

INCISIÓN DE PFANNENSTIEL EN LA CESÁREA PRIMITIVA

Dr. Idalberto Clavijo Balart¹ y Dr. Roberto Sánchez Batista²

Resumen

Se hizo un estudio de casos y controles que abarcó a 204 mujeres a las cuales se realizó cesárea primitiva (divididas en 68 con incisión de Pfannenstiel y 136 con incisión media infraumbilical longitudinal) en el Hospital General Santiago durante 1996. Se identificó el síndrome de sufrimiento fetal como el diagnóstico operatorio más frecuente en ambos grupos, seguido de la distocia de la dinámica uterina en el primero. Se concluyó que mientras el tiempo quirúrgico y de extracción fetal resultan mayores y la fiebre sin causa aparente menos común con la incisión de Pfannenstiel, el total de complicaciones durante y después de la operación, así como los resultados perinatales, son similares en los dos casos.

Descriptores: CESÁREA/métodos; PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS GINECOLÓGICOS; PARTO ABDOMINAL.

En 1898 P. Assmy,¹ de la Clínica Czerny en Heidelberg, hizo una serie de experimentos con incisiones abdominales longitudinales, donde cortaba varios nervios, e incisiones transversales, donde conservaba la inervación de la zona, y demostró que en el primer caso se atrofiaba de la porción muscular situada en el lado interno de la incisión, en tanto permanecía normal a porción ubicada en el lado externo. La cicatriz estaba adherida lateralmente al músculo normal y hacia la línea media al músculo atrofiado. Al incidir longitudinalmente la aponeurosis anterior, se cortaba en

realidad la continuación aponeurótica de los músculos abdominales laterales; por esta razón, tarde o temprano la cicatriz se tornaba más ancha, más delgada y más débil.

En estudios actuales^{2,3} se afirma que las incisiones transversas requieren un menor tiempo de cicatrización y proporcionan mayor seguridad, mejores resultados estéticos y menos molestias y complicaciones posoperatorias, a la vez que permiten disponer de un campo quirúrgico adecuado para trabajar sobre los órganos de la cavidad pélvica.

¹ Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología.

² Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Titular.

Más recientemente se ha planteado que la incisión de Pfannenstiel ofrece potenciales beneficios al minimizar el trauma de la pared abdominal, sin incrementar el riesgo de complicaciones quirúrgicas,⁴ y disminuye sustancialmente las adhesiones posoperatorias en comparación con incisiones longitudinales en la línea media.⁵

A pesar de lo anterior, dicha incisión es poco usada en nuestro medio, especialmente en la operación cesárea primitiva, aunque para autores cubanos como Rodríguez Hidalgo³ constituye la incisión del ginecoobstetra

Por todo lo anteriormente expuesto decidimos comparar las cesáreas primitivas realizadas con incisión longitudinal y las efectuadas con incisión de Pfannenstiel para poder llegar a nuestras propias conclusiones en cuanto a la conveniencia de generalizar el uso de esta última en la operación cesárea primitiva.

Métodos

Se hizo un estudio de casos y controles sobre el tipo de incisión abdominal en 204 mujeres que requirieron cesárea primitiva en el Hospital General Santiago durante 1996, para lo cual fueron distribuidas en:
Grupo de estudio: Constituido por las 68 pacientes operadas con incisión de Pfannenstiel.

Grupo control: Formado por las dos pacientes intervenidas con incisión longitudinal, consecutivas a cada integrante del grupo de estudio y tomadas del registro de operaciones del hospital (136 en total).

Los datos primarios de interés se extrajeron de las historias clínicas de las madres y los recién nacidos, así como del informe operatorio.

En nuestro trabajo aplicamos siempre la técnica quirúrgica clásica de la incisión de Pfannenstiel.¹

La información se procesó en soporte electrónico a través del sistema estadístico Microstat, donde se utilizaron como medidas de resumen y comparación el porcentaje, la diferencia de proporciones y el test de Students en el caso de los tiempos analizados, con un nivel de significación de 0,05.

Resultados

Durante 1996, en el Hospital General Santiago se produjeron 2 316 nacimientos y 648 cesáreas, para un índice global de 28,0 %, desglosado en 431 primitivas (18,6 %) y 217 iteradas (9,4 %). De las cesáreas primitivas realizadas, 68 se ejecutaron con la incisión de Pfannenstiel, para un índice de 15,8 %.

En la tabla 1 se muestran los diagnósticos de las cesáreas de acuerdo con la frecuencia de indicación. Observe que el primer lugar fue ocupado por el síndrome de sufrimiento fetal, tanto en el grupo control (36,0 %) como en el de estudio (27,9 %); y aunque hubo diferencias significativas ($p < 0,05$) con respecto a la detección de distocia de la dinámica uterina, resultó siendo más frecuente en el grupo de estudio como consecuencia de la menor premura de dicho diagnóstico para la extracción fetal.

El tiempo promedio de esta última fue de $8,4 \pm 3,3$ minutos para el primer grupo y de $5,9 \pm 2,5$ minutos para el segundo; sin embargo, aunque la diferencia entre esos dos tiempos estuvo dada por 2,5 minutos, resultó significativa ($p < 0,05$), sobre todo cuando se impuso una rápida extracción. El tiempo quirúrgico abarcó $60,8 \pm 15,2$ minutos en el grupo de estudio y $50,6 \pm$

15,8 minutos en los tomados como control, lo cual arrojó significación estadística ($p < 0,05$).

En nuestra serie, la hemorragia fue la complicación peroperatoria más importante en ambos grupos (tabla 2), aunque sin diferencia significativa como en las complicaciones posoperatorias, excepto la fiebre sin causa aparente, que sí la tuvo, pero con menor frecuencia en la incisión de Pfannenstiel.

El análisis de los factores (tabla 3) arrojó la misma incidencia de neonatos con peso mayor de 3 500 gramos (35,3 % en ambos casos). En el grupo de estudio, 5 de los niños nacieron pesando más de 4 000 gramos, de los cuales 2 lo hicieron en presentación pelviana, para 7,4 %, y una distribución similar se encontró en el grupo control.

Tabla 1. Diagnósticos operatorios

Diagnósticos	Grupo de estudio		Grupo control	
	No.	%	No	%
Desproporcióncefalopélvica	15	22,1	29	21,3*
Sufrimiento fetal	19	27,9	49	36,1*
Distocias de la dinámica uterina	14	20,6	15	11,0**
Inducción fallida	6	8,8	9	6,6*
Presentaciones anómalas	7	10,3	17	12,5*
Otros	7	10,3	17	12,5*
Total	68	100,0	136	100,0

Fuente: Historias clínicas

* ($p > 0,05$)

** ($p < 0,05$)

Tabla 2. Complicaciones peroperatorias y posoperatorias

Complicaciones	Grupo de estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Peroperatorias:				
- Hemorragia	14	20,6	19	14,0*
Posoperatorias:				
- Hematoma de pared	1	1,5	-	-
- Absceso de pared	1	1,5	1	0,8*
- Sepsis de la herida quirúrgica	1	1,5	3	2,2*
- Fiebre sin causa aparente	-	-	10	7,4
- Otras	7	10,3	5	3,7*
Total de complicaciones posoperatorias	24	35,3	38	27,9*

Fuente: Historias clínicas

* ($p > 0,05$)

Tabla: 3. Resultados perinatales del recién nacido

Factores perinatales	Grupo de estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Peso (3 500 g)	24	35,3	48	35,3*
Puntaje de Apgar (7)	55	80,9	105	77,2*
Con morbilidad	30	44,1	82	60,3*
Mortalidad	1	1,5	6	4,4*

Fuente: Historias clínicas

* ($p > 0,05$)

** ($p < 0,05$)

Discusión

El bajo índice de cesáreas primitivas realizadas con la incisión de Pfannenstiel en nuestro medio, se corresponde con lo informado por otros autores;^{3, 6} sin embargo, existe consenso en relación con el hecho de que la habilidad quirúrgica del operador es fundamental para elegir el tipo de incisión ante la confirmación de sufrimiento fetal (Sánchez AI. Cesárea extraperitoneal [trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología]. 1993. Hospital Materno Este, Santiago de Cuba) y que ésta solo se obtiene con la práctica sistemática de la maniobra: la necesidad de una rápida extracción fetal con la técnica que mejor domine el operador ante dicho diagnóstico, justifica la diferencia,⁷ pues cuando ello se impone, cada segundo adquiere un valor inestimable; por tanto, consideramos que la citada incisión estaría limitada en las afecciones con graves trastornos fetales.

La mayor complejidad técnica que comporta la incisión de Pfannenstiel,^{2 - 4} sumada a la poca sistematicidad de su uso y el menor dominio de ella, pueden explicar las diferencias encontradas entre los tiempos quirúrgicos y de extracción fetal.

Al igual que en otras casuísticas,^{8, 9} la complicación peroperatoria más común en la nuestra fue la hemorragia, tanto en el grupo de estudio como en el control; mientras que la fiebre sin causa aparente, aunque tuvo significación estadística entre las complicaciones posoperatorias, resultó menos frecuente en las mujeres intervenidas con la incisión de Pfannenstiel, como también se señala en otros estudios.⁹⁻¹¹

Asimismo, el nacimiento de niños con peso corporal superior a los 3 500 gramos en más de la tercera parte de ambos grupos, e incluso de algunos que pesaron más de 4 000, nos obliga a pensar que aunque el campo quirúrgico que ofrece la mencionada incisión es menor, la macrosomía fetal no invalida su empleo.

Sólo la morbilidad del recién nacido experimentó una significativa disminución ($p < 0,05$) en los dos grupos, como igualmente se ha hallado en otros trabajos,^{2, 3, 11} mientras que las restantes variables analizadas no se diferenciaron considerablemente entre sí. A nuestro juicio, tanto el puntaje de Apgar al minuto como la morbilidad perinatal no pueden ser valorados únicamente como factores que dependen del tipo de incisión, sino del diagnóstico operatorio y de otras variables maternas y fetales asociadas. El único neonato que na-

ció a través de una incisión de Pfannenstiel y falleció poco después, fue un bajo peso pretérmino acorde con su edad gestacional, cuya causa de muerte se atribuyó a una enfermedad de la membrana hialina.

Podemos concluir que la incisión de Pfannenstiel se empleó más en pacientes con distocia de la dinámica uterina, que los

tiempos quirúrgicos y de extracción fetal fueron mayores y la fiebre sin causa aparente menos común con este tipo de incisión y que el total de complicaciones peroperatorias y posoperatorias, así como los resultados perinatales, se asemejaron notablemente en ambos grupos.

Abstract

Pfannenstiel Incision in a Primitive Cesarean Section

A case and control study was made comprising 204 women who experienced a primitive cesarean section (they were divided into two groups: 68 with a Pfannenstiel incision and 136 with an infraumbilical, longitudinal and medial incision) at the Santiago General Hospital during 1996. Fetal distress syndrome was identified as the most frequent operatory diagnosis in both groups, followed by dystocia from the uterus dynamics in the first group. It was concluded that, while surgical time and the time for fetal extraction were longer and that fever without apparent cause was less frequent with Pfannenstiel incision, the total of complications during and after the surgery, as well as perinatal results, are similar in both cases.

Headings: CESAREAN SECTION/ methods; SURGICAL AND GYNECOLOGICAL PROCEDURES; ABDOMINAL DELIVERY

Referencias bibliográficas

1. Spivach JL. Técnicas quirúrgicas de las operaciones abdominales. Barcelona: Espaxs;1989:46-54.
2. Baker VV, Shingleton HM. Incisiones. Clin Obstet Ginecol 1988;3:675-83.
3. Rodríguez Hidalgo N. Cirugía ginecológica y obstétrica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1993:101-24.
4. Orr JW. Radical hysterectomy: does the type of incision matter?. Am J Obstet Gynecol 1995;173(2):399-406.
5. Brill AI. The incidence of adhesions after prior laparotomy: a laparoscopic appraisal. Obstet Gynecol 1995;85(2):269-72.
6. Ellis GJ, De Vita MR. Extraperitoneal cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1995;63(4):961-73.

7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en ginecoobstetricia y perinatología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 1997: 470-94.
8. Burrows WR. Transoperative complications of cesarean delivery. J Perinatol 1996;40(6):53-9.
9. Gingo AJ. Hemorrhage associated with cesarean delivery: When in transfusions needed? J Perinatol 1995;15(1):32-5.
10. Querleu D. Low transverse laparotomy with rectus abdominus section in gynecology and obstetric. A propos of 1 000 cases. Rev Fr GynecolObstet 1987;82(11):643-8.
11. Panduro B. Análisis de 500 cesáreas practicadas por un residente. Ginecol Obstet Mex 1988;56:149-52.

Dr. Idalberto Clavijo Balart, Calle 5ta No. 114, entre Aguilera y Enramadas, Reparto Santa Bárbara, Santiago de Cuba. CP 90900