

CASOS CLÍNICOS

Inversión uterina puerperal. Análisis de un caso y revisión de la literatura médica

B. Tosal y R. Pastor

Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Sant Joan. Sant Joan d'Alacant. Alicante. España.

ABSTRACT

Acute puerperal uterine inversion is an uncommon but serious complication occurring in the third stage of labor. This event is associated with significant blood loss and neurogenic shock. We report a case of spontaneous grade III uterine inversion during the third stage of labor in a 36-year-old primipara. Manual manipulation was immediately attempted to reverse the inversion. Predisposing factors and the approaches used to correct uterine inversion are reviewed.

INTRODUCCIÓN

La inversión uterina consiste en la invaginación total o parcial del fondo del útero a través del cérvix. A pesar de que la mortalidad por este infrecuente accidente obstétrico ha disminuido –en las series presentadas en los últimos años no hay ninguna muerte materna–, las complicaciones graves que puede producir, incluidas la hemorragia masiva, la rotura uterina o la histerectomía, hacen de ella una de las urgencias más graves del tercer período del parto. La mayoría de las inversiones se producen durante el alumbramiento o en el puerperio, aunque también suceden inversiones ginecológicas relacionadas, generalmente, con tumores.

La inversión uterina puerperal (IUP) puede producirse tanto en partos vaginales como en cesáreas, y se clasifica en función del tiempo transcurrido desde el parto en: aguda, cuando se produce en las primeras 24 h; subaguda cuando se produce durante el primer mes, y crónica cuando se produce después de los 30 días¹.

Las inversiones pueden clasificarse en 4 grados: en el grado I el fondo uterino desciende hasta el nivel del cérvix pero no lo sobrepasa; en el grado II el fondo atraviesa el cérvix pero permanece dentro de la vagina; en el grado III el fondo aparece a nivel del introito, y en el grado IV el fondo, y en ocasiones la vagina, se prolapsa a través del introito¹. Otros autores sólo distinguen entre inversiones completas, cuando la porción invertida sobrepasa el cérvix, o incompletas^{2,3}. La inversión puede ser: espontánea, cuando no se ha ejercido ningún tipo de tracción ni aplicación de fuerza externa durante el alumbramiento, o secundaria^{1,4}.

La UIP aguda se caracteriza por una clínica de hemorragia vaginal, dolor y shock –hipovolémico, neurogénico o combinado–, aunque se reconoce la posibilidad de que curse de forma asintomática^{1-3,5,6}. Esta clínica se acompaña de una exploración abdominal en la que no se palpa el globo uterino. En el caso de inversiones subagudas o crónicas, la clínica referida es menos expresiva y puede cursar con infección, dolor por necrosis de la parte de útero invertida, trombosis de las venas pelvianas, complicaciones urinarias e incluso la aparición de una coagulopatía de consumo^{1,6}.

Como factores predisponentes se han descrito: la debilidad de la pared uterina y los ligamentos –congénita o secundaria a embarazos y/o cirugía previa–, la debilidad de la pared abdominal, la inserción de la placenta en el fondo uterino, las placentas muy adheridas, los cordones umbilicales cortos, las tumoraciones uterinas, la baja paridad, la edad joven y la IUP previa³⁻⁵. La aparición de la IUP se ha relacionado también con la presencia de atonías uterinas secundarias –utilización de uterorrelajantes durante la fase de dilatación, partos prolongados o precipitados, fetos macrosómicos y uso de oxitocina durante el parto, que podrían relacionarse con una sobredistensión uterina y una subsiguiente relajación miometrial^{3,4}.

Aceptado para su publicación el 13 de febrero de 2006.

Aunque la inversión del útero generalmente se produce de forma idiopática⁶, se han descrito algunos factores susceptibles de causarla, entre ellos: una presión intraabdominal elevada, la tracción del cordón umbilical y la presión externa sobre el útero (maniobra de Credé)^{3,4,6}. Sobre este punto es importante señalar que, aunque tradicionalmente se ha considerado que la causa de la inversión se relaciona con una imprudencia, durante el tercer período del parto, cada vez se cuestiona más este hecho, ya que el número de inversiones uterinas es muy escaso comparado con el número de alumbramientos en los que se realiza una tracción vigorosa del cordón umbilical o de presión externa sobre el fondo uterino^{3,5,6}. Esto no implica, por supuesto, que no se haya de ser muy cuidadoso durante la asistencia al alumbramiento, evitando en la medida de lo posible la tracción excesiva del cordón y la maniobra de Credé, sino que hay que estar vigilante ante la posible aparición de una inversión en todos los casos⁴.

A continuación presentamos un caso de inversión uterina espontánea de cuarto grado que se resolvió mediante reposición manual.

CASO CLÍNICO

Primigesta de 36 años, con una gestación normo-evolutiva que acude de parto a las 40 semanas de gestación. Se decide estimulación, por lo que se instaura una perfusión de suero glucosado al 5% (SG5%) de 500 ml con 10 U de oxitocina con una velocidad de perfusión de 1 mU por minuto. A pesar de presentar una hipodinamia (bradisistolia e hiposistolia), alcanza la dilatación completa en 10 min (parto precipitado). Tras el expulsivo, que duró 5 min, nació un varón de 2.960 g con Apgar 9/10. A los 30 min tras el nacimiento se realizan maniobras de comprobación de desprendimiento placentario que parecen indicar que la placenta se encuentra desprendida, por lo que se solicita a la gestante que efectúe una maniobra de Valsalva. Al realizarla, la mujer refiere un dolor agudo en hipogastrio que cede al terminar el pujo; en ese momento se palpa el fondo uterino por vía abdominal. Durante la segunda maniobra de Valsalva, la placenta aparece en el introito vaginal sin ningún tipo de hemorragia, pero en este caso la mujer presenta un dolor intenso que no cede tras la maniobra. Al tacto, puesto que la placenta no se encontraba desprendida, se toca una masa dura a la vez que el fondo uterino deja de ser palpable por vía abdominal. En ese momento comienza a desprenderse parcialmente la placenta.

Se intenta realizar la reposición en el paritorio sin éxito debido a la formación del anillo de contractura del útero, por lo que se decide efectuarla con anestesia. Durante la instauración del procedimiento anestésico se decide desprender manualmente la placenta, y se produce un aumento de hemorragia. Se reduce la inversión mediante maniobra de Johnson y se inicia una perfusión oxiótica de 30 U en SG5%. Se coloca también un taponamiento vaginal y una sonda vesical. Se inicia cobertura antibiótica con cefuroxima que se continúa en los días siguientes con clindamicina/ampicilina/gentamicina. A los 2 días se transfunden 2 concentrados de hemáties. El resto del puerperio hospitalario cursa sin incidencias. Al sexto día posparto la mujer es dada de alta.

DISCUSIÓN

El tratamiento de la inversión uterina requiere la reposición del útero, la instauración inmediata de medidas para corregir el shock, tanto hipovolémico como neurológico, y la terapia antibiótica.

Los tratamientos descritos para la reposición del útero se pueden clasificar en 4 grupos: *a)* técnicas no quirúrgicas; *b)* cirugía abdominal; *c)* cirugía vaginal, y, finalmente, aunque no es una técnica propia de reposición sino de extracción, *d)* la histerectomía¹.

En cuanto a las técnicas no quirúrgicas, el método más usual es la reducción manual inmediata de la porción invertida. Ésta puede realizarse, según algunos autores, sin ningún tipo de anestesia siempre antes de que aparezca el anillo de retracción. De esta forma se reponen satisfactoriamente entre un 22 y un 36% de los casos^{3,4,7}. Cuando ésta se realiza con anestesia general, el porcentaje de casos que se resuelve satisfactoriamente se acerca al 100%⁸.

La maniobra más utilizada para la reposición manual es la técnica de Johnson (1949), que consiste en introducir una mano en la vagina colocando la punta de los dedos inmediatamente por encima del anillo de inversión. A continuación se comienza a empujar el útero hacia arriba desde la zona más alejada del fondo hasta él⁴, en un proceso que tarda alrededor de unos 5 min³. Tras la reposición se debe dejar la mano en la vagina hasta que el útero se contraiga^{3,4}.

Otro método de reposición no quirúrgica es la denominada técnica de reposición mediante presión hidroestática o técnica de O'Sullivan (1945). Este método consiste en situar a la paciente en posición de Trendelenburg, ocluir la vagina, y perfundir con presión suero fisiológico hasta que el fondo uterino vuelva a su posición inicial¹. Su utilización como primera

opción de tratamiento es cuestionable por varios motivos: se necesita un tiempo de entre 5 y 10 min para conseguir la presión⁴, mucho más elevado que el empleado para realizar una reposición manual y, además, sólo se puede utilizar en casos de inversión parcial, y en caso de fallo se requiere efectuar la reposición manual. No hay, por tanto, beneficios en el uso de la técnica de O'Sullivan como primera opción sobre la reposición manual⁹.

La cirugía vaginal –técnica de Spinelli (1990)– consiste en la realización de una colpohisterotomía posterior para dividir el anillo de constricción, y la posterior reversión a través de la incisión². Las técnicas vaginales sólo son aplicables en el caso de las inversiones ginecológicas, ya que en las IUP sería muy difícil rechazar la masa uterina para realizar la incisión³.

En cuanto a las técnicas quirúrgicas por vía abdominal hay descritas 2: la técnica de Huntington (1928), que consiste en la tracción con pinzas de Allis del fondo uterino desde la cavidad abdominal iniciando la tracción desde la zona más cercana al anillo de inversión a la más cercana al fondo hasta su reposición total, y la técnica de Haultin (1901). Ésta es una variante de la técnica de Huntington en la que, previamente a la tracción del fondo uterino, se realiza una incisión en el cuello uterino –cervicohisterotomía posterior²– en los casos en que el anillo de retracción impide la tracción del fondo. La cirugía es, afortunadamente, cada vez menos necesaria para resolver las inversiones uterinas gracias a la utilización de uterorrelajantes y anestesia general. La histerectomía sólo está indicada en los casos en que la reposición sea imposible o en los que se presente una atonía o una necrosis tras la reposición³.

Hay que tener en cuenta que existe la posibilidad de rotura uterina mientras se realiza cualquiera de estas técnicas de reposición⁵, por lo que se recomienda la revisión posterior de la cavidad⁴.

En nuestro caso, la reversión se realizó con sedación con gas anestésico sin la utilización de ningún otro fármaco tocolítico. Están descritos para su utilización: los betaadrenérgicos, como la ritrodina o el sulfato de terbutalina, el sulfato de magnesio o la nitroglicerina. Estos fármacos pueden constituir una opción en el manejo de la inversión uterina en el caso en que no se pueda utilizar anestesia general¹⁻⁹. Pero el uso de estas sustancias puede ser problemático debido a sus potentes efectos cardiovasculares, que aumentan el riesgo de complicaciones cardíacas, sobre todo en una situación de shock materno⁹. A estas complicaciones habría que añadir la falta de costumbre del obstetra en el manejo de dichos fármacos^{9,10}.

Por otro lado, la administración de analgesia epidural no supone una reposición uterina más fácil, ya que no tiene efectos en el tono uterino. En el trabajo de Abouleish et al⁷, por ejemplo, en el que al 61% de las pacientes se les aplicó analgesia epidural, fue necesario utilizar uterorrelajantes en todos los casos para conseguir la reposición uterina, con la única ventaja de que sirvió como analgesia durante el proceso.

En esta ocasión, ante la sospecha de acretismo placentario, se realizó un alumbramiento manual antes de proceder a la reposición del útero. La extracción o no de la placenta es un hecho controvertido. Para algunos autores la separación previa de la placenta aumenta el riesgo de hemorragia, agrava el shock materno y favorece la infección materna grave (sepsis) por exposición directa de las boquillas vasculares uterinas^{2,3,4,6}, por lo que sólo recomiendan su extracción si no se consigue la reversión uterina en la primera tentativa, o cuando la placenta está ya prácticamente separada. Sin embargo, para otros la extracción previa facilita la reposición uterina al disminuir el volumen de masa invertida².

Tras la reposición se colocó un taponamiento vaginal y una sonda vesical para favorecer la formación del globo de seguridad y prevenir la recurrencia¹, y se inició la administración de oxitócicos intravenosos, que se mantuvo durante las siguientes 12 h. La utilización de oxitócicos es el procedimiento más comúnmente utilizado para mantener la contracción uterina. En caso de que éste falle se puede recurrir al empleo de derivados del cornezuelo de centeno o prostaglandinas (F2 α). Aunque el uso de estos últimos está desaconsejado como primera opción debido a los efectos secundarios (cefaleas, vómitos o crisis hipertensivas) que producen³. Por otro lado, no existen datos concluyentes sobre si la utilización de oxitócicos en el desprendimiento de hombro anterior disminuye o no el número de inversiones¹⁰.

RESUMEN

La inversión uterina puerperal es una complicación infrecuente, pero muy grave, del tercer período del parto, que se asocia con una importante hemorragia y shock neurógeno. Este artículo presenta el caso de una inversión uterina espontánea de grado III, que se produjo durante el alumbramiento y que requirió una corrección manual, en una primípara de 36 años. En este artículo se presenta, además, una revisión de los factores predisponentes relacionados con la inversión uterina y su tratamiento correcto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Milenkovic M, Khan J. Inversion of the uterus: a serious complication at childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84:95-6.
2. 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.
3. 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.
4. Simó M, Peñalva G, Domingo X. Inversión uterina obstétrica: caso clínico y revisión del tema. *Acta Ginecológica*. 1992; 49:141-3.
5. Mohanty AK, Trehan AK. Puerperal uterine inversion: analysis of three cases managed by repositioning, and literature review. *J Obstet Gynaecol*. 1998;18:353-4.
6. Parikshit DT, Niranjana MM. Pregnancy outcome after operative correction of puerperal uterine inversion. *Arch Gynecol Obstet*. 2004;269:214-6.
7. Abouleish E, Ali V, Joumaa B, López M, Gupta D. Anaesthetic management of acute puerperal uterine inversion. *Br J Anaesth*. 1995;75:486-7.
8. Hussain M, Jabeen T, Liaquat N, Noorani K, Bhutta SZ. Acute puerperal uterine inversion. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2004;14:215-7.
9. Dickson MJ, Nicola R, Anders K. Acute puerperal uterine inversion: a report of five cases. *J Obstet Gynaecol*. 2000;20: 426-7.
10. Hatada Y. Acute puerperal uterine inversion: careful usage of oxytocic agents for the success of immediate replacement. *J Obstet Gynaecol*. 2004;24:320-1.