

# REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXXI

SAN JOSE, COSTA RICA

Número 365  
OCTUBRE DE 1964

Tomo XXI

## Anomalías del Sacro como Factor de Distocia en el Parto

Por

Dr. Oscar Robert Aguilar\* — Dr. Constantino Urcuyo G.\*\*  
Dr. Rafael A. Briceño Briones\*\*\*

### INTRODUCCION:

Varios autores se han preocupado de las anomalías del sacro como factor distócico. (Mayer y Morin (1); estudian el sacro y lo dividen en dos tipos: A) sacro escavado o dinámico: B) sacro recto o estático. Llegando a la conclusión que la falta de excavación es un factor muy importante en la producción de la distocia. Posner Ch. (2), hace un estudio en el hospital Bronx de New York, sobre los sacros rectos o planos. Estudia 2068 pelvimetrías encontrando 440 sacros rectos (20%). Concluyendo que el sacro recto eleva considerablemente el índice operatorio. Ej. la intervención cesárea se elevó del 4.9% a 17.7%; y el fórceps de 11% a 30%. También encuentra un considerable aumento en las horas de labor, y hace mención de la relación estrecha entre sacros rectos y desproporción cefalo-pelviana. Reygeris N. J. (2) haciendo un estudio en la maternidad universitaria de Brugmann llega a la conclusión de que el sacro recto es una causa frecuente de distocia, basándose en el aumento del índice operatorio.

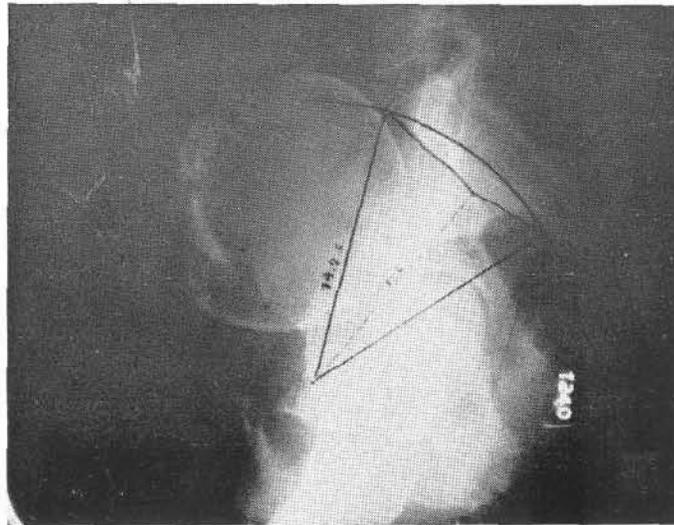
Nosotros queremos presentar ante ustedes un pequeño aporte en el que se trata de explicar el mecanismo de acción el sacro recto como factor distócico en el parto.

### MATERIAL Y METODOS:

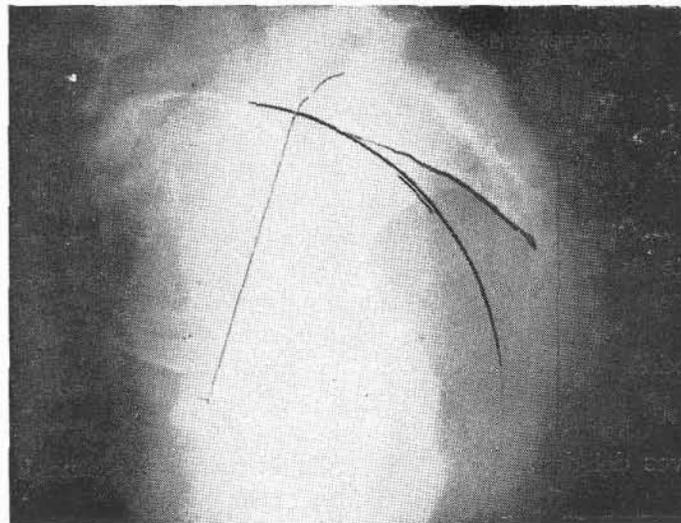
Los casos objeto de este estudio fueron tomados de los archivos del departamento de Rx. del Instituto Materno Infantil Carit;

---

\* Asistente de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil Carit.  
\*\* Asistente del Servicio de Maternidad. Hospital San Juan de Dios.  
\*\*\* Asistente de Ginecología y Obstetricia del I. M. I. C.



**RADIOGRAFIA N° 1**  
Sacro recto dirigido hacia adelante.



**RADIOGRAFIA N° 2**  
Sacro recto dirigido hacia atrás.

haciendo una revisión de los reportes de las pelvimetrías de los años 1960 y 1961, de las cuales se tomaron todos aquellos casos clasificados como sacros rectos y sacros con doble promontorio, dando un total de 146 casos. A continuación se revisaron las radiografías para corroborar estos diagnósticos, habiéndose reducido el total de casos a 76 entre los cuales se clasificaron 16 como de doble promontorio.

Luego se analizaron las historias clínicas para obtener los datos de antecedentes obstétricos, investigando: cesáreas, fórceps, labores prolongadas y fetos en labor; se tomó también la clasificación de las pelvis según Cadwell y Moloy. En relación con el parto se analizó si fue espontáneo conducido, inducido, por cesárea, por fórceps, por extractor al vacío o por versión interna. Se anotaron además horas de labor y morbilidad y mortalidad materno-fetal.

Para llevar a cabo este estudio quisimos basarnos en alguna clasificación del sacro desde el punto de vista obstétrica; pero principalmente se ha clasificado éste tomando en cuenta su anatomía. Por lo cual nos propusimos plantear en este estudio una clasificación de importancia obstétrica de los sacros rectos; partiendo de las bases anatómicas de considerar recto al sacro que no tiene excavación; para lo cual hicimos lo siguiente: (gráfica 1<sup>o</sup>) con un compás tomando como centro la parte más prominente de retro-pubis, trazamos un arco que pasará por el promontorio; así obtuvimos dos tipos de sacros rectos: unos, en los que el arco cortaba algún punto del sacro, a los que denominamos sacros rectos dirigidos hacia adelante y el otro tipo en los que el arco no los cortó, que denominamos rectos dirigidos hacia atrás. Quedando 35 clasificados dentro del primer grupo y 25 incluidos en el segundo. En lo que respecta a los sacros de doble promontorio el arco cortó en los 16 casos sobre el sacro. Con los datos anteriores se estructuraron las siguientes tablas. Tabla 1.

En relación con los 16 casos de doble promontorio, encontramos entre los antecedentes obstétricos un 31.25% de cesáreas, que es sumamente elevado por ser de los 16 casos 8 nulíparas. La pelvis androide se presentó en el 37%, este porcentaje tan elevado se explica porque la pérdida de la excavación pélvica hace que la pelvis tome forma de embudo. El parto únicamente en el 6.25% de los casos fue espontáneo, en comparación con el 70% de intervenciones obstétricas; con este índice tan elevado es lógico que encontremos las horas de labor prolongadas y un aumento de la mortalidad materno-fetal. La muerte materna se debió a una ruptura uterina.

TABLA N° 1

## 16 casos de sacro con doble promontorio

Antecedentes obstétricos	Cesarea	5 casos — 31.25%
	Forceps	0 casos — 0 %
	Feto muerto en labor	1 caso — 6.25%
	Labor prolongada	1 caso — 6.25%
tipo de pelvis	Antropoide	2 casos — 12.5 %
	Androide	6 casos — 37.5 %
	Platipeloides	4 casos — 25 %
	Ginecoide	4 casos — 25 %
parto	Inducido	0 casos — 0 %
	Conducido	3 casos — 18.75%
	Espontáneo	1 caso — 6.25%
	Cesarea	6 casos — 37.5 %
	Forceps	4 casos — 25 %
	Extractor al vacío	2 casos — 12.5 %
Versión interna	0 casos — 0 %	
Horas de labor	0 — 6	2 casos — 12.5 %
	6 — 12	6 casos — 37.5 %
	12 — 18	8 casos — 50 %
Morbilidad fetal		2 casos — 12.5 %
Morbilidad materna		4 casos — 25 %
Mortalidad fetal		1 caso — 6.25%
Mortalidad materna		1 caso — 6.25%

Primigestas 8 casos — 50 %

Multiparas 8 casos — 50%

TABLA N° 2

## 25 casos de sacros rectos dirigidos hacia atrás

Antecedentes obstétricos	Cesarea	5 casos — 20%
	Forceps	4 casos — 16%
	Feto muerto en labor	1 caso — 4%
	Labor prolongada	3 casos — 12%
tipo de pelvis	Androide	4 casos — 16%
	Antropoide	2 casos — 8%
	Platipeloide	4 casos — 16%
	Ginecoide	15 casos — 60%
parto	Espontáneo	5 casos — 20%
	Conducido	6 casos — 24%
	Inducido	1 caso — 4%
	Cesarea	11 casos — 44%
	Forceps	1 caso — 4%
	Extractor al vacío	1 caso — 4%
Versión interna	0 casos — 0%	
Horas de labor	0 — 6	6 casos — 24%
	6 — 12	16 casos — 64%
	12 — 18	9 casos — 36%
Morbilidad materna	5 casos — 20%	
Mortalidad fetal	3 casos — 12%	
Mortalidad materna	0 casos — 0%	
Morbilidad fetal	0 casos — 0%	

Multiparas 17 casos — 68%

Primigestas 8 casos — 32%

TABLA N° 3

## 35 casos de sacro recto dirigido hacia adelante

Antecedentes obstétricos	Cesarea	9 casos — 25.2%
	Forceps	2 casos — 5.6%
	Feto muerto en labor	2 casos — 5.6%
	Labor prolongada	2 casos — 5.6%
tipo de pelvis	Androide	9 casos — 25.2%
	Antropoide	4 casos — 11.2%
	Platipeloide	1 caso — 2.8%
	Ginecoide	21 casos — 58.8%
parto	Espontáneo	10 casos — 28 %
	Conducido	7 casos — 19.6%
	Inducido	1 caso — 2.8%
	Cesarea	8 casos — 22.4%
	Forceps	8 casos — 22.4%
	Extractor al vacío	0 casos — 0 %
Versión interna	1 caso — 2.8%	
Horas de labor	0 — 6	6 casos — 16.8%
	6 — 12	17 casos — 47.6%
	12 — 18	12 casos — 33.6%
Morbilidad fetal	1 caso — 2.8%	
Morbilidad materna	5 casos — 14 %	
Mortalidad fetal	1 caso — 2.8%	
Mortalidad materna	0 casos — 0 %	

Primigestas 16 casos — 44.8%

Multiparas 19 casos — 53.2%

**Tabla 2.**

En los 25 casos de sacros rectos dirigidos hacia atrás encontramos un 63% de intervenciones obstétricas, que es muy alto. El tipo de pelvis, siempre está elevado el de configuración androide y platipeloide. Sobre el parto tenemos un elevadísimo porcentaje de intervención cesárea, el 44%; debido a la relación estrecha entre este tipo de sacro y la desproporción cefalopelviana, que ocurrió en el 60% de estos casos y que fue casi siempre a base del estrecho superior. Las horas de labor están también aumentadas lo mismo que la morbilidad materno fetal.

**Tabla 3.**

Tenemos a igual que en las tablas anteriores un aumento de la intervención cesárea en los antecedentes. La pelvis siempre presentó un elevado porcentaje de tipos androide. En relación con el parto el índice de cesáreas 22,8% menor que en el sacro recto dirigido hacia atrás, pero se elevó el índice de fórceps a 22,8%; esto se explica por el menor número de desproporciones absoluto en estos 35 casos de sacros recto dirigido hacia adelante. Las horas de labor y la morbilidad siempre son elevadas.

**NOTA:**

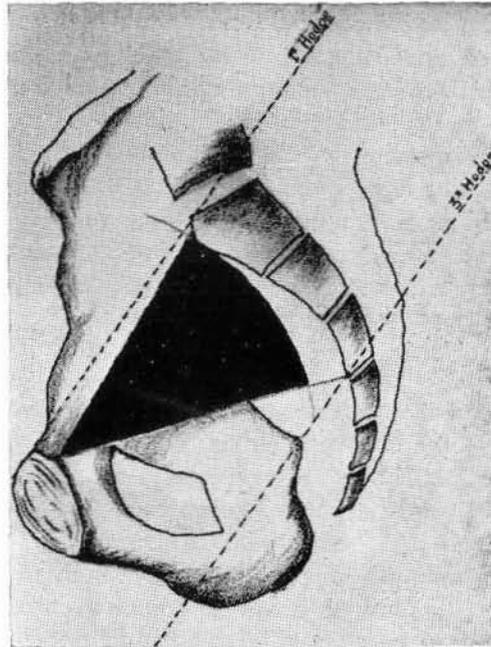
El porcentaje general de cesáreas en el Instituto Materno Infantil Carit es de 7 a 8% y el de fórceps alrededor del 15%...

**COMENTARIOS:**

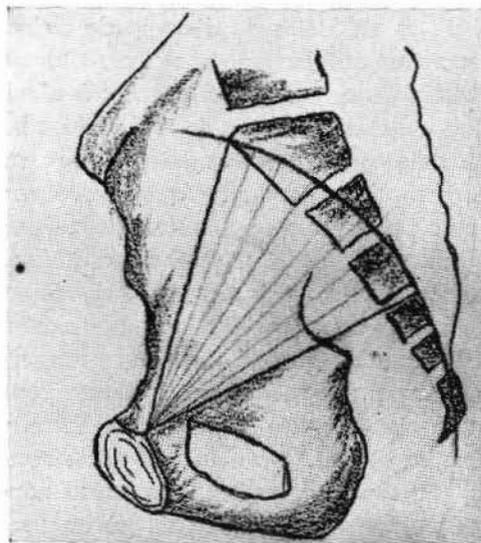
Creemos que el sacro recto es un factor de distocia de orden materno, por las siguientes razones: en el caso de sacro recto dirigido hacia adelante, por disminuir la capacidad pélvica a nivel de la excavación pélvica. Esta conclusión la tomamos debido a la disminución de los diámetros anteroposteriores registrados en un plano inferior al diámetro promontorio-retropúblico, que se presentó en el 100% de los casos; esto revela una disminución de la capacidad de la excavación (gráfica 1 Area Util). Se ha tomado en cuenta el punto más prominente de retropubis porque creemos es el más útil desde el punto de vista obstétrico; tomando este punto de referencia y en altura una distancia que va desde el promontorio a la unión de la tercera y cuarta vértebra sacras, punto posterior de proyección del tercer plano de Hogde, quedará formado un segmento de círculo que representa realmente la parte más útil de la excavación pélvica para un mecanismo de parto normal. Concluimos que la disminución de esta área útil, es un factor que hay que tomar en cuenta en los casos en que se encuen-

### Area Util

GRAFICA N° 1

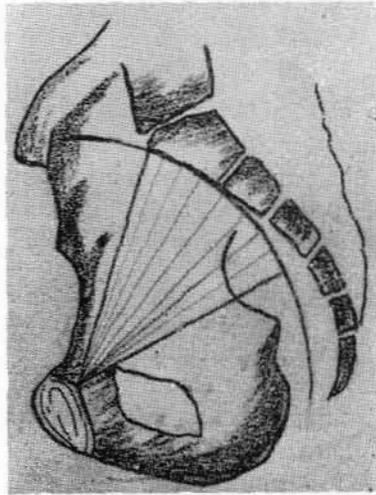


### Area Util en Distintos Sacros

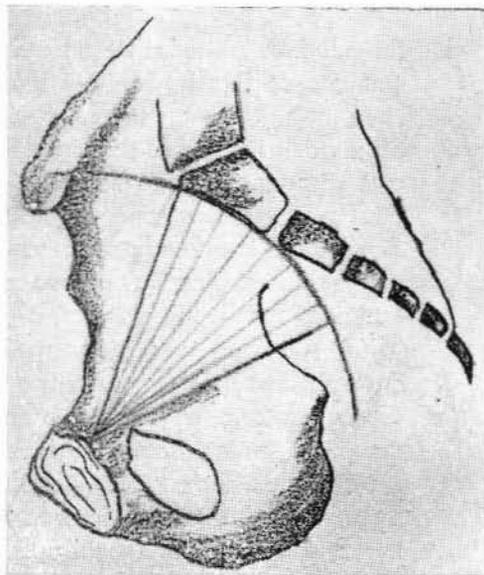


GRAFICA N° 2

Sacro Recto dirigido hacia adelante.



GRAFICA N° 3  
Sacro Normal Excavado.



GRAFICA N° 4  
Sacro Recto Dirigido ha-  
cia atrás.

tra una desproporción cefalo-pelviana relativa, ya que en los casos de cabezas fetales pequeñas o de pelvis muy amplias, el parto se lleva a cabo sin dificultad.

En cuanto a los sacros de configuración plana y que están hacia atrás creemos no tienen importancia obstétrica desde el punto de vista de disminuir el área útil, aunque los encontramos acompañados de desproporción cefalo-pelviana en el 60% de los casos. En nuestra casuística esta desproporción se presentó en el 75% de los casos a nivel del estrecho superior.

Es de todos conocido que la desproporción cefalo-pélvica es más frecuente a nivel del estrecho medio o plano mesopélvico. Por esta razón nos preguntamos, ¿se podrá por tal motivo pensar que si no fuese que al dirigirse el sacro hacia atrás disminuyera por una ley mecánica el diámetro anteroposterior del estrecho superior y ser un porcentaje de los casos en el factor distócico a este nivel? De los 25 casos de nuestra casuística 18 demostraron una franca disminución de los diámetros anteroposteriores. (Rx doble promontorio).

En nuestro estudio encontramos 16 casos de sacros con doble promontorio; como se entiende esta situación es la máxima expresión de sacro plano, en cuanto se refiere a la disminución del área útil.

## RESUMEN

- 1) Se estudian 76 casos de sacros rectos obtenidos del departamento de Rx. del Instituto Materno Infantil Carit.
  - 2) Se dividen los sacros planos o rectos en dos grupos; ya sea que disminuyen o no el área de la excavación pélvica, la cual se denomina área útil. Aquellos que no disminuyen dicha área, los llamamos sacros rectos dirigidos hacia atrás y a los que sí disminuyen, sacros rectos dirigidos hacia adelante.
  - 3) En ambos grupos se encuentra visiblemente elevado el índice operatorio; el porcentaje de operación cesáreas se eleva a 27% en los rectos dirigidos hacia adelante y a 44% en los dirigidos hacia atrás, elevándose también considerablemente el porcentaje de fórceps y otras intervenciones obstétricas. Esta alta incidencia operatoria concuerda con la publicada por otros autores.
-

- 4) Hacemos ver la asociación frecuente de desproporción cefalo-pélvica y sacros rectos 60%.
- 5) El sacro recto dirigido hacia adelante es factor de distocia por disminuir el área útil de la excavación pélvica.
- 6) El sacro con doble promontorio es la máxima expresión de sacro recto, en lo que se refiere a disminución del área útil.
- 7) El sacro recto dirigido hacia atrás es factor de distocia por disminuir el diámetro anteroposterior del estrecho superior de la pelvis.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1—MAYER M. J. and MORIN F. "Anomalios du Sacrum" *Semeinc. Hosp Paris* 27. 993, 1951.
- 2—POSNER CH. "The Flat Sacrum: its importance in obstetrics". *Am. Journal Obst. and Gyn.* Vol. 70. N° 5 Pág. 1021. 1955.
- 3—REYGERTS M. J. "Anomalios du Sacrum et dystocie" *Bulletin de la Federation Des Societes de Gyn. et Obst. de Long Francaise.* Tomo 6 N° 2. 1954. Pág. 173.
- 4—SNOW W. "*Roentgenology in Obstetrics and Gynecology*". Springfield Illinois. First Edition 1952.