

INVERSIÓN UTERINA: UNA EMERGENCIA VITAL DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO.

AUTORÍA

Corcuera-Ortiz de Guzmán L*

Gilart-Cantizano P**

Palomo-Gómez R*

Rodríguez-Díaz L***

Vázquez-Lara JM***

Corcuera-Ortiz de Guzmán L*

*Matrona, Hospital Quirón Campo de Gibraltar y Servicio Andaluz de Salud.

**Matrona, Hospital Quirón Campo de Gibraltar y Servicio Extremeño de Salud

***Matrona

RESUMEN

La inversión uterina es una de las emergencias obstétricas menos común y más graves de la tercera etapa del parto, que necesita de tratamiento inmediato para solucionarla. Existen dos causas principales de inversión uterina, puerperal si se produce después de la salida del recién nacido y ginecológica, causada por tumores malignos o benignos. La hemorragia postparto que sucede en la inversión uterina puede desembocar en la aparición de shock hipovolémico, dolor intenso y shock neurogénico, debido a la tracción de los nervios peritoneales y del ligamento ancho. Existe tanto tratamiento manual como quirúrgico para abordar la inversión uterina, siendo la técnica quirúrgica la última opción ante dicha emergencia. En casi un 90% de los casos se soluciona con una reposición inmediata.

PALABRAS CLAVE

inversión uterina, emergencia obstétrica, tratamiento, estadios del parto, alumbramiento dirigido.

ABSTRACT

Uterine inversion is one of the less common and more severe obstetric emergencies of the third stage of labor, you need treatment immediately to solve it. There are two main causes of uterine, puerperal investment if it occurs after the departure of the newborn and gynecology, caused by malignant or benign tumors. Postpartum hemorrhage happens in uterine inversion, you can lead to the onset of hypovolemic shock, severe pain and neurogenic shock, due to the traction of peritoneal nerves and broad ligament. There is both manually and surgical treatment to address uterine inversion, the surgical technique being the last option before the emergency. In almost 90% of cases it is solved with an immediate replacement.

PALABRAS CLAVE

uterine inversion, emergency obstetric care, treatment, stages of labor, delivery run.

INTRODUCCIÓN

La inversión uterina es una entidad clínica rara y grave, descrita como una emergencia obstétrica relacionada con las complicaciones de la tercera fase del parto. La inversión uterina consiste en la invaginación del fondo uterino a través del cervix hasta la vagina y que puede asomar a través de la vulva. Es una de las complicaciones más graves que pueden llegar a ocurrir en la fase de alumbramiento y que puede causar una hemorragia grave pudiendo desembocar en la realización de una histerectomía de urgencia(1,2).

El conocimiento de la anatomía uterina se remonta al año 2500 a.C.; las escrituras en papiros de la época indican que los antiguos egipcios consideraban una distinción entre el útero y la vagina. Antes de la momificación a los cadáveres que tenían prolapso genital se les debía reposicionar el útero a su lugar apropiado, ya que la disección era evitada en ese período de tiempo; así fue como se dieron cuenta de que el útero y la vagina eran dos órganos separados. 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.) quien no sólo definió claramente la inversión, sino que concluyó que podía ser ocasionada por la tracción del cordón placentario. Posteriormente Avicenna en Arabia (980 - 1037 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 Ambroise Pare (siglo XVI) en el que se le reconoció como una entidad diferente al prolapso genital(2).

Epidemiología:

La inversión uterina no puerperal es aún más rara, y en la literatura los datos estadísticos de incidencia varían según la serie de casos. Su incidencia puede llegar a variar siendo de 1:1.860 partos en el caso de las cesáreas y 1: 3.737 en los partos.

Clasificación:

Dependiendo de la relación con el parto: puerperal o no puerperal,

Según la extensión de la inversión: Existiendo diferentes grados; El grado I cuando el fondo uterino no pasa a través del cuello; grado II cuando el fondo pasa a través del cuello y llega a la vagina; grado III si el fondo del útero llega hasta la vulva, pero el cervix queda normoposicionado y grado IV si el fondo uterino sobrepasa el cervix y el fondo de saco.

Dependiendo de cuando se diagnostique: Aguda, cuando ocurre en las primeras 24 horas. Subaguda, cuando ocurre entre las 24h hasta un mes postparto. Crónica, después de la 4ª semana postparto.

La etiología de la inversión uterina no está nada clara, ya que la mayoría lo relaciona con una tracción exagerada del cordón umbilical durante la tercera fase del parto y especialmente cuando la implantación de la placenta es el fondo uterino. Otros factores relacionados como la primiparidad, malformaciones uterinas, ausencia de tono muscular útero en gestantes múltiparas y la presencia de miomas uterinos; También factores obstétricos como la placenta previa, acretismo placentario, cordón umbilical corto, trabajo de parto prolongado, uso de oxitocina y sulfato de magnesio intraparto; Y otros como la realización de maniobra de Credé ().

Sintomatología:

La clínica curso con hemorragia, dolor y shock, pudiendo ser hipovolémico o neurogénico. Siendo la hemorragia el signo más frecuente. El shock es debido a la gran pérdida sanguínea que se produce y a la respuesta neurológica secundaria a la tracción de los nervios peritoneales y del ligamento ancho, causado por la inversión del útero. Se puede diagnosticar de manera fácil ya que se puede observar el útero completamente invertido con forma piriforme y que ocupa la parte superior de la cavidad vaginal, siendo de superficie lisa, de color rojo y que sangra fácilmente con la palpación. Se

recomienda el método recto-abdominal al estar la vagina ocupada por el útero invertido. Normalmente, la placenta permanece inserta en el fondo uterino, con lo que nos hace más evidente el diagnóstico.

A pesar de que la clínica suele ser suficiente para diagnosticar la mayoría de los casos, algunos autores han descrito algunos métodos de imagen que pueden ayudarnos:

Hsieh y Lee describieron los hallazgos ecográficos de una inversión uterina durante el episodio agudo. En los cortes transversales puede visualizarse «una masa hiperecoica en la vagina con una cavidad central

hipoecoica con forma de H» y en los cortes longitudinales se observaba «una depresión longitudinal en forma de U desde el fondo uterino a la parte interior». El uso de la resonancia magnética (RM) también se ha descrito, dando una apariencia al útero similar a la encontrada en la imagen ecográfica; sin embargo, los hallazgos con la RM son mucho más precisos, aunque con las imágenes ecográficas suelen ser suficientes.

Tratamiento:

El manejo de la inversión puerperal aguda debe ser con soporte de líquidos y con sangre.

Soporte de líquidos	Administración de líquidos 2 accesos venosos. Administración de sangre	Control del dolor. Control del dolor	
Reposición del útero y técnicas quirúrgicas	Anestesia general Administración de tocolítics Antibioterapia profiláctica	- Técnicas quirúrgicas	
Control tras reposición	Masaje uterino (crede), oxitócicos y prostaglandinas (misoprostol)		

El tratamiento consistiría en la reducción por vía vaginal ya que sería el método ideal y se debe realizar de manera inmediata denominada. Otra sería la maniobra de Johnson que fue descrita en el año 1949, siendo la más utilizada hoy en día; 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 se corrija la inversión. Otra técnica que ya está en desuso es la técnica de O'Sullivan, que consiste en irrigar con suero fisiológico hasta que el fondo uterino vuelve a su posición inicial, con la paciente en posición de Trendelenburg. Posteriormente a la realización de estas maniobras, es conveniente realizar un taponamiento vaginal durante unas horas hasta que el útero esté completamente contraído. También se puede realizar la maniobra de Spinelli la cual se realiza por vía vaginal mediante una incisión mediana en la parte invertida del útero hasta reducir el anillo de constricción.

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 inversión y la técnica de Haultin, de 1901, es similar a

la anterior excepto en la realización de una incisión en el cervix (cervicohisterotomía posterior) para abrir el anillo de retracción. 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. Cuanto menor sea el tiempo que transcurre entre la inversión uterina y la reposición del útero, mayores serán las probabilidades de éxito. Una reposición inmediata es satisfactoria en el 88% de los casos. Algunos autores recomiendan para ello el uso de relajantes uterinos como los simpaticomiméticos o el sulfato de magnesio y recientemente se ha propuesto el uso de nitroglicerina que produce una relajación rápida y transitoria del miometrio. Además, la analgesia epidural, al no tener efecto sobre el tono del útero, no facilita la reposición, por lo que son necesarios los uterorrelajantes mencionados anteriormente. Sin embargo, con una anestesia general aumentamos el porcentaje de éxito.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización del estudio hemos realizadouna exhaustiva búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas escritas tanto en inglés como en

español, tales como: Cochrane Plus, Pubmed, sCielo, Cinhal, Medline y Cuiden. Utilizando los siguientes descriptores: inversión uterina, emergencia obstétrica, tratamiento, estadíos del parto, alumbramiento dirigido. Debido a la baja prevalencia de la entidad clínica, la literatura disponible no es extensa.

RESULTADOS

Después de una extensa y meticulosa revisión bibliográfica, podemos afirmar que la mayor parte de la evidencia científica sobre el tema se basa en la descripción de casos clínicos y no en estudios científicos en sí.

Uno de los casos clínicos encontrados, realizado en el Hospital Universitario Sant Joan, de Alicante, por el servicio de ginecología, se expone el caso de una primigesta de 40 semanas de gestación, que tras una extracción manual de placenta se produce la inversión uterina puerperal y es reducida mediante la maniobra de Johnson, tras el acontecimiento se administran 30UI de oxitocina intravenosa y se coloca a la paciente un taponamiento vaginal y una sonda vesical permanente. Se inicia cobertura antibiótica en los días siguientes, al segundo día se le administran dos concentrados de hematíes a la mujer, la cual es dada de alta al sexto día. Estos autores exponen que una rápida reposición del útero, corrige el neurogénico. La reposición manual del útero resuelve entre un 22-36% de los casos(1,2,3).

En el caso clínico publicado en la revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología en 2005, que trata sobre una inversión uterina crónica de 14 meses de evolución tras un parto eutócico, sus autores nos muestran el tratamiento quirúrgico utilizado con la paciente y su evolución postquirúrgica. El parto fue atendido en casa por su matrona, con referencia de posible inversión uterina durante el alumbramiento como complicación, que al parecer no requirió un manejo inmediato de urgencia y con el paso del tiempo se hizo crónica-persistente, debido a que la paciente no consultó a personal especializado(4,5). Hacen referencia de que en la literatura no se encuentra ningún caso reportado de inversión uterina puerperal crónica, ya que la mayoría ocurren de forma aguda como complicación del parto amenazando la vida de la paciente. La inversión uterina crónica se ha relacionado con causas no puerperales, es decir, con patologías ginecológicas (miomas, pólipos, carcinoma endometrial, sarcoma, etc.), pero su incidencia no se ha estimado en la literatura, ya que su presentación es muy rara y depende de la serie de casos. Las manifestaciones clínicas que aparecen en este caso clínico se asemejan a la forma crónica pero su etiología fue puerperal, sin ningún evento ginecológico previo, por lo que esperaban que las manifestaciones ocurrieran de forma aguda. Por ello, recomiendan la inspección vaginal de rutina en todos los partos para hacer un diagnóstico de la inversión uterina de forma temprana, y poder así tratar inmediatamente el shock y reposicionar el útero invertido en esta dramática situación para generar una mínima morbilidad materna(6).

En 2012 se presenta un nuevo caso de inversión uterina aguda por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario de Albacete. Se trata de un caso de inversión uterina tras alumbramiento dificultoso(7). Tras la reposición del útero manualmente se realiza ecografía y se observa típica imagen en U que indica que

la técnica vaginal no ha sido efectiva, por lo que se decide revisión en el quirófano. Mediante laparotomía tipo Pfannenstiel observan una zona de depresión en el fondo uterino, con retracción hacia su interior de ligamentos redondos, uteroováricos, infundibulopélvicos y trompas. Realizan la expresión bimanual del útero desde su posición media hacia el fondo, consiguiendo la reposición completa. Al finalizar la intervención administran 800 mcg de misoprostol para recuperar el tono uterino. Tras la intervención la paciente es transfundida con 2 concentrados de hematíes por hemoglobina de 6.7. El puerperio cursa sin complicaciones y a las 72 horas postparto es dada de alta. Exponen que su caso, la imagen ecográfica correspondía a los hallazgos descritos por Hsieh(8), visualizándose la depresión longitudinal en forma de U desde el fondo uterino a la parte interior en los cortes longitudinales. La reposición que realizaron en el quirófano, podría decirse que fue una variante de la técnica de Huntington, porque en lugar de realizar la tracción del fondo uterino con pinzas de Allis, realizaron una expresión manual del útero hasta que el fondo quedó normo posicionado y al igual que los trabajos revisados para asegurar la contracción uterina utilizaron agentes oxitócicos. En cuanto al futuro genésico de la paciente, la realización de esta técnica quirúrgica para la corrección de la inversión uterina no influye en embarazos y partos posteriores (9).

La presentación de un caso publicado en una revista Cubana en 2014, nos habla del caso de una paciente de 23 años que acude al Hospital a los dos meses después del parto y se le diagnostica de inversión uterina puerperal crónica grado II. Después del examen físico de la paciente, se le realiza una videolaparoscopia de urgencia y se comprueba el diagnóstico, se continúa con una incisión de Pfannenstiel y se observa que el cuerpo uterino no se encuentra en la pelvis, que arrastra los ligamentos redondos y ambos anejos hacia la vagina sin llegar al anillo de constricción. Después de la realización de la maniobra de Huntington fallida, se realiza la técnica de Haultain, vieron cambios de coloración mantenida que sugerían isquemia prolongada del músculo uterino, por lo que se decidió realizar una histerectomía total conservando anejos. La evolución postquirúrgica de la paciente fue favorable y se le dio de alta a los 4 días después de la intervención (6). Los autores de este trabajo exponen que por primera vez se hace registro gráfico de esta rara entidad y se deja como referencia a una generación de obstetras que tal vez nunca cuenten con la opción de asistir clínicamente a una paciente con esta complicación, teniendo en cuenta su baja incidencia.

En 2006 se publica un estudio retrospectivo basado en 6 parturientas diagnosticadas de inversión uterina en el postparto en el Hospital de León durante el año 2005. Los resultados de este estudio nos dicen que las inversiones se produjeron en primíparas a término, con analgesia epidural y con partos instrumentales. En el 83% se utilizó oxitocina durante la dilatación, cuya duración media fue de 6,5 horas. El diagnóstico fue mayoritariamente clínico, excepto en un caso grado II, que precisó una ecografía y cuya resolución fue quirúrgica. En el resto de los casos la resolución fue mediante reposición manual (83%). La disminución media de la hemoglobina preparto tras el episodio fue de 2,7g/dl y sólo 2 pacientes precisaron transfusión. Concluyen que los factores predisponentes son la hipotonía uterina, la implantación

y las placentas accretas.. el 60% se debe a maniobras precipitadas, como la tracción de cordón o una presión fúndica inapropiada. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Una vez diagnosticada, se deben tomar medidas para estabilizar a la paciente, realizándose inmediatamente la reducción manual. Los tocolíticos, como la ritrodina, la terbutalina y el sulfato de magnesio, o los anestésicos halogenados, pueden administrarse para facilitar la reversión. La nitroglicerina por vía intravenosa puede ser una alternativa. El fracaso requeriría tratamiento quirúrgico (10,11).

DISCUSIÓN

La inversión uterina es una patología poco frecuente. Habitualmente se presenta en su forma

BIBLIOGRAFIA

1. Inversión uterina total: reposición mediante expresión manual del cuerpo uterino por vía laparotómica. Ana Belén González López, Neus Garrido Moya, Elena María Losa Pajares y Gaspar González de Merlo. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España. 2011.
2. Tosal B et al. Inversión uterina puerperal. Análisis de un caso y revisión de la literatura médica. Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Sant Joan. Sant Joan d'Alacant. Alicante. España. Artículo 144.966. 2005
3. Villaverde Fernández S, González Bernaldo de Quirós A, Pintado Vázquez S, Escudero Gomis A, Rodríguez Vega E, Canal Díaz R, et al. Inversión uterina puerperal. Estudio de tres casos. *Toko-Gin Pract.* 1983; 42:285-90.
4. Díaz E, Paniagua P, Segovia O, Herrero E, Díez Gómez E, Guerra JM. Inversión uterina puerperal: Caso clínico. Revisión de la literatura. *Toko-Gin Pract.* 1994; 53:313-6.
5. Simó M, Peñalva G, Domingo X. Inversión uterina obstétrica: caso clínico y revisión del tema. *Acta Ginecológica.* 1992; 49:141-3.
6. Rodríguez J, Calderón A, López L, Montenegro D. Inversión uterina puerperal crónica: presentación de caso y revisión de la literatura *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología Bogotá, Colombia* 2005; 56: 249-255
7. Martín Clavijo Balart I, Rodríguez Tabares A, López Barroso R, Estrada Hidalgo E. Presentación de caso. Inversión uterina puerperal crónica. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2014;40 (1).
8. 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;55(9):449-452.
9. Hsieh TT, Lee JD. Sonographic findings in acute puerperal uterine inversión. *J Clin Ultrasound.* 1991; 19:306-9.
10. Sinha G, Sinha A. fertility and reproduction following inversión of the uterus. *J Indian Med Assoc.* 1993;91:149-50.
11. González Díaz E, Fernández Fernández C, Fernández Corona A, García González C, González García C. Inversión uterina puerperal. *Prog Obstet Ginecol.* 2007;50(9):537-44.

puerperal aguda, como una complicación del tercer periodo del parto. Su rápido diagnóstico es fundamental para actuar en el menor tiempo posible y así preservar la fertilidad de la mujer. El tratamiento incluye diferentes opciones de resolución del problema, por vía vaginal, laparoscópica o por laparotomía. Las formas crónicas de presentación resultan aún menos frecuentes y su reporte en la literatura médica es muy escaso. La inversión uterina crónica se ha relacionado con causas no puerperales, es decir, con patología ginecológica (miomas, pólipos, carcinoma endometrial, sarcoma, etc.) pero su incidencia no se ha estimado en la literatura, ya que su presentación es muy rara y depende de la serie de casos.