

Inversión uterina puerperal subaguda grado II

Sub-Acute Puerperal Uterine Inversion Grade II

Robinson Borges Fernández, Francisco Díaz Carrazana, Orlando Antonio Rodríguez Alemán, María Elena Garaboto García, Carlos Moya Toneut, Alina Moré Vega.

Hospital General Docente "Mártires del 9 de Abril". Sagua la Grande, Villa Clara. Cuba.

RESUMEN

La inversión uterina obstétrica es una entidad rara, y una de las complicaciones más graves del tercer estadio del parto que pone en peligro la vida de la parturienta. La inversión del útero consiste en un cambio de disposición de sus paredes, la cara interna se convierte en externa y el órgano se invagina en forma de dedo de guante. Es un accidente obstétrico que constituye una verdadera emergencia y es causa de muerte materna por choque hemorrágico. Afortunadamente su incidencia en nuestro país es baja, dado por la escasa cantidad de reportes sobre el tema. El objetivo del trabajo es presentar este caso por la atipicidad en la forma clínica que se diagnosticó durante el puerperio. La paciente acudió al hospital a los 22 días de puerperio, se diagnosticó una inversión uterina puerperal subaguda grado II, se realizan maniobras encaminadas a la reducción manual de la inversión con resultados insatisfactorios. Fue necesario realizar histerectomía total abdominal; se logró conservar ambos anejos y la vida de la paciente. Su tratamiento habitualmente es quirúrgico, sobre todo si no se diagnostica en el tercer estadio del parto.

Palabras clave: inversión uterina; complicación; puerperio; factores de riesgo; diagnóstico precoz.

ABSTRACT

Obstetric uterine inversion is a rare entity, and one of the most serious complications of the third stage of labor that endangers the life of the mother. The inversion of the uterus is a change of arrangement of its walls, it pulls on the inside surface, and turns the organ inside out shaping a glove finger. It is an obstetric accident which constitutes a true emergency and causes of maternal death from hemorrhagic shock. Fortunately its incidence in our country is low, given the low number of reports on the subject. The aim of this paper is to present this case by its unusualness in clinical form which was diagnosed during the postpartum period. The patient came to the hospital at 22 days postpartum. Sub-acute puerperal uterine inversion grade II was diagnosed. Manual maneuvers were made aiming to reduce the inversion. The results were unsatisfactory. It was required total abdominal hysterectomy; we managed to keep both adnexae and the life of the patient. Treatment is usually surgical, especially if not diagnosed in the labor third stage.

Keywords: uterine inversion; complication; puerperium; risk factors; early diagnostic.

INTRODUCCIÓN

La inversión uterina obstétrica es una entidad rara, y una de las complicaciones más graves del tercer estadio del parto que pone en peligro la vida de la parturienta. La inversión del útero consiste en un cambio de disposición de sus paredes, la cara interna se convierte en externa y el órgano se invagina en forma de dedo de guante.¹⁻³

La condición de inversión uterina fue antiguamente confundida con el prolapso y es a Hipócrates (460-370 a.C.) a quien se ha dado el crédito de ser el primero en reconocerla. Fue Sorano (200 d.C.) quién no solo definió claramente la inversión, sino que concluyó que podía ser ocasionada por la tracción del cordón umbilical. Posteriormente, Avicenna, en Arabia (980-1 037 d.C.), dio una clara descripción del diagnóstico diferencial entre inversión y prolapso. La próxima referencia importante de inversión uterina ocurrió durante el tiempo de Ambrosio Paré (siglo XVI) en el que se le reconoció como una entidad diferente al prolapso genital.^{1,4}

Los factores de riesgo se asocian a un inadecuado manejo de la tercera etapa del parto. Se describen entre ellos la tracción inapropiada del cordón umbilical, las maniobras de presión fúndica (maniobra de Credé), la extracción manual de la placenta, el acretismo placentario y la presencia de un cordón corto.^{1,2} También, aunque raro, puede asociarse con malformaciones congénitas del útero.²

La inversión uterina puerperal es una complicación excesivamente rara y muy seria que ocurre en el tercer estadio del trabajo de parto; los grandes estudios reportan una incidencia de 1:20 000-1:25 000 partos (la estadística más frecuente indica 1:1 860 después de cesárea a 1:3 737 partos vaginales).

La inversión uterina se clasifica considerando varios aspectos, entre los cuales figura su relación con el parto, el tiempo y la extensión de la inversión.^{1,2,4}

Según la duración en tiempo desde el parto hasta el momento del diagnóstico se considera que la inversión es:

- Aguda: en las primeras 24 horas del puerperio.
- Subaguda: de 24 horas hasta el primer mes.
- Crónica: por más de 3 semanas.^{1,4,5}

La clasificación más popular está basada en la extensión de la inversión:^{4,6}

Grado	Características
Grado I	El fondo se extiende hasta el cuello uterino
Grado II	Protrusión del fondo por debajo del anillo cervical pero no alcanza el orificio vaginal
Grado III	Completa. Extensión del fondo hasta el orificio vaginal
Grado IV	Total o prolapso. Vagina invertida con el útero por debajo del orificio vaginal

Vázquez Cabrera divide los grados de inversión uterina en:

- Inversión parcial: Cuando el fondo se deprime parcialmente sin alcanzar el anillo de Bandl.
- Inversión completa: Cuando el fondo uterino rebasa el anillo de Bandl e incluye el cuello y, el cuerpo uterino se coloca en plena vagina.
- Inversión total: Cuando el útero invertido arrastra consigo a la vagina y se exterioriza a través de la vulva.²

Van Vugt y otros describieron factores predisponentes en la inversión uterina puerperal que incluyen la calidad de la pared uterina, ligamentos y pared abdominal, inserción de la placenta en el fondo uterino, baja paridad y edad joven. También describieron algunos factores tales como la alta presión intraabdominal y, las fuerzas externas que actúan directamente en el útero.⁷

Las principales características de la inversión uterina aguda son hemorragia abundante, choque (35 %) y dolor. Al examen físico, dependiendo del grado de inversión del útero, se puede evidenciar una masa roja que protruye o no por el orificio vaginal, y a la palpación abdominal no se encuentra el fondo uterino.

El síntoma más frecuente de inversión uterina crónica es la hemorragia irregular y flujo vaginal. La paciente suele referir "la presencia de un tumor en la vagina" o "algo" protruyendo por esta. El diagnóstico es difícil incluso con el examen físico. El útero completamente invertido forma un bulto piriforme que ocupa la parte superior del canal vaginal, es liso, color rojo oscuro y usualmente propenso a sangrar con la palpación;^{1,2,4} los orificios de las trompas de Falopio rara vez pueden distinguirse. Se palpa un anillo de constricción alrededor del cuello de la protuberancia que representa el orificio externo, y revela que el canal cervical no está completamente invertido. Si el cuello uterino está completamente invertido, no se palpa el anillo de constricción y el dedo pasa sobre la superficie lisa del fondo de saco vaginal.⁴ La palpación bimanual revela la ausencia del cuerpo uterino en su posición normal.^{1-4,8}

Lozoya Araque y otros encontraron en su estudio como signos más frecuentes la hemorragia, el dolor en el hipogastrio, la ausencia de fondo uterino a la exploración y la presencia de una masa lisa protruyendo a través del cérvix. También puede ocurrir un choque hipovolémico debido a la hemorragia aguda, y/o choque neurógeno por aumento del tono vagal, si bien se han descrito casos totalmente asintomáticos.⁷ Otras manifestaciones clínicas menos frecuentes son la infección, las complicaciones urinarias y la trombosis.^{7,8}

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 22 años de edad, piel blanca.

APP: Trastornos cualitativos plaquetarios,

APF: Nada a señalar.

Antecedentes obstétricos: primípara que tuvo un parto eutócico hacía 22 días.

El embarazo transcurrió de forma normal, solo se refleja anemia ligera en su segundo trimestre. Hubo un ingreso al final del embarazo por cifras elevadas de TA que no se comprobaron en el ingreso hospitalario, por lo que no se impone tratamiento y es egresada a los dos días.

Refiere que tuvo un trabajo de parto y período expulsivo normal. Su alumbramiento morbosos requirió la extracción manual de la placenta, este cursó con sangramiento moderado provocando cifras bajas de Hb en el puerperio inmediato (que no requirió hemotransfusión).

Después del parto se mantuvo con cuadro de sangramiento a manchas, el cual se intensificó en dos ocasiones con sangramiento abundante a coágulos, motivo por el cual fue ingresada las dos veces y transfundida, por estar anémica (Hto 023 L/L).

Plantea que en los exámenes complementarios (USG) practicados se apreciaba una imagen ecogénica compleja hacia el fondo del útero (sin precisarse diagnóstico). En el segundo ingreso fue egresada con tratamiento médico (progesterona de depósito). El parto y los dos ingresos mencionados ocurrieron en otro centro asistencial.

Acude al Cuerpo de Guardia del Hospital General Docente "Mártires del 9 de Abril" por sangramiento genital.

Examen físico: Piel y mucosas hipocoloreadas y húmedas, murmullo vesicular conservado, no estertores, frecuencia respiratoria. 20/min. Ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, sin soplos. TA: 90/60 mmHg frecuencia cardíaca: 108 lat/min Temperatura: 36,2 °C.

Especuloscopia: Vagina distensible. OCE parcialmente dilatado y retraído, observándose a nivel del mismo tumoración redondeada de color rojizo (en relación con fondo uterino invertido) que sangra fácilmente. Expulsa pequeño fragmento de ± 3 cm friable que impresiona resto ovular.

Tacto vaginal: Útero puerperal que impresiona discretamente aumentado de tamaño por los lados, se logra tactar el fondo uterino invertido a nivel del cuello dilatado y retraído. Sangra copiosamente al TV. A la palpación abdominal no se palpa el fondo uterino.

Impresión diagnóstica: Inversión uterina puerperal subaguda grado II.

Inmediatamente se canalizan dos venas periféricas, se llama a los técnicos de laboratorio y banco de sangre, oxigenoterapia nasal, y se manda a localizar la Comisión de Atención a la Materna Grave. Se realizan maniobras encaminadas a la reducción manual de la inversión con resultados insatisfactorios y se prepara para tratamiento quirúrgico inmediato.

Laparotomía: Se comprueba el fondo del útero invaginado hacia la cavidad uterina arrastrando ambos anejos y ligamentos redondos (Fig. 1).

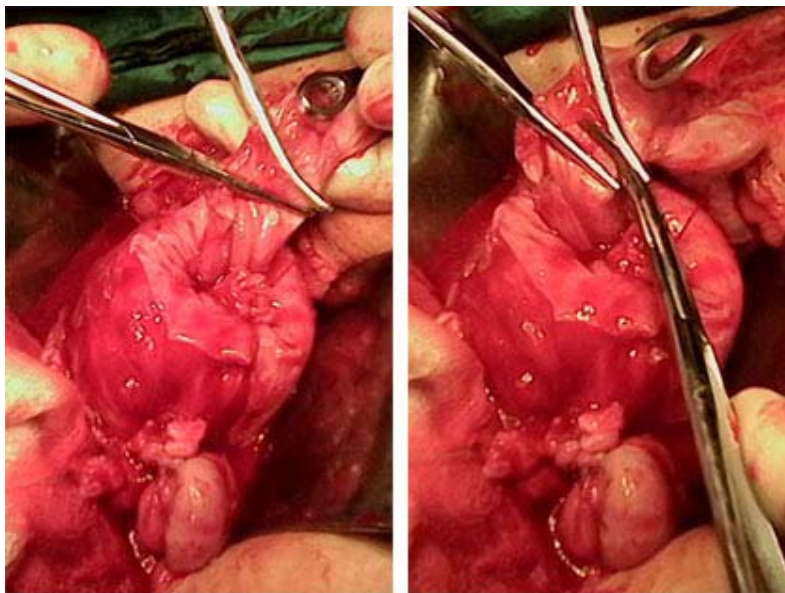


Fig. 1. Fondo del útero invertido y que arrastra ambos anejos.

Se intenta la corrección uterina (por la técnica de Huntington) la cual es fallida y se procede a la histerectomía total abdominal. El transoperatorio cursó satisfactoriamente.

En el transoperatorio se comprueba un útero muy friable con cambios de coloración hacia el fondo en forma de equimosis que asemejan al útero de Couveliere (Fig. 2).



Fig. 2. Transoperatorio (Histerectomía total abdominal).

La evolución posoperatoria fue muy favorable, se mantuvo con antibioticoterapia durante 5 días y posterior a ello se le dio alta médica con seguimiento por su área de salud.

Resultados anatomopatológicos: Útero puerperal con signos de endometritis subaguda y áreas de hemorragia, no se evidencia rotura uterina ni acretismo placentario. Restos placentarios con signos marcados de inflamación aguda.

DISCUSIÓN

Este caso es el primero que se presenta en el centro con estas características. Lo publicado en la literatura expone las incidencias ampliamente discordantes;^{8,9} por ejemplo, hay autores que presentan una incidencia de 1/20 000 en Europa y 1/ 2 000 en EE. UU.^{7,10} La incidencia de inversión uterina tras parto por cesárea no se conoce exactamente, algunos autores afirman que su incidencia es mucho menor que tras parto vaginal.^{8,9}

En este caso los autores no tienen la evidencia de las características del trabajo de parto (forma de inicio, características de la dinámica uterina, duración de este, uso de oxitócicos, etc.) y el alumbramiento, así como características del cordón umbilical. Los resultados anatomopatológicos descritos no señalan malformación uterina, ni tumores uterinos, ni signos de acretismo placentario, sino solamente la presencia de restos placentarios con signos marcados de inflamación aguda. Esto último se atribuye al tiempo de evolución del puerperio de 22 días.

Actualmente se preconiza en la literatura médica el uso del alumbramiento asistido.^{11,12} Desde el Congreso de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG, Chile 2003), la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Federación Internacional de Parteras, pusieron en práctica una iniciativa global para la prevención de la hemorragia posparto que es la atención al alumbramiento.¹¹ La inversión uterina es una complicación iatrogénica rara y grave; se produce cuando se ejerce una tracción excesiva del cordón umbilical cuando la placenta no se ha separado totalmente del útero o por una presión abdominal excesiva; y aparece cuando el útero está atónico.¹² El manejo adecuado del alumbramiento, siguiendo todas las normas técnicas reduce la posibilidad de inversión uterina.

González López y otros señalan que la mortalidad por esta complicación ha disminuido en los últimos años, en la actualidad es prácticamente nula. Encontraron como factor de riesgo más asociado la implantación placentaria en el fondo uterino, también señalan que esta gravísima complicación puede desencadenar un choque hipovolémico y choque neurogénico, debido a la tracción del ligamento ancho y de los nervios peritoneales.¹³ En un corte transversal podemos visualizar una imagen hiperecoica en la vagina, con una cavidad central hipoeoica en forma de H, y en cortes longitudinales observamos una depresión longitudinal en forma de U desde el fondo uterino a la parte interior.¹³

En la mayoría de los casos el diagnóstico es clínico;^{1,2,4,7,12,13} sin embargo, en inversiones de grado I puede ser útil realizar una prueba de imagen. Aunque la resonancia magnética es más precisa, las imágenes ecográficas suelen ser útil realizar una prueba de imagen.

Evidentemente, en el caso en cuestión no se interpretaron adecuadamente los hallazgos sonográficos para llegar al diagnóstico. Estos junto a los elementos clínicos aportaban elementos útiles para llegar a este como una inversión subaguda.

La primera medida que debe adoptarse es el cese de la administración de uterotónicos, si se dispone de una vía sanguínea canalizada, fluidoterapia y soluciones cristaloides, con el fin de mantener la presión arterial, la transfusión sanguínea, si fuera necesario y la administración de los fármacos precisos.⁸

La reducción por vía vaginal es el método ideal y debe realizarse de manera inmediata. La maniobra de Johnson, descrita en 1949, es la más utilizada. Consiste en tomar el fondo uterino con la palma de la mano y desplazarlo a través del cuello, ejerciendo presión hacia el ombligo para que la tirantez de los ligamentos uterinos corrija la inversión.^{1,8,13} Una alternativa (técnica en desuso) es la técnica de O'Sullivan, que consiste en perfundir con suero fisiológico hasta que el fondo uterino vuelve a su posición inicial, con la paciente en Trendelenburg.^{1,4,13} Posteriormente a la realización de estas maniobras, es conveniente realizar un taponamiento vaginal durante unas horas hasta que el útero esté completamente contraído. Si no se consigue la reposición uterina por vía vaginal debemos recurrir a técnicas quirúrgicas por vía abdominal. La técnica de Huntington, descrita en 1928, consiste en la tracción con pinzas del fondo uterino iniciando la tracción desde la zona más cercana al anillo de inversión¹³ y la técnica de Haultin, de 1901, es similar a la anterior excepto en la realización de una incisión en el cérvix (cervicohisterotomía posterior) para abrir el anillo de retracción.^{4,13} La técnica de Spinelli se realiza por vía vaginal mediante una incisión mediana en la parte invertida del útero hasta reducir el anillo de constricción.^{1,4} Como última opción, se recurriría a la realización de una histerectomía si la reposición no es posible según las técnicas anteriores, si existe una atonía uterina o una necrosis tras la reposición.¹³

Cuanto menor sea el tiempo que transcurre entre la inversión uterina y la reposición del útero, mayores serán las probabilidades de éxito.^{13,14} Una reposición inmediata es satisfactoria en 88 % de los casos. Algunos autores recomiendan para ello el uso de relajantes uterinos como los simpaticomiméticos o el sulfato de magnesio; recientemente se ha propuesto el uso de nitroglicerina que produce una relajación rápida y transitoria del miometrio. Además, la analgesia epidural, por no tener efecto sobre el tono del útero, no facilita la reposición; consecuentemente, son necesarios los uterorrelajantes mencionados anteriormente. Sin embargo, con una anestesia general aumentamos el porcentaje de éxito.¹³

Tras la reposición uterina es frecuente la atonía. Se ha de iniciar la perfusión de uterotónicos con el fin de impedir la reinversión y disminuir la hemorragia.^{8,15}

La IUP es una complicación que puede aparecer por sorpresa durante la asistencia a cualquier parto normal. Para evitar sus complicaciones, es fundamental la realización de un diagnóstico precoz.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clavijo Balart I, Rodríguez Tabares A, López Barroso R, Estrada Hidalgo E. Inversión uterina puerperal crónica. Presentación de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014[citado 2015 Nov 16]; 40(1) ISSN 0138-600X. [revista en la Internet]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v40n1/gin10114.pdf>
2. Vázquez Cabrera J. Embarazo, parto y puerperio. Principales complicaciones. Cap 3. Hemorragias posteriores al parto-La inversión aguda del útero puerperal. Ed. Ciencias Médicas; La Habana: 2009. p. 71-89.
3. González Díaz E, Fernández Fernández C, Fernández Corona A, García González C, González García C. Inversión uterina puerperal. Progresos de Obstetricia y Ginecología . 2007[citado 2015 Nov 16]; 50(9):537-44.[revista en la Internet]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501307732260>
4. Rodríguez J, Calderón A, Alfonso López L, Montenegro D. Inversión uterina puerperal crónica: presentación de caso y revisión de la literatura. Rev Colomb de Obstet y Ginecol. 2005[citado 2014 Sept 29]; 56(3):249-55. Disponible en: http://fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol56No3_Julio_Septiembre_2005/v56n3a09.PDF
5. Domínguez R, Diago Almela V, Monleón J, Perales Marín A. Hemorragia posparto aguda provocada por inversión uterina incompleta: caso clínico y revisión del problema. ClinInvest Gin Obst [revista en la Internet]. 2011[citado 2015 Dic 4]; 38(5): 187-9. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/ui/service/content/url?eid=1-s2.0-S0210573X09002378>
6. Thomson AJ, Greer IA. Non-haemorrhagic obstetric choque. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000; 14: 19-41.
7. Van Vugt PJ, Baudoin P, Blom VM, van Deursen CT. Inversiuouteripuerperalis. Acta Obstet Gynaecol Scand. 1981; 60: 353-62.

8. Lozoya Araque T, Monfort Ortiz I, Rubert Torró L, Renard Meseguer J, Diago Almela V, Perales Marín A. Inversión uterina puerperal: experiencia en nuestro centro. Prog Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2014[citado 2015 Dic 4];57(8):344-8. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0304501314001472>
9. Upadhyaya I, Chaudhary P. Acute uterine inversion: Case series from paropakar maternity and women's hospital. NJOG. 2013;8:46-54.
10. Witteveen T, van Stralen G, Zwart J, van Roosmalen J. Puerperal uterine inversion in the Netherlands: A nationwide cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92:334-7.
11. Col. de Autores. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. Cap 26. Atención del alumbramiento normal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012:172-4.
12. Pérez Solaz A, Ferrandis Comes R, LlauPitarch J, Alcántara Noalles M, Abengochea Cotaina A, Barberá Alacreu M, Belda Nácher F. La hemorragia obstétrica. Actualización. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim [revista en la Internet]. 2010[citado 2015 Dic 4];57:224-35. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/ui/service/content/url?eid=1-s2.0-S0034935610702097>
13. González López AB, Garrido Moya N, Losa Pajares EM, González de Merlo G. Inversión uterina total: reposición mediante expresión manual del cuerpo uterino por vía laparotómica. Prog Obstet Ginecol. 2012[citado 2015 Nov 24];55(9):449-52. [revista en la Internet]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/ui/service/content/url?eid=1-s2.0-S030450131200009X>
14. Ortiz Gavilán A, Miño L, Ojeda P, Medina Pinto S, Iratí Abro G. Trabajo de revisión: Hemorragia puerperal. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [revista en la Internet]. 2011[citado 2015 Nov 22](16). Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista206/5_206.pdf
15. Mondal PC, Ghosh D, Santra D, Makhi AK, Mondal A, Dasgupta S. Role of Hayman technique and its modification in recurrent puerperal uterine inversion. J Obstet Gynaecol Res. 2012;38:438-41.

Recibido: 5 noviembre 2015.

Aprobado: 10 enero 2016.

Carlos Moya Toneut. Hospital General Docente "Mártires del 9 de Abril". Sagua la Grande, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: carlosmt@infomed.sld.cu