo que debe de determinar la intervención, ya que puede haberse hecho una correcta sutura de un desgarro post-partum y sin embargo la pérdida del tono, la relajación, pueden hacer necesaria la intervención, y por otra parte dice y lo he podido confirmar en mi pequeña práctica, que existen mujeres que tienen desgarros antiguos más o menos grandes en el perineo, a pesar de los cuales prevalece un buen soporte y no presentan relajación del piso perineal. Grossen, al hablar de este grupo de ginecológicas, indica que "no pegó la perineorrafia anterior". Seguramente que se refiere al medio de Estados Unidos de América, en donde a casi todas las parturientas que tienen una dislaceración se les practica la sutura, pero aquí, en nuestro medio, y más bien entre nuestro pueblo bajo, es la regla observar al hacer exploraciones ginecológicas, que en un 90% de ellas, se encuentran desgarros perineales antiguos y el número de prolapso genitales es muy reducido, si se compara con el gran

porcentaje de las enfermas que presentan dislaceración del piso de la pelvis.

Por otra parte, Groseen asegura que el término "Desgarro o Dislaceración", fija en la mente de la enferma que nos consulta, la idea de un descuido del que la atendió en su parto, y los que trabajan en Obstetricia saben perfectamente que los desgarros del perineo en muchos casos son imposibles de evitar.

El mismo autor antes citado, agrega que existen casos, en los que puede tratarse de una laceración subcutánea, y no participan las partes superficiales: tejido celular subcutáneo, piel; y por lo tanto, no presentarse el desgarro.

Además, "Desgarros del Perineo" comprende muchas variedades, y si nos fijamos en la frecuencia de los desgarros obstétricos, veremos que no entran en la entidad nosológica a que queremos referirnos, ya que los desgarros se apartan muchas veces del "perineo obstétrico", y se extienden aún en las distintas formaciones del "perineo anatómico", y así vemos con frecuencia laceraciones del clítoris, de venas varicosas, importantes lesiones desde el punto de vista de las hemorragias que ocasionan, pero que no determinan ninguna modificación en la arquitectura del embudo pelviano; consideraciones semejantes podríamos hacer en lo que se refiere a las heridas de los grandes y pequeños labios, de las glándulas de Bartholin, del vestíbulo, horquilla, etc., en los que la resistencia del piso perineal no sufre.

Por las razones anteriores preferimos la denominación "Relajación del piso pelviano".

Si pretendiéramos hacer una clasificación según las causas que determinan la "Relajación del piso pelviano", diríamos esquemáticamente:

- 1º—Traumatismos abiertos.
- 2º—Traumatismos cerrados.
- 3º—Factores constitucionales.

Seguramente que a la cabeza de los factores que determinan la relajación del piso perineal, se deben colocar los traumatismos abiertos de origen obstétrico, queremos llamar así aquellos desgarros en los que participa la piel y que es clásico dividirlos en tres grados: el primero en el que se interesa la hor-

quilla, mucosa vaginal y una pequeña parte de la piel del perineo, unos dos centímetros.

En el segundo grado se consideran todos aquéllos mayores que el anterior, pero que no llegan a interesar el esfínter del ano; y por último, los de tercer grado o desgarró completo: aquel otro grupo que interesa todas las partes blandas comprendidas entre la vagina y el recto destruyendo también parte de la pared rectal y del esfínter del ano.

El verdadero origen de estos desgarró es la desproporció existente entre la cabeza fetal y el orificio vulvar; como causas que coadyuvan deben mencionarse: la salida brusca del producto por falta de esmerada atención o por una aplicación de fórceps intempestiva, ya que no se logra la lenta y natural dilatació del introito, sin que se piense que en ésto pretendo hacer un reproche a quienes ejerciendo la obstetricia tienen un elevado porcentaje de desgarró perineales, ya que Joseph B. De Lee, confiesa que por su propia experiencia ha visto que la integridad absoluta del perineo, es extremadamente rara después del trabajo de parto.

Como factores dignos de tenerse en cuenta, debemos citar las primíparas, padecimientos de las partes blandas, el edema del perineo por un trabajo de parto muy prolongado, la rigidez de las partes blandas, las primíparas viejas, manifestaciones sífilíticas, la gonorrea, pérdida de elasticidad, estados hipoplásticos de Mathes y padecimientos generales como la tifoidea, tuberculosis, toxemias, albuminurias, etc.

Y por último, faltas cometidas por el partero en aplicaciones de fórceps, o intervenciones obstétricas de otra índole.

Los mismos factores enunciados arriba, son los que determinan lo que hemos dado en llamar "traumatismos cerrados" y que más correctamente debían ser designados como diastasis de los elevadores del ano. Estas laceraciones profundas se llevan a cabo de adentro hacia afuera lesionándose primero los músculos, después la vagina y por último la piel; en estos casos la piel es respetada y sólo los músculos profundos, los elevadores del ano y sus aponeurosis sufren dislaceraciones y de ahí que De Lee diga gráficamente, que el partero al hacer un examen superficial exclame: "no hubo desgarró", hasta que después la relajación del piso de la pelvis le muestre su error. Por último,

nos queda citar sólo la "Relajación del piso pélvico" en aquellos casos que no son debidos a descalabros obstétricos, como en los de prolapsos genitales en vírgenes, mencionados por Stoeckel, y que el autor atribuye a una insuficiencia primitiva del aparato suspensor; haciendo hincapié en la importancia etiológica de los trastornos de la inervación, y en apoyo de este punto cita los casos de prolapso genital congénito en las recién nacidas, con espina bífida lumbo-sacra, e insiste que en las mujeres pueda intervenir también como factor patogénico del prolapso, la espina bífida oculta, en la cual se observa a menudo una zona pilosa anormal en la región sacra. Para él la insuficiencia de los músculos del suelo de la pelvis sería debida a los trastornos de la inervación.

Es indudable que aparte de todos estos factores, influye mucho el "Hábito Universal Congénito", grupo de individuos con paredes débiles y propensos a la formación de toda clase de hernias y en los que con frecuencia se observa la coexistencia de una o más hernias con prolapso genital o rectal.

Para terminar debemos mencionar la senectud como un factor, que según nuestro criterio muy personal influye mucho en la disminución de la resistencia del piso de la pelvis, lo que comprobamos por el hecho de observación diaria: "Enfermas con antiguos desgarrros obstétricos, presentan un prolapso al pasar determinada época de la vida y es mucho más frecuente encontrar los grandes prolapsos genitales después de los 45 años, quizás porque después de esa época disminuye la resistencia de los músculos del perineo.

## **BREVES DATOS ANATOMICOS:**

Lo más importante desde el punto de vista anatómico, es el estudio del músculo elevador del ano, al que le consideran los autores dos porciones: interna y externa, esta última es la más importante, nace en el pubis, fuera de la sínfisis púbica, del arco tendinoso y de la espina ciática, de ahí se dirige hacia abajo y atrás, para terminar detrás en el cóccix o entrecruzándose para formar el rafé anococcígeo. La porción interna camina por den-

tro de la precedente y nace adelante en las ramas descendente y horizontal del pubis, cruza las caras laterales de la vagina, se entrecruza con las del lado opuesto en el espacio que separa la cara anterior del recto de la vagina, para seguir hacia atrás y confundirse con las fibras longitudinales del recto. De esta suerte forman en su conjunto los dos elevadores del ano una especie de embudo en dos sentidos de arriba abajo y de adelante a atrás.

## **PATOGENIA:**

Sin género de duda, el parto es el principal responsable de la relajación del piso perineal, pero el parto no siempre lo determina; por lo regular, todos los autores están de acuerdo en dividir como los principales factores que coadyuvan y determinan los desgarros perineales en tres grandes grupos: el primero que corresponde al elemento "tejido"; el segundo elemento "tiempo"; y el tercer elemento "dirección". Ya en la etiología dejamos anotada la acción de las enfermedades generales y de la diátesis como factores principales en la disminución de la resistencia de los tejidos; en ese mismo capítulo también hicimos notar el factor tiempo como elemento básico en la determinación de los desgarros y por ende de la relajación del piso de la pelvis; nos queda sólo citar el tercer elemento o sea la "dirección" del segmento fetal durante su paso por el estrecho vulvar en las presentaciones más frecuentes: en las de vértice, el punto sub-occipital se conjuga con el punto sub-pubiano, y después de que la cabeza ha llegado a una flexión máxima y se ha encajado profundamente en el estrecho inferior, entonces, y sólo entonces, es cuando debe empezar a deflexionarse, porque en estas condiciones los diámetros por los que se va desprendiendo la cabeza son todos los sub-occipitales, es decir: el sub-occípito bregmático, el sub-occípito frontal y el sub-occípito mentoniano; si todos los partos se efectuaran en las condiciones anotadas, seguramente que sería mucho menor el número de enfermas que presentan la relajación del piso pe-

riéal, pero me ha tocado observar que las personas que más se dedican a atender partos, me refiero de preferencia a las parteras, olvidan que éste es el verdadero mecanismo del trabajo de parto y en contra de los esfuerzos que la naturaleza va ejecutando para lograr primero la hiper-flexión de la cabeza, hasta lograr la conjugación de los puntos sub-occipital y sub-pubiano, empiezan, tan pronto como la cabeza va dilatando la hendidura vulvar, a extenderla, es decir, colocan sus dedos en la cabeza fetal, cerca de la horquilla y a manera de gancho tratan de llevarla hacia el pubis, ésto va contra el mecanismo del parto, ya que la cabeza no ha llegado todavía a la total flexión y en estas condiciones el parto se llevará a cabo por diámetros mayores, ya que entonces se conjugarán los occipitales y no los sub-occipitales; por otra parte, es muy frecuente ver recomendado que para defender el perineo, se debe de apoyar fuertemente uno o varios dedos sobre la región perineal y tratar de oponerse a la salida brusca de la cabeza.

He querido hacer una crítica a esta manera de proceder, porque en mi concepto con ella es con la que se lesiona más profundamente la integridad del piso perineal y esta forma de proteger el perineo es la que seguramente dará mayor número de casos de diastasis de los elevadores del ano sin desgarrar de la piel del perineo, ya que al proceder en esta forma hacemos que el tabique perineal quede fuertemente comprimido: por una parte por la cabeza fetal que recibe el impulso de las contracciones uterinas y de la prensa abdominal; y por otra parte, del dedo o los dedos de la persona que atiende el parto, y así, esta compresión bilateral hará que los músculos elevadores del ano se separen y dejen constituida en una forma definitiva la relajación del piso perineal.

Más correcto, más de acuerdo con el mecanismo propio del trabajo del parto, me parecería que las parteras si quisieran intervenir lo ayudaran, procurando la total flexión de la cabeza, y para ello hacer primero lo contrario de lo que están acostumbradas a ejecutar, es decir, apoyar los dedos en la cabeza fetal, muy cerca del vestíbulo de la vulva, procurando naturalmente no apoyar los dedos sobre el vestíbulo, porque se observa con frecuencia que si se procede en esta forma, la

compresión bilateral de estas formaciones determina desgarros que sangran en abundancia, y seguir maniobrando así hasta que la pequeña fontanela haya salido francamente del orificio vulvar y esté como a unos 9 cms. por fuera del punto sub-pubiano; éste debe de ser exactamente el dato que nos va a guiar para empezar a proceder en forma inversa, es decir, a deflexionar la cabeza y para ello la naturaleza se basta por sí sola; pero si se quiere intervenir, si verdaderamente se quiere ayudar el mecanismo del parto, entonces, lo más conveniente, sería que se colocaran los dedos en tal forma que se pudiera contener la salida brusca de la cabeza fetal y no coadyuvar torpemente en la aceleración de este tiempo, que es el que más frecuentemente determina el desgarro del perineo; para ésto se puede colocar una mano sobre el perineo y otra sobre la cabeza fetal; la mano perineal si no quiere comprimir el perineo y provocar la separación de los elevadores, deberá abarcar todo el perineo y a través de él tomar la cabeza fetal que se dibuja perfectamente cuando el piso perineal se abomba, y para lograr ésto, lo mejor es colocar la mano derecha con el pulgar separado y formando una media luna que corresponda a toda la porción posterior de la vulva y a la vez forme una concavidad que aloje la cabeza fetal. (Fig. 1). Por otro lado poner los dedos sobre la cabeza fetal en forma tal que se puedan oponer a la salida brusca de ella; en ésto la costumbre será la que guíe a las parteras en la verdadera colocación de estos dedos. Lo que importa es que los tiempos del trabajo se ejecuten lenta y correctamente y no en forma intempestiva y contra las reglas básicas del trabajo de parto.

Consideraciones semejantes podríamos hacer en lo que se refiere al parto en presentaciones de cara, frente, posteriores y de cabeza en último lugar, en éstas la premura, los peligros de asfixia del producto, hacen que la mayoría de las veces se proceda con mucha violencia y se desgarre el perineo; de una manera general diremos que los desgarros perineales se producen casi siempre porque el desprendimiento de la parte presentada no se hace por sus diámetros menores, y cuando se logra un parto intachable, desde este punto de vista, el desgarro se deberá a la rapidez o mala constitución de los tejidos.

## FISIOPATOLOGIA:

Me ocupaba en ordenar mis ideas en lo referente a fisiopatología de la "Relajación del piso de la pelvis", cuando llegó a mis manos el interesante artículo del Dr. Sigfried Figueroa, "Desgarros pelviperineales", publicado en la Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer, número de noviembre de 1937, en el que encontré conceptos tan semejantes a los que profeso que hicieron renacer con nuevos bríos los deseos por concluir este modesto trabajo.

Tan interesante y completo es el estudio que el Dr. Figueroa hace en su trabajo sobre la fisiopatología de la relajación del piso de la pelvis, que no encontrando nada que agregar, ni punto, en el que pueda modificarlo, me permito transcribirlo literalmente:

¿Cómo se desarrolla la acción nociva del desgarro pelviperineal? Determina ante todo un desquiciamiento de la estática de los órganos pélvicos, pues la línea de presión máxima de las fuerzas intra-abdominales representadas en la ilustración por la flecha (Fig. Núm. 2), no corta ya la parte superior de la cara posterior del cuerpo uterino para hacer bascular el órgano en torno del eje transversal impuesto por la porción cardinal de los ligamentos anchos, deprimiéndolo sobre la vagina con disminución consecuente del ángulo anterior útero-vaginal, y cortar luego el perineo por su centro, sino que, ausente la tracción pósterior anterior, que normalmente ejerce la bandeleta interna del elevador anal (Fig. 3), con disminución del orificio vulvar, encontrándose la horquilla retraída hacia atrás por la inserción cocégena del esfínter anal, queda sin soporte la pared vaginal anterior, sometida a la vez a la presión hidráulica de la orina en la vejiga y en condiciones de ser proyectada al exterior por encontrarse precisamente en el curso de la línea de presión máxima de las fuerzas intra-abdominales arriba mencionada. Exteriorizada la pared anterior de la vagina, y como consecuencia todo el tabique véstico-vaginal, incluyendo el bajo fondo de la vejiga, queda constituido el cistocele, el cual tira de continuo

hacia el orificio vulvar la porción anterior del cuello uterino, concurriendo al prolapso del útero. Por otra parte, en el acto intermitente de la defecación, perdida la función de válvula obliterante para el orificio vulvar, careciendo como consecuencia el ámpula rectal de la VIS A FRONTE normal, tiende a exteriorizarse en dirección de la menor resistencia, proeminando por el orificio vulvar el bolo fecal, cubierto por el tabique recto-vaginal adelgazado. Las distensiones repetidas del tabique, relajándolo, gradualmente, dan lugar al rectocele, el cual, a su vez, ejerce tracción sobre la cara posterior del cuerpo uterino, provocando primero una retrodesviación del útero y finalmente su prolapso. Este conjunto de causas dislocantes trae consigo mayor esfuerzo oponente por parte de los ligamentos cardinales en las bases de los ligamentos anchos y en general sobre todo el sistema ligamentoso del útero, culminando por el relajamiento y elongación de los tejidos afectados; en tal virtud son comprimidas las paredes de los vasos venosos y linfáticos del segmento inferior del pedículo uterino, causando un retardo en la circulación correspondiente, una aminoración de los procesos nutritivos, y un estado congestivo edematoso que hace vulnerable la mucosa, particularmente la del cuello, al ataque de los gérmenes patógenos, manifestándose por cervicitis y endometritis, catarrales al principio, erosivas y ulcerosas posteriormente, preparando de esta suerte el terreno para la evolución del cáncer.

Los desgarros pelvi-perineales, aparte de la sintomatología directa, de orden exclusivamente mecánico, suelen dar lugar a manifestaciones a distancia, como crisis dolorosas en el abdomen superior, por la tracción ejercida sobre los pedículos viscerales, y en mujeres neuróticas a estados histéricos latentes o agudos; no siendo factor despreciable en su causa la insatisfacción del sentido sexual, por la disminución de la fricción fisiológica a que hice referencia.

Por todo lo expuesto, se apreciará la importancia de corregir en tiempo hábil cualquier desgarró pelvi-perineal, pues sus efectos nocivos, merced a la inconsciente tolerancia de la portadora, son de evolución lenta y tardía, pero siempre desastrosos, y en ocasiones funestos.

## SINTOMATOLOGIA:

Dividiremos los síntomas en subjetivos y objetivos: Los primeros debemos hacer notar que los empieza a experimentar la enferma cuando abandona el lecho a los ocho días del parto; por lo regular la misma paciente se da cuenta que ha cedido la resistencia de su piso perineal y se siente "floja", pero por desgracia muchas de estas enfermas consideran que esa sensación que experimentan es natural y que carece de importancia, esta ignorancia por parte de la enferma encuentra la confirmación, lo más a menudo, por el dicho de la partera que la atendió, quien considera que confesar a la enferma que tiene un desgarró es algo que la denigra o cuando menos hace bajar su prestigio, es raro ver que las parteras soliciten ayuda de un médico, para que éste proceda a practicar una perineorrafia y más raro que las parteras sepan hacerlo correctamente. Algunas se limitan a suturar torpemente los tejidos contundidos y sobre todo la piel de la región, con lo que logran cuando más conservar la forma y tamaño normal del orificio vulvo-vaginal, pero la resistencia en estos casos es nula.

Por mucho tiempo la enferma no experimenta en muchos casos más molestia que esa sensación de peso, de debilidad del piso que mencionan ellas como "floja"; en otros casos, cuando el desgarró es más grande, sucede con frecuencia a estas enfermas que al agacharse se les introduce mayor o menor cantidad de aire en la vagina y en el momento de incorporarse lo expulsan con un ruido más o menos intenso y muy semejante al producido por los gases expulsados por el ano. Los partos subsiguientes aumentan la diastasis de los elevadores y los desgarró anteriores y entonces a los síntomas anteriores se asocian los producidos por la hernia que hacen las paredes vaginales anterior y posterior, que a su vez arrastran la vejiga y el recto y empiezan a determinar molestias a distancia, sobre todo la polaquiuria, ya que como queda un fondo de saco en la vejiga que no se vacía completamente, ésta excita constantemente la vejiga provocando su contracción frecuente y que llega hasta determinar tenesmo vesical, más adelante toda la pared anterior y posterior hacen prominencia en la hendedura vulvar y poco

después el cuello de la matriz aparece y a éste sigue en su descenso la matriz; ya para entonces la enferma tiene la sensación de un cuerpo extraño en su vulva y nos dice que siente que se le asoma algo y que le molesta el roce de la ropa; en este período es casi constante el dolor en la región sacra, que aumenta con los esfuerzos y no es raro que las enfermas nos manifiesten que con la risa o el menor esfuerzo se orinan sin sentir.

La exploración física se limita a la inspección y palpación, la primera nos revela una disminución considerable en la extensión del perineo, el que puede llegar a desaparecer por completo, y presentarse a nuestra vista entonces la vulva y el ano unidos por completo. En esto vamos a encontrar todas las variaciones: desde la integridad del perineo, la desaparición de la horquilla, hasta aquéllos muy amplios que citamos arriba.

Cuando por la inspección comprobamos la disminución franca del tamaño en el perineo, es interesante invitar a la enferma a que haga un esfuerzo, "que puje", observando como consecuencia del esfuerzo, que descienden las paredes vaginales anterior y posterior. En estos casos el diagnóstico es franco y no cabe duda que la paciente tiene una relajación del piso de la pelvis.

Existe otro grupo, que a pesar de tener el perineo íntegro según se observó por la inspección, tienen una diastasis de los elevadores que sólo puede ser constatada por el tacto. Para explorar el perineo es necesario introducir uno o dos dedos en la vagina, llevar la cara palmar hacia atrás y palpar entre los dedos vaginales y el pulgar apoyado en el perineo el espesor de él; es necesario palparlo en toda su extensión tanto en el sentido ántero-posterior como en el transversal, para ver si en algún punto está adelgazado; por último, los dedos vaginales se separarán para hacer una fuerte tracción sobre el perineo al que abarcará a manera de gancho, para poder apreciar perfectamente la resistencia de él, esta es la mejor forma de explorarlo y de poder apreciar su integridad, cuando hay diastasis de los elevadores o existe una franca relajación del piso perineal, entonces éste se deja fácilmente distender y los dedos vaginales los siente el pulgar apoyado en el perineo como si sólo los separara una delgada capa: la piel.

## TRATAMIENTO:

La reconstrucción del piso perineal es sin duda alguna de gran importancia, ya que desde el momento en que la vulva sufre una dislaceración se rompe el equilibrio de la prensa abdominal y desaparece el soporte inferior; sabido es de todos que la cavidad abdominal en los esfuerzos fisiológicos que constantemente debe llevar a cabo, tales como la defecación, vómito, tos, esfuerzos, micción, parto, etc., entran para desarrollarlas un conjunto de fuerzas que parten unas de la pared abdominal anterior con sus potentes músculos: recto anterior, oblicuo mayor, oblicuo menor y transversal; otras del diafragma que al contraerse disminuye su bóveda y rechaza las vísceras abdominales hacia abajo; por la pared posterior se encuentran con la resistencia que ofrece la columna vertebral y los gruesos músculos de la región dorso-lumbar; por abajo, en la profundidad de la pelvis el músculo elevador del ano y sus aponeurosis forman un verdadero diafragma pélvico, que por su parte ayuda a acrecentar la energía de la prensa abdominal, colaborando así en todos los esfuerzos abdominales, y por otra parte, se opone y resiste al descenso de las vísceras que son rechazadas constantemente sobre la excavación pélvica. Si por cualquier motivo uno de los elementos que forman la caja abdominal disminuye en su resistencia o desaparece su integridad, se convertirá inmediatamente en el punto débil y empezará a ceder por no poder soportar el esfuerzo de las paredes íntegras, y así nos toca observar las hernias, eventraciones post-traumáticas o post-operatorias, la separación de los rectos anteriores, todas ellas manifestaciones de una pérdida mayor o menor de la integridad en la pared anterior; de igual manera podríamos citar las raras formaciones de hernias diafragmáticas, de Petit, obturatriz, etc., y las frecuentes como la inguinal, umbilical y crural, y así es de observación cotidiana que todo punto de la prensa abdominal débil cede en una forma rápida y progresiva, permitiendo que las vísceras: intestino, estómago, vejiga, etc., sean desalojados y tomen como su nueva situación temporal o definitiva, la depresión que se formó en el punto débil de la pared. En igual forma nos toca observar, que cuando el piso perineal sufre una dislaceración que interesa los

músculos elevadores del ano, o cuando menos los separa, la prensa abdominal ha perdido en este punto su resistencia y el diafragma pélvico se convierte en el punto débil que empieza a ceder paulatinamente a medida que los esfuerzos van haciendo perder su resistencia a los elevadores del ano hasta que empuja la hendidura vulvar, permite la salida de las paredes vaginales anterior y posterior, las que a su vez arrastran la vejiga urinaria y el recto, y más tarde el útero, quedando ya en forma patente la derrota del diafragma pélvico en esta entidad nosológica que se llama prolapso genital.

Queremos transcribir íntegro el modo como practica la perineorrafia el Dr. Zárraga:

“Los procedimientos de perineorrafia son numerosísimos y parecería ser que podríamos escoger uno bueno entre tantos, como se encuentran descritos en los libros; sin embargo, de esos, muchos son teóricos y como engendrados en la soledad del gabinete, tienen en la práctica inconvenientes sin cuento, y de los restantes los más son difíciles, poco comprendidos por los prácticos y fracasan no pocas ocasiones dejando a las mujeres en condiciones peores que antes de operarse.

He tenido oportunidad de operar a algunas parturientas, de atender a muchas otras en su parto, y me he convencido que las desgarraduras perineales se producen muchas veces aún en las manos más hábiles, porque hay un factor que no está en nuestras manos modificar y es la calidad de los tejidos, factor importantísimo en la producción de estas lesiones.

Convencido, por otra parte de que las heridas perineales tienen serias consecuencias para la mujer, me he esforzado en remediarlas. Estas consecuencias son próximas y remotas. Las primeras son las infecciones que toman su origen en la contaminación de estas desgarraduras, y las segundas son las afecciones de la matriz, acarreadas por la falta de sostén perineal.

Paso por alto otras consecuencias de orden social, y que tienen sin embargo la mayor influencia en la felicidad conyugal, así como las que retraen a la mujer de la frecuencia de sociedad, tal como la falta de esfínter para poder contener las materias intestinales líquidas y gaseosas.

Las desgarraduras perineales son de tres clases:

Primera.—Las que comprometen más o menos la integridad del cuerpo perineal hasta el esfínter exclusive.

Segunda.—Las que interesan el esfínter, pero que respetan la pared rectal anterior y, por último;

Tercera.—Las que comprometen el recto fundiendo en un solo canal, recto y vagina.

Las primeras son frecuentísimas y se cuentan por millares, las segundas son más escasas y las terceras excepcionales, no habiéndome sido dado el observar más que un caso en compañía del Sr. Dr. Noriega, en persona que muchos años antes había sido operada por el fórceps.

De las otras dos clases he podido observar muchos hechos, siendo los más, inmediatamente después del parto y otros tardíamente cuando ya la cicatriz estaba hecha.

Los primeros más numerosos, se me han presentado en primer lugar y allí por primera vez tuve que rehacer el perineo. Desde entonces hasta hoy he seguido el mismo procedimiento que paso a describir y que me ha surtido efecto completamente, excepto en tres casos. Uno de ellos no lo observé después, el otro era mujer parida en la maternidad, llena de vegetaciones; y en la tercera, el resultado se obtuvo a medias, habiendo sido suturada con catgut, único material de que disponíamos en los momentos del parto.

Hasta esta fecha cuento 53 perineorrafias que o he hecho o han practicado compañeros a los que he acompañado siguiendo mi proceder. De estos 53, 48 han sido inmediatos y los otros 5 han sido practicados mucho tiempo después del parto.

Los dos fracasos completos y el éxito parcial de que hablé anteriormente han sido en perineorrafias inmediatas.

El procedimiento de perineorrafias tiene dos tiempos importantes: primero avivamiento; y segundo: colocación de los hilos.

Excusado es decir que en las perineorrafias inmediatas, el avivamiento está hecho, y que sólo resta regularizar con tijera algunos colgajos que suelen estar impidiendo un afrontamiento regular.

Si recordamos cuál es la forma del cuerpo perineal que podemos comparar a una cuña, y si tenemos presente que esa cuña

se ha dividido por la mitad, tendremos en cuenta que la superficie del avivamiento son dos triángulos de lados curvos de base inferior, si consideramos a la mujer en postura toconómica triángulos unidos por sus bases en el límite de la desgarradura.

Ahora bien, cuando una desgarradura persiste, los labios de ella, más bien dicho, los triángulos de que hablé, cicatrizan por separado formándose una cicatriz transversal que va de un lado del triángulo al lado opuesto.

El avivamiento que hago en estos casos no es otra cosa que una reproducción de la antigua desgarradura: dos triángulos que tienen por base la comisura posterior de la vulva, y por vértice el lugar donde debe quedar esta comisura después de hecha la sutura.

Para practicar la sutura hago uso de la aguja de Reverdin bastante curva y el material para la sutura es la seda desinfectada cuidadosamente, gruesa y en forma de cinta. Los hilos van a atravesar los triángulos de delante a atrás, y el hilo que ya recorrió un triángulo va a recorrer el otro, caminando de atrás adelante; de suerte que todos los hilos van a formar una asa hacia atrás.

Para hacer las puntadas introduzco la aguja en el borde anterior del triángulo izquierdo profundamente, pero bajo la piel, cuidando de no interesar ésta y la saco atrás teniendo cuidado de que la punta de la aguja salga delante de la mucosa vaginal sin comprenderla en la sutura.

Después coloco el hilo en el ojo de la aguja y saco ésta dejando colocado el hilo en el labio izquierdo con dos cabos, uno anterior y otro posterior; en seguida atravieso en puntos simétricos el labio derecho, y en el ojo de la aguja coloco el cabo posterior del hilo que ya había atravesado el labio izquierdo, y al retirar la aguja queda colocada la primera asa y así continúo hasta terminar del modo que indica la (Fig. 4). Las ventajas de esta sutura son: que quedan en contacto íntimo todo el espesor de un labio con el del lado opuesto; y que no dejan comprendidas en la sutura piel y mucosa, teniendo esto por objeto el levantar todos los tejidos perineales, hacerlos salientes y en tal virtud hacer más completa la coaptación y por tanto dar más garantía de éxito a la operación. La piel y la mucosa quedan bastante aproximadas para su cicatrización. Otra ventaja aún

más importante es la restauración completa del cuerpo perineal, pues los hilos que van formando lazadas van sobreponiéndose, quedando las lazadas más grandes abajo y las más pequeñas arriba, dando enteramente la forma del cuerpo perineal.

En los casos en que el esfínter se ha desgarrado, es conveniente unir sus cabos por el primer punto de sutura. Es conveniente para conseguir este objeto, dirigir la punta de la aguja hacia abajo y atrás, de manera de alcanzar este extremo en el asa inferior e interna. En los casos de perineorrafias inmediatas, la presencia del esfínter se marca por un hundimiento producido por la retracción del músculo.

La figura 5 indica la sutura ya hecha y la manera como quedan los hilos. Este proceder da en muchas ocasiones resultados magníficos de primera intención, como lo han visto los Sres. Gutiérrez, Garay, Noriega, Gayón y Ramírez Arellano Dn. Nicolás. Es fácil de ejecutar como lo han visto los mismos Sres., y también los Sres. Soriano Filiberto y Gaviño. Además, tiene la ventaja, grande, de que aún cuando no cicatrice de primera intención, como los hilos son fuertes y han tomado un espesor de tejidos considerable, viene la gemación y se hace una cicatrización secundaria pero sin que se despeguen los labios el uno del otro. Al Sr. Gayón le consta un hecho de esta especie.

Concluyo pues, diciendo que el procedimiento que empleo es bueno para las desgarraduras de primero y segundo grado y que puede servir en los otros para completar la sutura después de reformado el recto. Que el procedimiento ha hecho sus pruebas y tengo el gusto de recomendarlo a mis compañeros como útil y fácil”.

He practicado tres veces la perineorrafia inmediata por el método del Dr. Zárraga, apegándome en todo a la descripción que de este procedimiento hace su autor, y logré buenos resultados en lo que respecta a la consolidación del piso perineal, pero la evolución post-operatoria no me dejaba muy satisfecha, ya que en los tres casos observé una ligera infección en los bordes de la herida, y modifiqué en compañía del Dr. Nachón el procedimiento en dos puntos: primero los puntos de sutura en lugar de concretarnos a que tomaran únicamente la musculatura de la región, hicimos que abarcaran también la piel y la mucosa (Fig. 6) y observamos que se logra una buena coaptación en con-

tra de lo que dice el propio Dr. Zárraga, coaptación que sirve no sólo para lograr una cicatrización estética sino que impide o cuando menos disminuye al máximo, las probabilidades de infección; y el segundo punto en que modificamos la técnica del autor, es en poner una vez terminada la sutura, una nueva lazada que comprenda la mucosa sana, no cruenta, por arriba de la comisura posterior de la vulva para que se evite que en este punto entre en contacto la sutura reciente con los loquios que a menudo infectan la herida y comprometen la correcta evolución.

Trataré de describir los cuidados que sigo para practicar esta intervención que no por modesta debe ser descuidada por los problemas tan serios que acarrea desde los puntos de vista de la arquitectura del perineo, equilibrio de la prensa abdominal y social.

Es muy difícil poder tener algún cuidado pre-operatorio, pues cuando se procede a practicarla es de urgente necesidad y la premura impide todo género de preparación, sólo diré que la perineorrafia debe de ser inmediata, cuando más unas doce horas después del parto y si ésto no es posible, lo mejor es esperar para proceder luego a hacer una perineorrafia mediata, como en este momento sólo quiero referirme a la inmediata, dejo para el próximo capítulo las consideraciones que se imponen para proceder a hacer la mediata.

## **ANESTESIA Y TECNICA OPERATORIA:**

Lo que verdaderamente debe de guiar al médico para decidirse al uso de la anestesia, es el temperamento de la enferma, ya que siendo por este medio tan rápida y tan poco dolorosa, la mayoría de las enfermas la soportan sin usar ningún anestésico, pero más bien lo que decide a recurrir a algún medio de anestesia es el medio social en que debe trabajarse; cuando se requiere dar un anestésico es necesario recurrir a la anestesia general, ya que los desgarros imposibilitan para usar local; la raquia me parece demasiada anestesia para intervención tan modesta y rápida, por eso preferible es recurrir al cloroformo o al éter; en caso de que la perineorrafia deba de seguir a una

intervención obstétrica, fórceps, versión, entonces sólo es necesario conservarla unos momentos más.

Lo primordial en esta intervención como en todo asunto quirúrgico, es contar con una buena iluminación y una completa visualización del campo operatorio, parecería necio citar la iluminación, pero a los que nos ha tocado ejercer en el medio rural, sabemos de sobra que cuando somos requeridos para practicar una intervención de esta índole, con frecuencia lo tenemos que hacer en una casa humilde, chozas muchas veces que además de no prestar ninguna comodidad, son tan oscuras que lo colocan a uno en condiciones desastrosas para lograr un buen resultado operatorio, es de recomendarse para evitar esta dificultad, proveerse de una lámpara frontal con la que se subsana esta falta tan seria.

La visualización de la región en la perineorrafia inmediata, cuenta en contra, con el escurrimiento sanguíneo post-partum, que dificulta e impide la mayoría de las veces poder apreciar las distintas formaciones anatómicas y por ende su identificación; para subsanar esta dificultad basta con colocar una gasa en la vagina de suficiente tamaño para lograr un taponamiento.

Para poder exponer toda la zona desgarrada, es necesario abrir grandemente el introito de la mujer, lo que podemos obtener con los dedos pulgar e índice de la mano izquierda, que a manera de pinza separan el introito teniendo cuidado de que las extremidades de estos dedos queden hacia abajo, para que el resto de la mano no disminuya nuestro campo operatorio, esta manera de proceder es incómoda y con frecuencia es necesario recurrir a un ayudante, para evitarse esta contingencia y obtener mejor resultado se puede uno valer del separador de Gelpi, que da un amplio y cómodo campo operatorio, para su aplicación es necesario hacer que sus puntas se encajen en puntos simétricos para obtener un resultado estético.

Ya colocado el separador de Gelpi, procederemos a la exploración que tendrá como principal objeto determinar la magnitud del desgarro, que como fijamos arriba, puede ser de tres grados, el que más importa es el tercero porque a más de perder la arquitectura el perineo, queda comprometida la función del esfínter anal; con objeto de explorar cuidadosamente el recto, es necesario recurrir con frecuencia al tacto rectal, una vez co-

locado el separador de Gelpi, y tratar de distender con el dedo introducido en el recto la pared anterior de esa víscera, con lo que se logra apreciar con facilidad si existe alguna solución de continuidad, en este caso la perineorrafia debe de comenzar por reconstruir esta pared, lo mejor es hacerlo por medio de una sutura de dos planos, después identificar perfectamente el esfínter del ano, cuyos cabos se reconocerán por unas pequeñas depresiones que limitan los dos extremos del esfínter al retraerse, se tomarán entonces primero uno con una pinza de disección, procurando cogerlo después con una puntada de catgut que lo interese en todo su espesor y en la misma forma se procede con el otro cabo, de suerte que al anudar los dos extremos del esfínter quedan perfectamente coaptados; algunos recomiendan se pase un doble punto, uno de afrontamiento y otro que abarque el músculo en una extensión mayor, pero creo que con uno o dos puntos aislados es suficiente como lo comprobé en el caso de la enferma A. P. Al quedar totalmente suturada la pared rectal y el esfínter del ano, sólo nos queda la perineorrafia o reconstrucción del piso del perineo. La que se facilita mucho como lo indicamos arriba, usando el separador de Gelpi. Comienzo por atravesar la piel a unos dos centímetros por fuera del borde de la herida, en este momento con las pinzas de dientes de ratón tomo en una gran extensión el elevador del ano, para conseguirlo basta apoyar las pinzas abiertas en la parte lateral del desgarró y dirigiéndolas hacia afuera hacer presa, después de hacer una tracción enérgica sobre el elevador hacia adentro de tal manera que cuando lo atraviesa la aguja sea tomándolo en masa, queda sólo atravesar la mucosa vaginal y hacer la misma maniobra sólo que en sentido inverso en el otro lado hasta sacar la aguja a unos dos centímetros por fuera del borde del desgarró, antes de anudar conviene cerrar un poco el separador para que no se traumaticen los tejidos ni queden flojas las suturas; puntos semejantes se ponen arriba del anterior, teniendo cuidado de comprender en todos ellos el elevador hasta que quede totalmente terminada la sutura, un punto de otro deberá quedar separado un centímetro, de tal suerte que aunque se trate de un desgarró completo, bastan unas cuatro o cinco puntadas para hacer la perineorrafia total; antes quiero hacer la recomendación de anudar suavemente para no someter los tejidos a constricciones perju-

diciales; concluída la sutura siempre queda por más cuidado que se tome una hendedura en la parte superior, por la que se pueden infiltrar los loquios; es de recomendarse se pase un punto en la comisura posterior de la vulva que comprenda sólo la mucosa, punto por lo demás temporal ya que como se trata de superficies no cruentas no se logra la cicatrización.

Se procura dejar después de anudar los puntos los extremos sin cortar, para que éstos sirvan para anudar y sostener la gasa de curación.

Siguiendo esta técnica en cuatro enfermas que me tocó operar, observé una evolución muy halagadora, pues el post-operatorio se efectuó sin ningún incidente y los resultados mediatos fueron magníficos.

Los cuidados post-operatorios en estas enfermas son cuando se trata de mujeres con desgarros que no interesan el esfínter anal ni la pared del recto, los siguientes: Terminada la operación poner una gasa en la vagina, (después de retirar la que se puso como taponamiento), de manera que uno de sus extremos quede fuera de esta cavidad y se fije, valiéndose de los hilos que no se cortaron cuando se hizo la sutura. Colocar entre las rodillas de la enferma una capa gruesa de algodón y anudar con una venda los miembros inferiores para que éstos permanezcan juntos; practicar el sondeo de la vejiga cada seis o siete horas, teniendo todos los cuidados de asepsia para no infectarla, repitiendo estos sondeos durante los tres o cuatro primeros días; a veces es verdaderamente imposible sondear a las enfermas por el edema que se observa en los órganos genitales externos y entonces es preferible hacer que las enfermas orinen estando en decúbito ventral, para impedir que la orina contamine la sutura reciente.

Hacer diariamente curaciones de la perineorrafia sin usar agua oxigenada y si es posible ninguna solución, pues la región es húmeda y si se agrega la humedad aumentada por las secreciones uterinas se comprende por qué el catgut se reabsorbe muy precozmente, siendo con frecuencia esta la causa de que no se logre una buena cicatrización; para operar debe elegirse un catgut de "20 días" o seda gruesa torcida. Los cuidados generales son los comunes a todos los operados y no queremos insistir en algo tan sabido.

Cuando el desgarró es completo, es decir, que interesa el esfínter y la pared rectal, entonces es de recomendarse además de los cuidados anteriores, constipar al enfermo con opio para tratar de evitar la contaminación con las materias fecales y colocar al terminar la operación un tubo de hule forrado de gasa, en el recto, que deberá moverse con frecuencia.

Las ventajas que me parece encontrar en esta técnica son dos: la primera la rapidez y sencillez con que puede ser practicada; y la segunda que por hacerse en masa, se abarcan todos los tejidos en una sola lazada y por lo tanto, no hay constricción de ellos que se encuentran contundidos unos y mortificados casi todos y que cuando se procede a practicar la sutura por otro medio, sobre todo valiéndose de puntos que abarcan porciones muy pequeñas de tejidos, éstos se esfacelan y fracasa.

La perineorrafia mediata requiere primero la reavivación de las superficies para lograr la coaptación de planos cruentos; con este objeto nos valemós del siguiente método: puesto el separador de Gelpi y estando por lo tanto tensa la pared posterior de la vagina, con bisturí incidimos la línea en que se confunden la piel y la mucosa vaginal, es decir, trazamos una línea curva de concavidad anterior, tomando con pinzas de disección la mucosa vaginal, empezar a disecar esta pared con tijera curva, teniendo la precaución de poner la concavidad de las tijeras hacia arriba y hacer la disección acercándonos mucho a la vagina para evitar lesionar el recto, cuando se secciona el pequeño rafé se puede terminar haciendo el despegamiento con una gasa montada en el dedo índice de la mano derecha, hasta una extensión que se considere suficiente, sólo queda cortar estos colgajos con las tijeras de manera que queden formados los dos triángulos unidos por su base, como lo cita el Dr. Zárraga y entonces se procede a la sutura; en estos casos los tejidos no están mortificados y por lo tanto, no hay peligro de esfacelo si se aplican puntos que abarquen pequeñas porciones y en un caso que me tocó practicar esta intervención, seguí el siguiente método con el que quedé satisfecha.

Introduciendo la aguja a unos cinco milímetros por fuera del borde derecho, sacar la aguja y tomar todo el elevador del ano del lado izquierdo, sacar la aguja y tomar el borde vaginal derecho y sacarla como a unos cinco milímetros fuera de dicho

borde, hacer la maniobra en forma inversa del otro lado, de suerte que la misma puntada hace al anudarse el afrontamiento en tres planos: piel, músculos y vagina; las mismas puntadas se repiten hacia arriba hasta terminar completamente la perineorrafia.

Esta intervención sí requiere anestesia y a juicio del operador queda el elegir entre la general y la raquí; los cuidados post-operatorios son enteramente iguales a los que se llevan en la práctica de las perineorrafias inmediatas.

