
La Versión Interna

A PROPOSITO DE 121 CASOS

Dr. Jaime A. Díaz G.

Del Instituto Materno-Infantil — Bogotá

El propósito del presente trabajo es la revisión de la intervención obstétrica llamada Versión Interna, practicada en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, para intentar precisar sus indicaciones y sus condiciones, y según los resultados obtenidos poder concluir si dicha intervención debe reducirse exclusivamente para extraer el segundo gemelo en situación transversa, como es la tendencia actual, o si tiene otras indicaciones. Considerando que la operación cesárea ha relegado al olvido una serie de conductas obstétricas, que no por eso dejan de tener validez y efectividad, se impone la revisión de ellas, dándoles su justo valor para impedir que la Obstetricia se someta al criterio estrictamente quirúrgico, desalojando el recto criterio clínico que ha de primar en toda actuación obstétrica. “El abuso de la cirugía entre las generaciones jóvenes —escribió Fernández Ruiz— ha hecho hoy a la operación cesárea dueña y señora de los quirófanos. Se ha entregado la Obstetricia a la Cirugía” (5). Si este modesto trabajo contribuye en algo a rescatarla, quedamos satisfechos.

MATERIAL Y METODOS

Este trabajo se basa en la revisión de las Historias Clínicas de pacientes obstétricas que ingresaron al Instituto Materno Infantil “Concepción Villaveces de Acosta”, en el lapso comprendido entre noviembre de 1953 y diciembre de 1960, tiempo durante el cual se atendieron 65.208 partos. Fué nuestra intención abarcar un espacio mayor de tiempo, pero por no hallarse codificada la Estadística en los años anteriores a 1954, no nos fué posible llevarla a cabo.

En los 7 años revisados se practicaron 121 versiones internas, que es el motivo de nuestro estudio, lo cual da una incidencia de 0,18% para este tipo de intervención, en relación con el total de partos espontáneos u operatorios. Lull, (9) en el Pennsylvania Hospital, presenta una incidencia de 1,7% en el lapso comprendido entre 1929 y 1949; y de 0,18% en el año de 1949 sobre un total de 2.750 partos. Ortolá, (10) de la Casa Provincial de Maternidad de Barcelona, sobre un total de 15.486 partos da una incidencia de 1,02%.

Paridad

De las 121 pacientes 5 eran primigestantes, 19 secundigestantes y 97 multigestantes.

Edad Gestacional

La edad de gestación en semanas fué así:

con menos de 30 semanas	1 caso (0,82%)
de 30 a 34 semanas	14 casos (11,5 %)
de 35 a 39 semanas	54 casos (44,6 %)
de 40 semanas	52 casos (42,9 %)

INDICACIONES

La bondad del pronóstico para la madre y para el feto que otorga la operación cesárea, ha ido poco a poco mutilando las indicaciones de la versión por maniobras internas. Desde Celso, que fué el primero en preconizarla, sus indicaciones han venido modificándose. Para aquél, la única indicación era la situación transversa con feto muerto. Posteriormente Sorano de Efeso la recomienda estando el niño vivo, hecho éste que amplía sus indicaciones tal como lo recomendaron más tarde Ambrosio Paré y Guillemeau (13). Vemos después cómo Fabre afirma a principios del presente siglo, que "si el feto está muerto la versión está absolutamente contraindicada", contrariando el criterio de Celso (4). Devraigne (3) recomienda como indicación formal la presentación de hombro con feto vivo, y como indicaciones relativas aquellas que exigen una pronta terminación del parto como la eclampsia, las hemorragias graves y el sufrimiento fetal; o aquellas que se deducen de las dificultades del parto como los vi-

cios pelvianos (estrechez moderada, pelvis plana raquítea, pelvis asimétrica), tumores de la excavación (fibromas), presentaciones de cara o de frente. Juan León, (8) conservando mucho de la Escuela Francesa, señala como indicaciones cualquier complicación materna que exija la rápida terminación del parto: la prociencia del cordón umbilical con feto vivo, los asinclitismos exagerados, la prociencia de un miembro que impida la progresión de la cabeza y la aceleración de la salida del segundo gemelo. Abusando de la intervención, Potter (11) preconiza que la versión interna tiene como único propósito evitar los sufrimientos del período expulsivo, cuando el cuello se halla completamente dilatado y el polo cefálico no desciende rápidamente. El criterio actual de la Escuela Norteamericana se reduce a la opinión de Greenhill (6) quien afirma que "entre más pocas versiones se hagan, es mejor para las madres, los niños y los médicos". Así, ellos aceptan como única indicación "la presentación del tronco en el segundo gemelo".

Las indicaciones por las cuales se practicaron las 121 versiones de este estudio fueron las siguientes:

por situación transversa	111 (91,7 %)
por presentación de hombro abandonado ..	4 (3,3 %)
por procúbito del cordón	3 (2,48%)
por placenta previa	2 (1,6 %)
por falta de encajamiento	1 (0,82%)

Por el cuadro anterior vemos que predominó como indicación la situación transversa, habiéndose practicado ésta en 40 casos de segundo gemelo, una para el último trillizo y otra, hecho inexplicable, para un primer gemelo.

Siendo el término versión por maniobras internas sinónimo de versión pélvica, se comprende que la intervención podrá hacerse estando el feto en presentación cefálica. Es en esta eventualidad donde más se ha restringido la versión interna para sustituirla por la operación cesárea. De los casos estudiados, 6 versiones fueron hechas estando el polo cefálico en contacto con el estrecho superior, siendo sus indicaciones las siguientes: 3 por procúbito del cordón, 2 por placenta previa una de ellas central

total y la última por falta de encajamiento, luego de intento de fórceps alto. Los resultados fetales fueron malos en los casos de placenta previa.

CONDICIONES

“Intervenir en condiciones adversas es hacer de la versión interna una operación de necesidad, penosa para el partero y grave para la mujer” dijo Devraigne, a lo cual agregamos nosotros que “fatal para el feto”. El éxito de la intervención depende pues, de que estén presentes las condiciones favorables aceptadas por todos los autores y que podemos enumerar así:

- 1) Cuello uterino completamente dilatado.
- 2) Bolsa de las aguas íntegra o recientemente rota.
- 3) Presentación fetal móvil sobre el estrecho superior.
- 4) Utero completamente relajado, factor éste que depende de la integridad de las membranas y más que todo, del agente anestésico utilizado.
- 5) Que no exista desproporción feto-pélvica.
- 6) Que no exista cicatriz previa en el útero por intervenciones tales como cesárea o miomectomía.

Junto a estas condiciones que pueden llamarse absolutas existen otras, que aunque son relativas, creemos que también deben tenerse en cuenta:

7) Madurez fetal. Consideramos que para un feto inmaduro la acción nociva del agente anestésico suministrado en dosis tal que ocasione anestesia profunda —condición ideal—, sumada al traumatismo de la versión y de la extracción, ensombrecerá su supervivencia.

8) Que no exista sufrimiento fetal en el momento mismo de iniciar la intervención, por las causas anotadas anteriormente.

9) Habilidad y experiencia del operador. Es obvio que la experiencia señalará si es o no conveniente practicar la versión. La

habilidad hará menos peligroso el pronóstico materno y fetal, especialmente aquél. Al respecto, Stoeckel (12) escribió: "La rotura uterina es una medida de la capacidad del tocólogo y constituye un signo muy útil de la cultura obstétrica".

10) Feto único dentro de la cavidad uterina. Aunque parezca incongruente consignar tal condición en este trabajo, lo hacemos en consideración a que en los casos revisados se practicó versión interna a un primer gemelo.

11) Feto vivo. Esta condición, dada por algunos autores como absoluta o principal, la consideramos como indiferente, ya que en los casos revisados en que se practicó la versión con feto muerto, el éxito fué completo y tal vez con menos peligro que si se hubiese extraído el feto después de la embriotomía, que es lo que se aconseja comúnmente.

De los 121 casos estudiados, en 70 se llenaron todas las condiciones para practicar la versión interna, falleciendo únicamente 3 niños.

Como es en el caso del segundo gemelar donde se llenan todas las condiciones absolutas, los resultados tendrán que ser más favorables. En los casos revisados se practicaron 40 versiones para el segundo gemelo: 36 vivos y 4 muertos. De los primeros fallecieron intraparto o posteriormente 7 niños. La indicación en 38 casos fue la situación transversa y en 2 el procúbito del cordón en presentación cefálica.

Con cuello uterino incompletamente dilatado, 4 casos. En 2 se practicó versión sin extracción con buen resultado fetal. Creemos que en aquellos casos en que se practique la versión interna antes de la dilatación completa (por ejemplo, situación transversa o procidencia de miembro) deberá resistirse el operador a la tentación de ejecutar la extracción. Aún más, consideramos que aunque llenándose todas las condiciones, el hecho de practicar la versión interna no deberá implicar la extracción podálica ya que el apresuramiento con que se termina ésta es la causa más frecuente del fallecimiento fetal. Así, en 13 casos de versión interna sin extracción, el éxito fue completo en 12 ocasiones. En el otro falleció el feto intraparto, ya que debiéndose hacer, aquí sí, la ex-

tracción se dejó evolucionar el parto, hallándose la madre en anemia por hemorragia debida a placenta baja.

Con membranas rotas, —de 1½ a 3 horas antes de la intervención— 4 casos con 3 fallecimientos fetales, imputables a otras causas, como dilatación incompleta o sufrimiento fetal. Mientras el tiempo transcurrido entre la ruptura de membranas y el momento de la intervención no sea lo suficientemente largo como para que el útero se haya retraído sobre el feto, creemos que con una buena anestesia la versión podrá hacerse con éxito, especialmente cuando el feto no cuenta. De 25 versiones que se hicieron con feto muerto en situación transversa, en 21 las membranas estaban rotas y no hubo ninguna complicación materna.

Por defecto anestésico hubo 4 casos con 2 muertes fetales. Siguiendo la norma preestablecida de que es el éter el agente anestésico ideal para practicar la versión, con la condición de que se administre hasta un plano profundo, en 117 de los 121 casos revisados se utilizó tal tipo de anestesia. Sin embargo, las 2 muertes fetales achacables a esta anestesia se debieron a insuficiente cantidad, ya que habiéndose iniciado la intervención las pacientes presentaron accesos de tos, apresurándose la extracción y reteniéndose la cabeza. En 1 caso se hizo la versión sin anestesia para un segundo gemelar que falleció intraparto. En otro, con feto muerto, se intentó hacerla con raquianestesia a la que se añadió ciclopropano y rubilexin y finalmente éter, asociación de agentes que ocasionaron paro cardíaco materno. La toracotomía y el masaje cardíaco inmediato evitaron el fallecimiento.

Con desproporción céfalo-pélvica (hidrocefalia) hubo 2 casos con muerte fetal intraparto. Siendo difícil valorar algunas veces el tamaño del polo cefálico por la palpación abdominal, consideramos prudente que una vez introducida la mano dentro de la cavidad uterina se palpe la cabeza fetal y hacer así, oportunamente, el diagnóstico de hidrocefalia, para desistir del parto vaginal.

Hubo 16 casos de prematuridad fetal, 7 muertos y 9 vivos de los que fallecieron posteriormente 8. Es criterio equivocado pensar que entre más pequeño sea el feto con mejor éxito se podrá hacer una versión. Tal vez sea así cuando se desprecia el porvenir fetal. Si aceptamos que el verdadero deber del obstetra es ve-

lar en igual forma por la madre y por su hijo, creemos que la prematurez en embarazo único es contraindicación para practicar una versión interna, teniendo en cuenta el violento traumatismo que implican la anestesia y las maniobras obstétricas. Así, en 9 casos en que se practicó versión a fetos vivos menores de 35 semanas, fallecieron 8 de los cuales 2 correspondían a un segundo gemelo.

Con sufrimiento fetal se hicieron 5 versiones falleciendo 4 fetos. Consideramos que aún llenándose las condiciones principales para practicar una versión, las manifestaciones de sufrimiento fetal han de contraindicarla por las razones atrás expuestas. Será más conveniente entonces optar por la vía alta.

Siguiendo la norma de que la versión interna ha de ser verificada por el personal más hábil y experimentado, el mayor número de ellas fué ejecutado por los Jefes de Clínica (85 casos), por los R2 (14 casos), y por los R1 (4 casos). En 18 ocasiones la versión fué practicada por profesores. Creemos útil señalar aquí que en los casos atendidos por el personal más antiguo se presentaron 3 muertes fetales intraparto por no tenerse en cuenta una de las condiciones principales: la dilatación completa. En ellos la confianza en la habilidad primó sobre la experiencia. De los 4 casos atendidos por los R1 hubo una muerte intraparto, achacable a la inhabilidad del operador puesto que se llenaban a cabalidad las demás condiciones.

Con feto muerto se practicaron 25 versiones, la gran mayoría con fetos prematuros y con antecedente de membranas rotas. En este grupo no se presentó ninguna complicación materna. Casi todos los autores están de acuerdo al aceptar que una de las condiciones para practicar la versión interna ha de ser la de "feto vivo", y preconizan la embriotomía raquídea en caso de feto muerto. Comparando nosotros la bondad de la versión interna en los casos de fetos muertos con la alta morbilidad (28,57%) y mortalidad maternas (7,14%) que acarrea la embriotomía (7), consideramos que debe practicarse aquélla sistemáticamente en estos casos, con excepción de la inminencia de ruptura uterina en que también estaría contraindicada la embriotomía.

Como consignamos atrás, se practicó versión interna a un primer gemelar muerto, sin que, por fortuna, hubiese sucedido ningún accidente materno. Es tan obvia en este caso la contraindicación de la versión, que ningún autor de los consultados la menciona.

RESULTADOS

1) — *MATERNOS*:

a) Mortalidad. En los 121 casos revisados no hubo que lamentar ninguna muerte materna. Lull dá una incidencia de 0,07% (9) y Ortolá no señala mortalidad alguna (10).

b) Morbilidad. Se practicaron 2 laparotomías por ruptura uterina comprobada. En una de ellas la versión se hizo a pesar de haberse hecho el diagnóstico previamente. Es decir, tan solo un caso de ruptura uterina se presentó en las 121 versiones practicadas lo que arroja un índice de 0,83%, incidencia muy baja en relación con la anotada por otros autores: Castelazo Ayala, 4% (2), Calcaño menciona 33 rupturas uterinas debidas a versión interna sobre un total de 231 rupturas (14,5%), (1). Hubo un caso de paro cardíaco durante la intervención, atribuible a defecto de anestesia. El masaje cardíaco directo, evitó la muerte de la paciente.

Se presentaron 2 casos de desgarro de cuello uterino, debido uno a intentos de fórceps alto antes de practicar la versión, y en otro a la ejecución de la gran extracción con dilatación incompleta.

Se anotó un solo caso de desgarro perineal.

2 pacientes presentaron puerperio febril, debido posiblemente a endometritis.

2) — *FETALES*:

a) Mortalidad. Como lo hemos anotado atrás, 25 versiones se practicaron con feto muerto y 96 con fetos vivos. De éstos murieron 6 intraparto, siendo 2 de ellos hidrocéfalos. Del resto, 17 fa-

llecieron postparto, lamentando no poder consignar con precisión la causa de su muerte ya que no se practicó ninguna necropsia. La mortalidad neonatal fué pues de 23,9%, cifra extremadamente alta comparándola con la de 1,6% dada por Lull (9) y con la de 8,7% dada por Ortolá (10).

b) Morbilidad. Se consignaron 2 casos de fractura de clavícula, 1 de fractura de húmero asociada a luxación de codo, y otro de fractura de húmero.

RESUMEN

Se revisan 121 casos de versión interna practicadas en el Instituto Materno Infantil, en un lapso de 7 años. La incidencia fué de 0,18%.

5 pacientes eran primigestantes, 19 secundigestantes y 97 multigestantes.

La edad gestacional fué: 1 caso con menos de 30 semanas (0,82%), 14 de 30 a 34 semanas (11,5%), 54 de 35 a 39 semanas (44,6%) y 52 de 40 semanas (42,9%).

Las indicaciones fueron las siguientes: por situación transversa 111 casos (91,7%), presentación de hombro abandonada 4 casos (3,3%), procúbito del cordón 3 casos (2,48%), placenta previa 2 casos (1,6%) y por falta de encajamiento 1 caso (0,83%).

En 70 casos (57,9%) se llenaron todas las condiciones para practicar la versión.

41 versiones (34%) se hicieron para el segundo gemelo.

108 versiones (89,2%) fueron seguidas de gran extracción podálica.

Como agente anestésico se administró éter en 117 casos (97%).

No hubo mortalidad materna.

Como complicaciones de la intervención misma hubo un caso de ruptura uterina (0,83%), 1 caso de desprendimiento placentario, 1 caso de desgarro de cuello y 1 caso de desgarro perineal. Como complicación de la anestesia hubo un caso de paro cardíaco y 3 de retracción de cuello uterino.

La mortalidad neonatal fué de 23 casos (23,9%).

25 versiones (20,6%) se practicaron con feto muerto.

Fallecieron 6 fetos intraparto (2 hidrocefalos) y 17 murieron postparto.

En 2 casos hubo fractura de clavícula, en 1 fractura de húmero y en otro, ésta, asociada a luxación del codo.

CONCLUSIONES

1) La versión mediante maniobras internas es una intervención que tiene sus indicaciones precisas y que, practicada cuando se llenan todas las condiciones, da buenos resultados tanto maternos como fetales.

2) Comparativamente es menos peligrosa para la madre que la embriotomía.

3) A excepción de aquellos casos de presentación de hombro abandonado con feto grande, ha de preferirse a la embriotomía raquídea.

4) La versión interna no debe implicar necesariamente la extracción podálica mientras no haya una indicación urgente. El pronóstico fetal es más bondadoso cuando después de practicada la versión se deja evolucionar espontáneamente el parto.

5) La versión interna podrá practicarse con éxito estando las membranas rotas, siempre y cuando no haya transcurrido un lapso suficiente como para que el útero esté retraído sobre el feto. Con una buena anestesia la intervención se hará más fácil.

6) El único agente anestésico que se debe emplear para practicar la versión interna es el éter, administrado hasta un plano profundo.

7) Aunque comúnmente se acepta que la versión interna solo debe practicarse estando el feto vivo afirmamos que en caso contrario debe preferirse a la embriotomía, por ser más inofensiva que ésta para la madre, a excepción de la presentación de hombro abandonada con feto grande.

8) El sufrimiento fetal es contraindicación formal para practicar la versión interna.

9) La versión interna no deberá practicarse a fetos vivos con edad gestacional menor de 35 semanas. Esta contraindicación no tendrá validez tratándose del segundo gemelar, caso en el cual la intervención es relativamente fácil de ejecutar y porque además el tamaño y la madurez fetales no siempre están de acuerdo con la edad gestacional.

10) La versión interna deberá siempre ser ejecutada por el personal asistencial más hábil y experimentado.

11) Finalmente, concluimos que estando presentes las condiciones y las indicaciones para practicar la versión interna no debe ser suplantada por la operación cesárea.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CALCAÑO, JULIO. "Rotura uterina en la Maternidad Concepción Palacios". Revista venezolana de Obstetricia y Ginecología. 19: 2, 1959
- 2) CASTELAZO AYALA, L. "Ruptura uterina". Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol 2. fas. 1, 1959, pág. 173.
- 3) DEVRAIGNE, L. "Manual de Obstetricia". Espasa-Calpé, 1953. pág. 902.
- 4) FABRE. "Manual de Obstetricia". Salvat Editores. Cuarta Edición, 1928. Tomo II, págs. 245, 325.
- 5) FERNANDEZ RUIZ, C. "El Camino del Ginecólogo". Editorial Científico-Médica, 1956. Pág. 23.

- 6) GREENHILL, J. P. "Obstetrics". Saunders Company. Eleventh Edition. 1957, pág. 934.
- 7) HURTADO, MIGUEL. "La embriotomía raquídea". Comunicación personal.
- 8) LEON, JUAN. "Tratado de Obstetricia". Editorial Científico-Argentina. 1959. Tomo III pág. 909.
- 9) LULL and KIMBROUGH. "Clinical Obstetrics". Lippicott Company. 1953. pág. 565.
- 10) ORTOLA, E., ARNAU, R. "Mortalidad Maternofetal en las intervenciones obstétricas". Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 3, fas. 1. 1959, pág. 173.
- 11) POTTER, I. W. "The place of version in obstetrics". St. Louis, Mosby Company. 1922 (citado por Greenhill).
- 12) STOECKEL, W. "Tratado de Obstetricia" 1953, pág. 598.
- 13) USANDIZAGA, M. "Historia de la Obstetricia y de la Ginecología en España". Edit. Labor, 1944. Pág. 116.