Inversión Uterina

Cecilio Aranda M.*

Adolfo Broutin P.*

Israel Majchel*

DEFINICION:

Accidente en el que el fondo uterino se deprime penetrando en el interior de la cavidad uterina en forma de dedo de guante. Suele ocurrir fuera del embarazo en caso de fibromas pediculados, pero lo que es frecuente es que se produzca en el período puerperal después de la salida del feto.

La incidencia reportada por los autores varía mucho. Entidad sumamente rara, que va de 1:3900 a 1:150.000 partos. Muchos obstetras a pesar de su larga experiencia profesional como bien lo dice el Profesor Lacomme, no han visto ningún caso.

CLASIFICACIONES:

La inversión uterina puede clasificarse en base al tiempo en que se diagnostica y así encontramos:

- 1) *Inversión aguda*: Cuando es descubierta antes de que suceda la constricción del anillo cervical.
- 2) *Inversión sub-aguda*: Cuando es descubierta después de la contractura del anillo cervical, pero tempranamente.
- 3) *Inversión crónica*: Cuando es diagnosticada después de haber transcurrido de 48 a 72 horas.

Clasificación Tarnier y Bar:

Tarnier y Bar clasifican la inversión por grados:

1er. Grado: El fondo uterino se invagina en la cavidad sin pasar el cuello.

* Servicio de Obstetricia, Hospital Central Caja Costarricense de Seguro Social.

- 2º *Grado*: El fondo del útero pasa el cuello llegando a la vagina.
- 3er. *Grado*: El útero se invierte pasando su fondo completo a través de la vulva y aparece al exterior.

ESTUDIO ANATOMICO:

Si se efectúa una laparotomía puede constatarse que el cuerpo uterino ha desaparecido. La vejiga se encuentra en la depresión dejada por el útero caída hacia atrás en forma vasculada. Los ligamentos redondos están tensos al igual que las trompas uterinas y caen dentro de la depresión. Los ligamentos útero-sacos impiden el descenso más acentuado y se puede apreciar la tensión excesiva a que están. El útero invertido permanece generalmente inerte, provocando una hemorragia abundante, pero en ocasiones permite una fácil reducción. Si se contrae en su totalidad hay menos tendencia a la hemorragia, pero será más difícil su reducción.

ETIOLOGIA:

Condición indispensable para la producción de la inversión uterina es la inercia del fondo, que permite que se deprima como dedo de guante a esta parte del órgano. Sucedido esto parece que se presenta una acción fibrilar del músculo uterino, lo que produce literalmente una intusucepción con la consiguiente inversión uterina. La inserción fúndica adherencial anormal de la placenta, favorece la inversión, al igual que la expresión forzada de la placenta y las tracciones que sobre el cordón umbilical se ejerzan. Hemos de anotar como de importancia el hecho clínico de que la inversión uterina reducida, fácilmente puede reproducirse después.

DIAGNOSTICO Y SINTOMATOLOGIA:

Suele manifestarse habitualmente la inversión uterina desde el momento de su producción como accidente agudo. Sin embargo, algunas veces no se revela sino tardíamente e inclusive es tolerada por varios días pasando al estado crónico.

En los tipos de inversión aguda y sub-aguda, la sintomatología y el diagnóstico tienen diferentes parámetros. Si analizamos la inversión de 1er. grado, encontramos síntomas mínimos: fondo uterino deprimido más o menos profundo al hacer la palpación y al tacto la pared interna del útero forma una saliente similar al anillo de Bandl. En la inversión de 2º grado la sintomatología es más marcada: dolor en cuadrantes inferiores abdominales, sensación de pesantez, deseo de esfuerzo de expulsión y hemorragia importante. Al tacto, se siente una masa que ha descendido el orificio cervical. En la inversión aguda

de 3er. grado, los signos son máximos: dolor hipogástrico violento que se generaliza en forma rápida a todo el abdomen, sensación de peso y pujo intensos, deterioro rápido del estado general de la paciente, con hemorragia que lleva a la paciente al shock. El diagnóstico generalmente se considera fácil, pues hay desaparición del globo uterino en hipogastrio y el útero hace protrusión por la vulva apareciendo como un tumor blando, edematoso y sangrante que de vez en cuando puede contraerse. Este tipo de inversión puede hacerse en varios tiempos o sobrevenir bruscamente.

Dependiendo del cuadro agudo o crónico y del grado de inversión ocurrido, varía grandemente la sintomatología. En la inversión crónica las consecuencias inmediatas pueden quedar reducidas a hemorragia ligera, dolores leves y sensación de cuerpo extraño en deseo de pujar al cabo de algunos días. En la vagina se encuentra una masa gruesa, edematosa y roja, con una consistencia que se compara al cartón mojado. Si la inversión pasa al estado crónico, el útero atrofiado semeja los pólipos fibrosos.

PRONOSTICO:

Es una complicación sumamente grave del puerperio, tanto en la presentación inmediata como en las complicaciones tardías. Se han reportado: infartos uterinos, endometritis, septicemias y gangrenas uterinas; todas ellas presentes antes de la era antibiótica. "Das", reporta 391 casos con una mortalidad del 15%. Bunke y Hofmister también nos hablan de porcentaje similar. Por otro lado Escalle en 37 casos nos da una mortalidad de 40%.

TRATAMIENTO:

Deben evitarse las condiciones favorecedoras anotadas anteriormente y orientarlo en la profilaxis de la atención del tercer período del parto. Hay que vigilar atentamente el fondo uterino y no ejercer presión sobre él en los intervalos de las contracciones, ni tampoco hacer ninguna tracción del cordón umbilical antes de que la placenta se haya desprendido.

El tratamiento curativo depende del mantenimiento del estado general y de la reducción de la inversión. La reducción debe intentarse inmediatamente, en el mismo momento si es posible, para evitar la instalación del shock que suele ser profundo, y con la ventaja de ser más fácil la ejecución en etapas tempranas. Si la placenta está parcialmente desprendida se debe acabar el despegamiento; si no se ha desprendido, se efectúa la reducción y posteriormente se hace alumbramiento artificial, dejando el puño cerrado dentro de la cavidad hasta que se produzcan contracciones adecuadas.

La inversión se puede solucionar por maniobras manuales o instrumentales, estas últimas muy peligrosas. La taxis o maniobra de reducción debe hacerse manualmente y bajo anestesia general para evitar el dolor intenso que ella produce. Para resolver el problema la taxis priférica o lateral es la que mejores resultados da y debe ser la que ha de intentarse introduciendo la mano en la vagina hasta el límite de la inversión empujando progresivamente el pedículo de la tumoración a través del anillo que la apresiona. Para evitar recidivas que son muy frecuentes, algunos autores después de la reducción efectúan un tapo-namiento uterino.

Si la mujer es vista tardíamente, como primera medida debemos tratar el shock y conseguir condiciones óptimas para la paciente antes de iniciar la taxis.

Si las maniobras de taxis fallan, se debe recurrir al tratamiento quirúrgico y en cada caso se elegirá la vía que más fácil y segura solución presente al problema.

Los autores que han tratado el tema han resuelto sus casos tanto por la vía abdominal como por la vaginal. Si la inversión uterina es antigua, siempre necesitará intervención quirúrgica, debiendo intentarse la colpohisterotomía anterior u operación de Spinelli, o la colpohistero-tomía posterior u operación de Kutsner-Piccoli.

REPORTE DE CASOS:

C.M.F., femenina, 25 años, casada, de oficios domésticos, vecina de San José.

Ingresa el 8 de noviembre de 1965 y fallece el mismo día 11 horas después.

Antecedentes: Familiares maternos — hipertensión y diabetes. Personales patológicos — Infecto-contagiosas de la infancia. Gesta 2, para 1, abortos 0. Embarazo anterior a términos, cefálico, autócico con peso de 8½ libras. Incompatibilidad de grupo A, no sensibilizada. Lúes tratada.

Padecimiento actual y evolución:

Ingresa a las 10.30 hrs. con embarazo a término, movimientos fetales activos, corazón fetal positivo. Presentación cefálica II - III plano, cuello suave y borrado, 9 cms., de dilatación, membranas íntegras. Se realizó parto espontáneo con producto vivo del sexo femenino. Pre-senta retención placentaria y al practicar la maniobra de Credé la Obs-tétrica, se produce inversión uterina parcial que se redujo bajo anestesia

(Trilene) y a continuación se practica empaque uterino. Posteriormente se comprueba inversión uterina parcial en la cual el fondo se encuentra en el límite superior del segmento uterino. A través del empaque que se puso en útero se observa sangrado, la paciente cae en shock, se retira empaque uterino con el objeto de efectuar revisión por el sangrado abundante, entrando la paciente, previo cuadro convulsivo tónico-clónico, en estado de inconsciencia presentando signos clínicos de anoxia cerebral y posible descerebración. El sangrado genital se mantiene y se decide efectuar histerectomía sub-total, con el objeto de acelerar el procedimiento quirúrgico. Durante el acto operatorio hay paro cardíaco, se hace toracotomía y masaje cardíaco con aparentes buenos resultados. Posterior a la intervención hay franco cuadro de descerebración y la paciente fallece.

I.R.C., femenina, 24 años, casada, de oficios domésticos, vecina de Curridabat. Ingreso el 15 de noviembre de 1967 y es dada de alta el 27 de noviembre de 1967.

Antecedentes: personales y familiares sin importancia. Gesto 3, para 1, abortos 1. Embarazo anterior a término al momento del parto en presentación pélvica, aplicación de fórceps de Piper a cabeza última. Producto vivo de 7½ libras, con retención placentaria posterior.

Padecimiento actual y evolución:

Ingreso con embarazo a término en período expulsivo. Cefálico II-IV plano, corazón fetal positivo. Nace producto masculino vivo y en buenas condiciones, con cordón umbilical sumamente corto. Alumbramiento retardado con sangrado importante. Se practica extracción manual de placenta, acto en el cual se diagnostica inversión uterina grado II (fondo uterino a nivel del orificio cervical externo).

Posteriormente a la extracción placentaria la paciente cae en shock; bajo anestesia general con éter, se practica reposición del útero a su estado normal, dejando un empaque uterino de gasa estéril (10 yds. de longitud). La evolución de la paciente fue satisfactoria; por lo tanto, a las 18 hrs. se le retiró el empaque uterino observándose buena contracción uterina durante todo el acto y presentando posteriormente involución uterina normal. Los loquios aunque abundantes al principio, rápidamente volvieron a la normalidad, para 7 días después anotarse como fétido cediendo el problema con el tratamiento instituido.

BIBLIOGRAFIA:

- ANDERODIAS ET PERY, G.—Sur un cas d'inversion uterine. Bull. Soc. Obst. Gynec. Bordeaux, 26 (Nº 4), 288-289; 1937.
- BUNKE, J. W.; HOFMEISTER, F. J.—Uterina inversion. Obstetrical entity or oddity. Am. J. Obst. Gynec. Vol. 91, 934. 1965.

- CRENUT ET GAUTRET—Inversion uterine. Operatio de Kustner. Bull. Obst. Gynec. Bordeaux, 25 (Nº 9), 679-680. 1936.
- DAS, P.—Inversion of the uterus. J. Obst. Gyneac. Brit. Emp. 47:525, 1940.
- ECALLE—De l'inversion uterine puerperale. Lecons dujeudi soir a la Clinique Tarnier 1931, Vigot edit.
- HIDALGO, E.—Inversión uterina. Pren. Med. Argentina. 52-139, 1965. Gynec. Vol. 29, Nº 4, 488. April 1967.
- MOLDAVSKY, L. F.—Management of inversion of the uterus. Obst. and
- PERY, G.—L'inversion uterine. Rev. Fran. Gynec. Obstet. 12,765. Dec. 1963:
- SAMARRAE, K.—Puerperal inversion of the uterus, with reference to pregnancy following Spinelli's operation. J. Obst. Gynec. Brit. Com. Vol. 72, 426; 1965.
-