

O. Córdoba<sup>a</sup>  
J.R. Pascual<sup>a</sup>  
P. Cavallé<sup>a,b</sup>

## Dehiscencia de herida tras intento de versión externa y cesárea previa

97

<sup>a</sup>Servei de Ginecologia i Obstetrícia. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus. Tarragona. España. <sup>b</sup>Departament de Ciències Mèdiques i Quirúrgiques. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat Rovira i Virgili. Reus. Tarragona. España.

*Cesarean uterine scar dehiscence after unsuccessful external cephalic version*

El presente caso clínico no ha recibido beca o financiación alguna.

### Correspondencia:

Dr. O. Córdoba i Cardona.  
Servei de Ginecologia i Obstetrícia.  
Hospital Universitari Sant Joan de Reus.  
Sant Joan, s/n. Reus. 43201 Tarragona. España.  
Correo electrónico: octavi@doctoractive.com

Fecha de recepción: 2/02/04

Aceptado para su publicación: 31/08/04

---

### RESUMEN

Presentamos un caso de dehiscencia de herida de cesárea anterior tras un intento infructuoso de versión externa. La dehiscencia aparece como un hallazgo en el momento de realizar la segunda cesárea. Pese a lo sucedido en el presente caso clínico los autores defendemos el uso de la versión externa en pacientes con antecedente de cesárea previa.

suspected before the start of the second cesarean section. Despite the occurrence of scar dehiscence in the case reported herein, we defend the use of the external cephalic version in patients with previous cesarean section.

### KEY WORDS

External cephalic version. Cesarean section. Breech presentation. Surgical wound dehiscence. Complications.

### PALABRAS CLAVE

Versión externa. Cesárea. Presentación de nalgas. Dehiscencia de plano quirúrgico. Complicaciones.

### INTRODUCCIÓN

### ABSTRACT

We present a case of cesarean uterine scar dehiscence after an unsuccessful attempt at external cephalic version. The scar dehiscence was not

La versión externa es una técnica recuperada y recomendada para disminuir las presentaciones de nalgas en el momento del parto<sup>1,2</sup>. Su aplicación evitará realizar cesáreas a gran número de gestantes con presentaciones podálicas. La versión externa es un procedimiento seguro con baja incidencia de

98 complicaciones<sup>3</sup>; sin embargo, es una técnica poco utilizada en España<sup>4</sup>. La rotura uterina y la dehiscencia de herida uterina son 2 circunstancias temidas por todos los obstetras. La primera por su catastrófica evolución y posibles consecuencias; la segunda porque en muchas ocasiones se trata de un hallazgo accidental que nos produce inquietud pese a que en la mayoría de casos no se traduce en ninguna consecuencia para la parturienta.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 31 años de edad, secundigesta, que fue remitida a nuestro servicio en agosto de 2003 para control perinatal a las 38 + 5 semanas de gestación. En los antecedentes destacaba que 2 años antes se le practicó una cesárea segmentaria transversa motivada por la inserción previa y posterior de la placenta. Se administró profilaxis antibiótica una vez pinzado el cordón con 2 g de cefazolina intravenosa (i.v.). El curso postoperatorio fue normal, sin que presentara fiebre o complicación alguna.

La gestación actual había seguido un curso normal y sin incidencias. En la exploración física, por maniobras de Leopold, se sospechó presentación de nalgas, que se confirmó por ecografía. Se informó a la paciente de la posibilidad de realizar una versión externa, se obtuvo el consentimiento informado por escrito y se programó para 3 días más tarde.

La paciente ingresó en ayunas el mismo día en que estaba programada la versión. Se realizó ecografía que confirmó la presentación, las biometrías eran concordantes con la edad gestacional, el peso estimado era de 2.700 g y el índice de líquido amniótico (ILA) de 8. Posteriormente, se realizó registro cardiotocográfico para determinar el bienestar fetal y se inició tocólisis con ritodrina 200 mg i.v. durante 30 min. Se realizaron 2 intentos de versión en sentido ventral. El protocolo del servicio marca un máximo de 3 intentos, 2 en sentido ventral y uno en dorsal. Sin embargo, dado el antecedente de cesárea previa, en este caso se desestimó realizar un tercer intento. El registro cardiotocográfico posterior al intento de versión fue reactivo, sin signos de pérdida del bienestar fetal. A continuación, se planteó la vía del parto a la paciente, y ésta prefirió la realización de una cesárea, que se programó 3 días más tarde.

La paciente acudió de nuevo a nuestro hospital un día antes de lo previsto, a las 39 + 4 semanas por presentar sensación de dinámica uterina. A la exploración física presentaba un cérvix posterior, 1 cm de canal, permeable un dedo, nalgas insinuadas. En el registro cardiotocográfico se observaba un patrón fetal reactivo y dinámica uterina irregular. Se ingresó a la paciente. Al cabo de 2 h, las contracciones se regularizaron y se observó un cérvix centrándose, borrado, permeable un dedo, nalgas insinuadas. Dada la preferencia por la vía alta expresada por la paciente, se le realizó una cesárea 1 h después.

La cesárea se realizó siguiendo la técnica de Misgav-Ladach<sup>5</sup>. Al visualizar el útero, se observó que la cicatriz previa era dehiscente, se encontraba abierta prácticamente de extremo a extremo y se podían observar partes fetales a través de la serosa. No se observaron signos de sangrado activo o reciente. Se extrajo un feto varón de 2.760 g, test de Apgar de 10/10/10, pH venoso 7,28 y pH arterial 7,35.

### DISCUSIÓN

Múltiples estudios han demostrado la seguridad de la versión externa, que presenta un bajo índice de complicaciones. Las complicaciones más graves descritas son el desprendimiento de placenta, el prolapso de cordón<sup>6</sup>, las fracturas fetales<sup>7</sup>, la embolia de líquido amniótico<sup>8</sup>, la rotura uterina e incluso la muerte fetal<sup>9</sup>, todas ellas extremadamente infrecuentes. Aun cuando la evidencia científica disponible no permite afirmar que la morbilidad fetal de la versión externa sea tan baja como la de la cesárea electiva en la presentación de nalgas, diversos protocolos (SEGO ACOG, RCOG) recomiendan la realización de la versión externa antes de programar una cesárea en dichas presentaciones<sup>1,2,10</sup>.

La cesárea previa no está recogida como criterio de exclusión en los protocolos de nuestro servicio. Esto es así porque existen estudios que demuestran la seguridad de esta técnica en casos de cesárea segmentaria transversa previa. En un estudio retrospectivo de 38 mujeres realizado en Francia, no se observaron complicaciones maternas o neonatales. Observaron un único caso de dehiscencia que fue, como en el caso presentado, diagnosticado al realizar una cesárea electiva después de una versión infructuosa<sup>11</sup>. Otro estudio, realizado en Estados Uni-

dos, tampoco observó ningún caso de rotura uterina en 56 pacientes con cesárea previa. En este estudio, se incluyó además a 4 pacientes con 2 cesáreas previas<sup>12</sup>. Estos 2 estudios no permiten concluir que el riesgo de rotura uterina en los casos de útero con cicatriz sea tan bajo como en los úteros intactos, pero ponen de relieve que la morbimortalidad continúa siendo muy baja y que la cicatriz uterina no es un impedimento para la realización de una versión externa.

En el presente caso, no se dan circunstancias especiales que nos puedan hacer sospechar una mala cicatrización, que podría aumentar los riesgos de la versión externa. La placenta en la primera cesárea era de localización previa y posterior. A la paciente se le administró profilaxis antibiótica tras pinzar el cordón y no presentó fiebre durante el ingreso.

Resulta de capital importancia programar la versión externa tan pronto como el feto llega a las 37 semanas. Esto aumenta las posibilidades de éxito de la versión externa<sup>13</sup>. Por otro lado, en casos de cesárea previa cuanto menor sea el feto menor será la tensión que tendrá que soportar la cicatriz al realizar

la versión y por tanto cabe esperar que sea menor el riesgo de dehiscencia o rotura uterina.

De igual manera que es muy importante programar lo antes posible la versión, también lo es programar la cesárea tan pronto como sea posible si el intento no es exitoso. Los autores proponemos que se realice a continuación del intento de versión externa, aprovechando que la paciente se encuentra en ayunas y dado que la mayoría de servicios tenemos prevista la cesárea electiva como vía preferible de parto en la presentación de nalgas. De esta manera, evitaremos que se inicie el trabajo de parto en un útero con cicatriz que se ha visto sometido a una importante tensión, que posiblemente debilite aún más el segmento uterino.

En el caso presentado, resulta difícil afirmar en qué momento tuvo lugar la dehiscencia de la herida. Pudo ser antes, durante o incluso después de la versión, debido a la incipiente dinámica de parto. En cualquier caso, posiblemente se podría disminuir el riesgo con un diagnóstico precoz de la presentación y disminuyendo al máximo posible los intervalos entre las diferentes intervenciones realizadas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. De Miguel JR, De Cabrillo E, Carrasco S, Ezquirdia M, Martínez J, Melchor JC, et al. En: SEGO, editora. Documentos de consenso. SEGO 2002. Madrid: Meditex; 2001. p. 9-48.
2. Royal College of Obstetricians and Gynecologists The management of Breech Presentation 2001. Disponible en: [www.rcog.org.uk/print.asp?PageID=106&Type=guidelineID19](http://www.rcog.org.uk/print.asp?PageID=106&Type=guidelineID19)
3. Dyson DC, Ferguson JE, Hensleigh P. Antepartum external cephalic version under tocolysis. *Obstet Gynecol.* 1986;67:63-8.
4. Acien P. Breech presentation in Spain, 1992: a collaborative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1995;62:19-24.
5. Holmgren G, Sjöholm L, Stark M. The Misgav Ladach method for cesarean section: method description. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999;78:615-21.
6. Berghella V. Prolapsed cord after external cephalic version in a patient with premature rupture of membranes and transverse lie. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001;99(2):274-5.
7. Regalia AL, Curiel P, Natale N, Galluzi A, Spinelli G, Ghezzi GV, et al. Routine use of external cephalic version in three hospitals. *Birth.* 2000;27:19-24.
8. Stine L, Phelan J, Wallace R, Eglinton G, Van Dorsen JP, Schifrin B. Update on external cephalic version performed at term. *Obstet Gynecol.* 1985;65:642-6.
9. Lau TK, Lo KW, Rogers M. Pregnancy outcome after successful external cephalic version for breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;176:218-23.
10. Committee on Obstetrical Practice. ACOG committee opinion. Mode of term singleton breech delivery. Number 265, December 2001. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;77:v65-6.
11. Meeus JB, Ellia F, Magnin G. External cephalic version after previous cesarean section: a series of 38 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1998;81:65-8.
12. Flamm BL, Fried MW, Lonky NM, Giles WS. External cephalic version after previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;165:370-2.
13. Cavallé i Busquets P, Córdoba O, Cavallé i Vallverdú P. Eficacia de la versión externa previa tocólisis con terbutalina. *Prog Obstet Ginecol.* 2003;46:488-94.