

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Incarceración y torsión uterina en gestante

Guadalupe Aguarón Benítez*, Marco Arones Collantes, Rocío Moreno Selva,
Jessica Nogueira García y Gaspar González de Merlo

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de Albacete, Albacete, España

Recibido el 1 de mayo de 2012; aceptado el 25 de mayo de 2012

Disponible en Internet el 20 de enero de 2013

PALABRAS CLAVE

Torsión uterina;
Incarceración;
Embarazada

Resumen La torsión uterina es un evento raro, más aún cuando se produce en ausencia de embarazo. Se define como una rotación de más de 45° sobre el eje longitudinal uterino, y habitualmente tiene lugar a lo largo de la transición entre cuerpo y cérvix. En 2 tercios de los casos se produce hacia el lado derecho. Normalmente, está causada por la presencia de una condición anormal o patología que afecta al útero y/o a las estructuras adyacentes. Las manifestaciones clínicas pueden ser agudas, crónicas, o incluso un cuadro asintomático, constituyendo entonces un hallazgo intraoperatorio. La confirmación diagnóstica se realiza únicamente durante la realización de la laparotomía. La congestión de vasos en el ligamento ancho y la colocación anterior de los ovarios, hacen que la histerotomía baja realizada habitualmente en la cesárea no pueda realizarse en determinadas situaciones, optando por una histerotomía clásica en la superficie posterior del útero.

© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Uterine torsion;
Incarceration;
Pregnant

Incarceration and uterine torsion in a pregnant woman

Abstract Uterine torsion is a rare event, especially in the absence of pregnancy. This complication is defined as a rotation of more than 45° around the long axis of the uterus and usually occurs along the transition between the body and the cervix. In two thirds of cases, the torsion is toward the right side. This event is usually caused by the presence of an abnormal condition that affects the uterus and/or the adjacent structures. Clinical manifestations may be acute or chronic, or even entirely absent, in which case the torsion is identified as an intraoperative finding. The diagnosis can only be confirmed during laparotomy. Because of vessel congestion in the broad ligament and the anterior position of the ovaries, low hysterotomy, usually performed at cesarean section, cannot be carried out in certain situations. Instead classical hysterotomy on the posterior surface of the uterus is performed.

© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gaguaronb@gmail.com (G. Aguarón Benítez).

Caso clínico

Paciente de 35 años, controlada en la consulta de alto riesgo de obstetricia por la presencia de un mioma previo intramural en cara anterior, ingresa en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Albacete en la semana 26 de gestación por dolor abdominal y sensación de dinámica uterina. La paciente, primigesta, no presenta ningún antecedente familiar ni personal de interés. En la ecografía abdominal realizada en la semana 22, se visualiza un mioma intramural-subseroso en fondo de 107×90 mm y placenta situada en la cara anterior y el canto derecho.

Al ingreso, la paciente presenta una dinámica uterina regular, Bishop 0 y longitud cervical de 47 mm. El hemograma muestra una hemoglobina de 10,3; hematocrito de 31,2; leucocitos: 15,25 (92% neutrófilos). En la ecografía de urgencias se visualiza el mioma intramural-subseroso situado en cara anterior-hipogastrio.

Ante la dinámica uterina regular, se inicia tratamiento tocolítico con atosibán y maduración pulmonar con corticoides, dejando a la paciente en observación.

Debido a la persistencia del dolor y de la dinámica uterina, se realiza una nueva ecografía en la que se visualiza el mioma situado por detrás del pubis y la placenta localizada en canto izquierdo. Ante la sospecha de torsión de mioma pediculado, se decide realizar una intervención quirúrgica.

Durante el tiempo quirúrgico se visualiza el mioma intramural-subseroso de 12 cm en la cara anterior de la región ístmica, incarcerado, que produce una rotación uterina de más de 90° en sentido horario. Se lleva a cabo la desrotación y reposición del útero, no realizándose miomectomía. El posoperatorio cursa con normalidad.

En la semana 29 de gestación, la paciente reingresa por amenaza de parto pretérmino, administrándose un nuevo ciclo de atosibán.

En la semana 38 de gestación, se realiza una cesárea programada por situación fetal transversa y mioma previo. Durante la cesárea, se visualiza un útero torsionado hacia la derecha y un mioma intramural-subseroso en la región ístmica de 12 cm (fig. 1). Se realizan una histerotomía mediolateral y una miomectomía en el mismo acto quirúrgico (fig. 2). El estudio anatomo-patológico de la pieza confirma la existencia de un leiomioma con cambios de necrosis isquémica de 11×10 cm y 555 g (fig. 3).

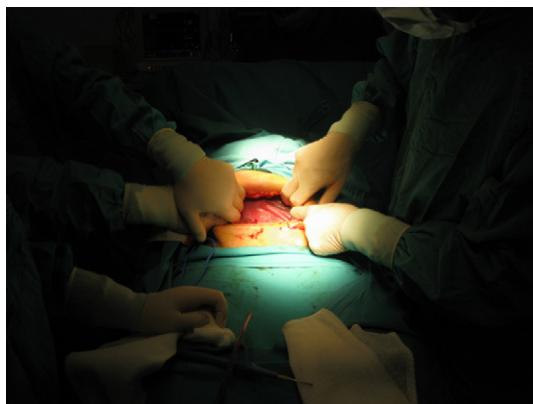


Figura 1 Útero torsionado. Visualización al realizar la cesárea.



Figura 2 Miomectomía.



Figura 3 Mioma uterino.

Tras un puerperio sin complicaciones en el que solo destaca una anemia moderada, la paciente es dada de alta.

Discusión

La torsión de un útero grávido es una patología infrecuente. La primera rotación uterina fue descrita por un veterinario italiano llamado Columbi, en 1662. En 1863, Virchow describió el primer caso en humanos tras un examen post mortem. En 1876, Labbe lo describió en una paciente viva. En 1956, Nesbitt y Corner revisaron la literatura universal y obtuvieron solamente 107 casos. La mayoría de casos que se han comunicado son secundarios a patología uterina, sobre todo leiomiomas. Menos frecuentes son las alteraciones

Tabla 1 Causas de torsión de útero grávido

Mioma uterino	31,8%
Anomalías uterinas, especialmente útero bicono	14,9%
Adherencias pélvicas	8,4%
Tumoraciones ováricas	7,0%
Presentación fetal anómala	4,6%
Anomalías pélvicas y/o columna	2,8%
Etiología desconocida	30,5%

de las estructuras vecinas, como la presencia de quistes de ovario; y excepcionalmente, podría producirse sin ninguna patología^{1,2}. En la tabla 1 se encuentran las distintas causas de rotación uterina descritas por Nesbitt y Corner.

En el 80% de los casos, la rotación es hacia la derecha, mientras que en el 20% restante es hacia la izquierda. En la mayoría de las rotaciones uterinas, el diagnóstico se realiza en el mismo tiempo quirúrgico. En nuestro caso, la sospecha diagnóstica era de torsión de mioma pediculado y el diagnóstico de certeza se realizó intraoperatoriamente. Como pruebas de imagen destacan la RM, la TC o la ecografía, que pueden proporcionar signos indirectos. A nosotros, la ecografía nos permitió ver cambios en la posición del mioma que presentaba la paciente^{1,3}, así como modificaciones en la localización de la placenta. La presencia de una «placenta migratoria» en el contexto de una paciente con sintomatología característica y factores de riesgo han de orientar al diagnóstico⁴.

El diagnóstico diferencial en el preoperatorio hay que realizarlo con la presencia de un embarazo ectópico, hemorragia abdominal, torsión de un tumor pélvico, peritonitis o desprendimiento de placenta⁵.

En la mayoría de los casos, la torsión es de aproximadamente 180°, aunque se han descrito casos en los que la torsión llega a ser de 540° y se asocia a necrosis uterina.

Los síntomas que aparecen en estas pacientes varían dependiendo del grado de torsión. Pueden ir desde pacientes asintomáticas (11%) o con leves molestias abdominales, a cuadros de crisis abdominal con repercusión del estado general de la paciente e inestabilidad hemodinámica^{5,6}. Se han descrito otros síntomas asociados, como sangrado vaginal, clínica urinaria o gastrointestinal^{1,5,7}. Nuestra paciente presentaba además de las molestias abdominales descritas, clínica urinaria.

Entre las principales complicaciones asociadas, encontramos la rotura uterina y el embolismo pulmonar².

Si se realiza un diagnóstico durante el primer o segundo trimestre, el momento ideal para tratar es entre la semana 14 y 20 de gestación. Inicialmente se intentarán realizar maniobras conservadoras, si bien estas medidas solo se llevarán a cabo si la desrotación es fácil de realizar⁷. Una vez conseguida la reducción, puede colocarse un pesario con el fin de evitar las recurrencias^{7,8}. Despues de la semana 20 de gestación, no se recomiendan estas medidas por el riesgo de parto prematuro. El tratamiento de elección será la laparotomía, con el fin de corregir la rotación manualmente y la realización de cesárea, si fuera posible, una vez que la gestación haya llegado a término². En ocasiones, no es posible llevar a cabo la desrotación uterina, siendo necesario realizar la histerotomía en la pared posterior del útero^{5,9–11}. Diversos autores consideran que no se debe realizar un esfuerzo excesivo al intentar desrotar el útero, ya que puede suponer un trauma tanto para este como para la placenta o las estructuras venosas adyacentes, pudiendo provocar sangrado o desprendimiento de placenta¹⁰.

En casos de torsión prolongada con necrosis y trombosis, la desrotación debería evitarse, con el objetivo de prevenir el embolismo pulmonar^{1,12}. El tratamiento conservador debe reservarse para aquellos casos no complicados por necrosis ni infarto tisular. Este tratamiento consiste en la plicatura bilateral de los ligamentos redondos con el fin de prevenir la recidiva de la torsión^{1,13,14}.

La recurrencia de incarceración uterina en un posterior embarazo es posible, por lo que se recomienda un mayor seguimiento a este grupo de pacientes⁷.

La mortalidad materna en los casos de rotación uterina es del 13%, si bien varía dependiendo de la semana de gestación. Así, en los primeros 5 meses de gestación, la mortalidad es prácticamente del 0%, mientras que a término es del 18,5%. En cuanto a la mortalidad perinatal, esta se sitúa en torno al 30%. Esta cifra varía dependiendo del grado de rotación uterina. Si la rotación se encuentra entre 90-180°, la mortalidad es del 20-24%, mientras que si la rotación es mayor de 180°, se eleva al 75%^{2,15}.

La realización de miomectomía en el mismo acto quirúrgico de la cesárea no suele realizarse debido al riesgo elevado de sangrado. Esta regla excluye los miomas pediculados⁵. En nuestro caso, la miomectomía fue necesaria con el fin de poder realizar la histerorrafia.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lapresta M, Cruz E, Montañés P, Baquedano L, Rovira E, Perez P. Torsión uterina causada por un leiomioma gigante. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004;69:467–9.
2. Piot D, Gluck M, Oxorn H. Torsion of the gravid uterus. CMAJ. 1976;109:1010–1.
3. Nicholson WK, Coulson CC, McCoy MC, Semelka RC. Pelvic magnetic resonance imaging in the evaluation of uterine torsion. Obstet Gynecol. 1995;85(5 Pt 2):888–90.
4. Kremer JAM, Van Dongen PWJ. Torsion of the pregnant uterus with a change in placental localization on ultrasound; a case report. Eur J Obst Gyn Reprod Biol. 1989;31:273–5.
5. Rich DA, Stokes IM. Uterine torsion due to a fibroid: emergency myomectomy and transverse upper segment caesarean section. BJOG. 2002;109:105–6.
6. El-Taher SS, Hussein IY. Unexpected torsion of the gravid uterus. J Obstet Gynaecol. 2004;24:177.
7. Hooker A, Bolte A, Exalto N, Van Geijn H. Recurrent incarceration of the gravid uterus. J Matern Fetal Neonatal Med. 2009;22:462–4.
8. Gibbons JM, Paley WB. The incarcerated retroverted uterus. Obstet Gynecol. 1969;33:842–5.
9. Mustafa MS, Shakeel F, Sporrong B. Extreme torsion of the pregnant uterus. Aust NZ J Obstet Gynecol. 1999;39:360–3.
10. Albayrak M, Benian A, Ozdemir I, Demiraran Y, Guralp O. Deliberate posterior low transverse incision at cesarean section of a gravid uterus in 180° of torsion. J Reprod Med. 2011;56:181–3.
11. O'Connor R, Hurley P. Torsion of the gravid uterus: an unusual cause of transverse fetal lie. J Obstet Gynaecol. 1998;18:589.
12. Varras M, Polyzos D, Alexopoulos C, Pappa P. Torsion of a non-gravid leiomyomatous uterus in a patient with myotonic dystrophy complaining of acute urinary retention: anaesthetic management for total abdominal hysterectomy. Clin Exp Obstet Gynecol. 2003;30:147–50.
13. Collinet P, Narducci F, Stien L. Torsion of a nongravid uterus: an unexpected complication of an ovarian cyst. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001;98:256–7.
14. Pelosi MA. Managing extreme uterine torsion at term. A case report. J Reprod Med. 1998;43:153–7.
15. Guié P, Adjobi R, N'guessan E, Anongba S, Kouakou F, Boua N, et al. Uterine torsion with maternal death: Our experience and literature review. Clin Exp Obstet Gynecol. 2005;32:245–6.