



CASO CLÍNICO

Hemorragia posparto aguda provocada por inversión uterina incompleta: caso clínico y revisión del problema

R. Domínguez, V.J. Diago*, J. Monleón y A. Perales

Clinica Maternal, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

Recibido el 9 de noviembre de 2009; aceptado el 2 de diciembre de 2009

Disponible en Internet el 7 de febrero de 2010

PALABRAS CLAVE

Inversión uterina incompleta;
Hemorragia posparto;
Histerectomía

Resumen Exponemos un caso clínico de inversión uterina aguda e incompleta que se siguió de hemorragia posparto incoercible, obligando a la práctica de histerectomía. Se hace una revisión actualizada de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas de esta complicación del tercer estadio del parto y se plantean los motivos por los que se eligen unas u otras maniobras o técnicas para la resolución del caso.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Incomplete uterine inversion;
Postpartum hemorrhage;
Hysterectomy

Acute postpartum hemorrhage provoked by incomplete uterine inversion. Case report and review of the entity

Abstract We report a case of acute incomplete uterine inversion, which was followed by intractable postpartum hemorrhage, requiring hysterectomy. We review current diagnosis and therapeutic possibilities for this complication of the third stage of labor and discuss the reasons for choosing a particular manoeuvre or technique for its resolution.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La inversión uterina es la invaginación del útero dentro de la propia cavidad, pudiendo llegar el fondo uterino a atravesar la vulva y asomar al exterior. Es un fenómeno raro y grave que afecta al tercer periodo del parto, produciendo como síntomas principales: hemorragia, shock y dolor. Su rápido diagnóstico y su manejo adecuado, van a disminuir las graves consecuencias de esta complicación obstétrica.

Su incidencia varía según las fuentes consultadas, pero en general desde 1970 las cifras que se citan son de 1:2.000 partos¹.

En dependencia de la duración de la inversión se clasifica en aguda, subaguda y crónica, según sea esta en las primeras 24 h, después de las primeras 24 h o después de las 4 o más semanas. Si tenemos en cuenta su gravedad, hablamos de inversiones de primer grado o incompletas, segundo grado, tercer grado o completa y cuarto grado o prolápso total.

Existen ciertos factores de riesgo no siempre comprobables, como son: primiparidad, miomas o tumores en fondo de útero, placenta previa, acretismos placentarios, cordón umbilical corto, hidramnios, gemelares, macrosomas,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vdiagoa@sego.es (V.J. Diago).

grandes multíparas, maniobras de Credé violentas, tracción excesiva del cordón umbilical, vaciamiento repentino del útero, malformaciones uterinas^{2,3}.

Caso clínico

Paciente de 23 años, primigesta, nulípara, con curso de gestación normal. Ingresa cursando la 39 semana por dinámica uterina, se encuentra en periodo activo de parto y tras 5 h y 34 min paro espontáneamente un feto varón de 3.100 g índice de Apgar 9/10. Expulsión de placenta espontánea, siendo su revisión íntegra y normal.

Tras la finalización del parto se remite a la paciente a planta de puerperas. Hemos de hacer constar que en nuestro medio se realiza habitualmente conducción activa del tercer periodo del parto (usamos uterotónicos en la expulsión del hombro anterior fetal).

A los 15 min de su ingreso en planta, avisan por sangrado mayor de lo normal, el médico que evalúa a la paciente estima que la metrorragia ha sido superior a los 500 ml por lo que diagnostica hemorragia posparto y procede de inmediato a su traslado a paritorios para su exploración bajo anestesia. Se realiza sondaje vesical y revisión de herida de episiotomía, vulva, vagina y cérvix uterino, no evidenciándose patología. El útero se encuentra ocupando abdomen y moderadamente relajado. Procedemos a revisión manual intrauterina y limpieza digital con gasa en los dedos (no obteniendo restos ovulares). Tras la exploración se sospecha inversión uterina incompleta o de primer grado, por lo que se realiza reinserción del útero mediante maniobra de Harris más taponamiento intrauterino y sondaje permanente con Foley. A pesar de lo anteriormente expuesto, la hemorragia no cede, por lo que se decide laparotomía exploradora con la sospecha de que no se había resuelto el caso, lo cual se confirma en el acto quirúrgico, evidenciándose inversión del fondo uterino sobre su propia cavidad de manera incompleta. Se realiza maniobra de Huntington y se resuelve fácilmente la inversión, pero se percibe atonía uterina y la paciente entra en shock. Ante la nueva situación presentada realizamos compresión con el puño sobre la aorta, masaje manual sobre útero e instauramos tratamiento con uterotónicos (oxitocina y prostaglandinas) y nuevo taponamiento intrauterino, que no son efectivos, por lo que decidimos realizar histerectomía total sin anexectomía. Se perfunden fluidos y sangre total.

La paciente ingresó en cuidados intensivos siendo tratada médicaamente, su estado general se estabilizó, pasando a planta de hospitalización y posteriormente a su domicilio. La anatomía patológica del útero no mostró patología.

Discusión

Se acepta que si una pérdida sanguínea después de un parto vaginal supera los 500 ml nos encontramos ante una hemorragia posparto⁴. El manejo activo del tercer periodo del parto se ha mostrado superior a la conducta expectante en la prevención de la hemorragia posparto, comunicándose una disminución hasta del 60% de estas. Dentro de los fármacos uterotónicos usados, destacan como más eficaces: oxitocina, metilergonovina y prostaglandinas (carboprost

y misoprostol) siendo este último el de elección para el manejo y prevención de la hemorragia posparto^{5,6}.

El caso clínico descrito fue un acontecimiento que revisitó una gravedad inusual en el contexto de una complicación obstétrica como es la inversión uterina, que una vez diagnosticada y tratada adecuadamente, suele resolverse con facilidad y raramente conduce a una situación de tal gravedad que haga temer por la vida de la paciente. Las maniobras empleadas para la reposición del útero se clasifican en manuales y quirúrgicas; entre las primeras contamos con las siguientes: Harris, Johnson, Henderson, Alles y O'Sullivan y dentro de las segundas: Spinelli, Cascarides, Huntington y Haultain. Nosotros utilizamos ambas en el tratamiento del caso.

Después de la reposición uterina, la paciente entra en estado de shock, explicable por la pérdida sanguínea más la respuesta neurológica secundaria a la tracción de los nervios peritoneales y del ligamento ancho que ocurre durante la inversión uterina y su resolución⁷ y se diagnosticó atonía uterina. Al no cesar la hemorragia, se decidió realizar histerectomía.

No obstante, antes de tomar esta decisión, contemplamos otras opciones terapéuticas fundadas en la literatura y nuestra propia experiencia profesional, teniendo en cuenta la edad de la paciente, su futuro reproductivo y su estado general.

Una posibilidad era practicar ligaduras vasculares: ligadura uterina bilateral y ligadura arterial progresiva de las arterias uterinas más vasos infundibulopélvicos, ya que se estima que el porcentaje de éxitos para conseguir hemostasia es del 90% de los casos⁸, pero se desechó, ya que no estábamos seguros de conseguir un éxito total.

Otra opción planteada era realizar una técnica de plicatura y como el caso que nos ocupa no era cesárea, se planteó realizar una técnica similar a la sutura de B-Lynch, mediante aguja recta que atraviesa el útero en sentido antero posterior, rodeándolo y suturando en la zona del segmento uterino⁹. Los resultados son buenos y eficaces en el control de hemorragia posparto, preservando el útero, pero se han realizado pocos casos y la casuística publicada es escasa. Se necesitan más estudios adicionales.

También nos planteamos utilizar la ligadura bilateral de las arterias hipogástricas, aunque sabemos que la mayoría de obstetras y ginecólogos están poco familiarizados con el campo quirúrgico retroperitoneal y realizan este procedimiento con poca frecuencia¹. Otra opción era realizar embolización selectiva de las arterias uterinas, pero para su realización se necesita personal cualificado en radiología intervencionista y paciente estabilizada. Cada vez se usa más en obstetricia y ginecología¹.

La histerectomía posparto actualmente tiene las indicaciones limitadas debido al uso generalizado de los otros procedimientos descritos. Su uso se reserva para casos donde fracasan los otros tratamientos y el asistente al parto se ve obligado a su práctica. Se acepta que lo ideal es la realización de histerectomía total, pues no se ha podido demostrar que la subtotal acorte el tiempo quirúrgico, ni la pérdida de sangre⁴.

El taponamiento uterino acompañado de sonda permanente de Foley debe ser empleado en el manejo de las hemorragias posparto, ya que muchas veces soluciona el problema. Perdió popularidad pues se pensaba que ocultaba la

hemorragia y causaba infección, pero estas suposiciones no se han podido demostrar¹⁰. Hemos de observar que el taponamiento uterino tiene el mismo nivel de evidencia III y el mismo grado de recomendación B que las ligaduras vasculares, técnicas de plicatura, embolización selectiva de las arterias uterinas e hysterectomía⁴.

A pesar de ser una mujer joven y siendo conscientes de que su futuro reproductor se vería truncado, hicimos hysterectomía total sin anexectomía. En el manejo de las hemorragias posparto en general se requiere una hysterectomía por cada 1.000 partos¹.

Queremos dejar constancia de que ante un caso concreto y un momento concreto, uno decide lo que considera más conveniente, pues no es tan fácil adoptar una u otra pauta en el quirófano como plasmar las actuaciones a seguir en un papel.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Oyelese Y, Scorza WE, Mastrolia R, Sumlian JC. Postpartum Haemorrhage. *Obst Gynecol Clin N Am*. 2007;34: 421–41.
2. Duh D, Cugini U, Olivuzzi M, Del Frate G. Acute postpartum uterine inversion: report of two cases. *Journal Obstet Anesth*. 2008;17:83–5.
3. Sangwan N, Nande S, Singhal S, Duhan N, Dahiya K. Puerperal uterine inversion associated with unicornuate uterus. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;280:625–6.
4. Protocolos SEGO. Hemorragia posparto precoz. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51:497–505.
5. Prendiville WJ, Elbourne D, Mc Donald S. Active versus expectant management in the third stage of labor. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;2.
6. Vaid A, Dadhwal V, Mittal S, Deka D, Misra R, Sharma JB, et al. A randomized controlled trial of prophylactic sublingual misoprostol versus intramuscular methyl-ergometrine versus intramuscular 15-methyl PGF 2 alfa in active management of third stage of labor. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;280:893–7.
7. Beringer RM, Patteril M. Puerperal uterine inversion and shock. *Br J Anaesth*. 2004;92:439–41.
8. Sergent F, Resch B, Verspyck E, Rachet B, Clavier E, Marpeau L. Hemorragias graves del alumbramiento: ¿Ligaduras vasculares, hysterectomía ó embolización? *EMQ. Elsevier, Gynécologie Obstétrique Fertilité*. 2004;32:320–9.
9. Hayman RG, Arulkumaran S, Steer PJ. Uterine compression sutures:surgical management of postpartum haemorrhage. *Obstet Gynecol*. 2002;99:502–6.
10. Mousa HA, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;2.