



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

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

Recibido el 22 de diciembre de 2011; aceptado el 16 de enero de 2012
Disponible en Internet el 30 de septiembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Inversión uterina;
Emergencia obstétrica;
Tratamiento

KEYWORDS

Uterine inversion;
Obstetrical emergency;
Treatment

Resumen La inversión uterina es una de las complicaciones más graves que pueden suceder en la tercera etapa del parto.

Presentamos el caso de una gestación que finaliza en un parto eutócico, objetivando una inversión uterina total, que no se puede resolver por vía vaginal precisando abordaje laparotómico. La inversión se reduce mediante presión manual del cuerpo uterino hasta que el fondo uterino queda totalmente repuesto. La evolución posterior de la paciente es favorable.

Hemos realizado una revisión de la literatura científica analizando la incidencia, factores de riesgo, clasificación, clínica y opciones terapéuticas relacionadas con dicha complicación.

© 2011 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Complete uterine inversion: Manual repositioning after laparotomy

Abstract Uterine inversion is one of the most life-threatening obstetric emergencies that can occur during the third stage of labor.

We present a case of acute complete uterine inversion following a vaginal birth. Manual vaginal manipulation was unsuccessful and surgical reduction by laparotomy was required. During the repositioning procedure, manual pressure was applied to the uterine body until the fundus reached its anatomic position. Subsequent patient outcome was favourable.

A review of the literature was performed, focusing on the epidemiology, risk factors, classification, clinical findings and management of this complication.

© 2011 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La inversión uterina consiste en la invaginación del fondo uterino a través del cérvix hasta la vagina y que puede asomar a través de la vulva. Se trata de una de las complicaciones más graves que sucede durante el tercer período del parto

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: anika_bg@hotmail.com
(A.B. González López).

debido a la hemorragia masiva que puede ocasionar, llegando incluso a ser necesario la realización de una histerectomía.

La incidencia de la inversión uterina puerperal varía según la vía del parto, situándose en 1:1.860 en el caso de las cesáreas y 1:3.737 en los partos vaginales¹. La mortalidad por esta complicación ha disminuido en los últimos años, siendo en la actualidad prácticamente nula.

La inversión uterina la podemos clasificar, en función de la causa, en puerperal si se produce después de la salida del recién nacido en el momento del alumbramiento y ginecológica, que es causada por tumores benignos o malignos del cuerpo uterino (miomas submucosos en el 71,6% de los casos)². En función de la complejidad del proceso se clasifica en 4 grados; el grado I se considera cuando el fondo uterino no pasa a través del cuello, el grado II cuando el fondo pasa a través del cuello y llega a la vagina, el grado III si el fondo llega hasta la vulva pero el cérvix queda normoposicionado, y el grado IV si la inversión incluye el cérvix y los fondos de saco vaginales³. En el caso de la inversión uterina puerperal también la podemos clasificar en función del tiempo transcurrido desde el parto en aguda, si se produce en las primeras 24 horas, subaguda si es en los primeros 30 días y crónica a partir de 30 días³. Debemos decir que la mayor parte de las inversiones de causa ginecológica son crónicas.

El factor de riesgo asociado más frecuente es la implantación placentaria en el fondo uterino. Otros factores relacionados son constitucionales (primiparidad, malformaciones uterinas, ausencia de tono muscular uterino en las multíparas y miomas en el fondo del útero), obstétricos (placenta previa, acretismo placentario, cordón umbilical corto, trabajo de parto prolongado) y otros, como la maniobra de Credé realizada de forma enérgica, la extracción manual de la placenta y la falta de oxitócicos tras un trabajo de parto prolongado⁴.

Esta gravísima complicación se acompaña en la mayoría de los casos de una hemorragia vaginal que puede desembocar en un shock hipovolémico, dolor intenso y shock neurogénico debido a la tracción del ligamento ancho y de los nervios peritoneales⁵. En la mayoría de los casos el diagnóstico es clínico; 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 suficientes. 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 interior⁶.

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 inversión⁸. 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 Trendelenburg³. 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 Huntington⁹, 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 Haultin¹⁰, 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. 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 reposición¹¹.

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 casos⁷. 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.

Caso clínico

Paciente en semana 30 + 2 por amenorrea, con gestación no controlada, que es remitida desde hospital comarcal a centro de referencia con UCI pediátrica tras objetivar en la ecografía un feto único en cefálica, biometría acorde con 35 + 5 semanas, oligoamnios y Doppler en ACM patológico.

La paciente no refiere ningún antecedente médico personal ni familiar de interés. No presenta alergias farmacológicas conocidas. Grupo A Rh+. Presenta 3 gestaciones anteriores, con 2 partos normales y un aborto.

A su llegada al hospital, ante los hallazgos anteriormente descritos y tras objetivar la rotura de la bolsa, se decide finalizar gestación. La paciente presenta constantes normales y a la exploración un Bishop de 1. Pasa a dilatación, donde se inicia monitorización fetal continua y administración de antibioterapia profiláctica con ampicilina. Se procede a maduración cervical con PGE₂, de liberación vaginal, durante 6 horas. En la fase activa de parto se administra oxitocina por vía intravenosa (duración total 3 horas) y la paciente solicita analgesia epidural. Pasa a paritorio y tras 5 minutos de pujos se produce el nacimiento mediante parto eutócico de una mujer de 2.545 g, con un Apgar de 9/10, un pH arterial de 7,32 y un pH venoso de 7,38.

A los 25 minutos del expulsivo, la matrona nos avisa por alumbramiento dificultoso. A nuestra llegada objetivamos inversión uterina grado IV, con placenta parcialmente adherida al útero y sangrado moderado. Se procede al desprendimiento manual de la placenta sin dificultad y se inicia perfusión de ritodrina para facilitar la reposición uterina por vía vaginal mediante la maniobra de Johnson. Se realiza una ecografía para confirmar la reposición correcta del útero y se visualiza la típica imagen en U que nos indica que la técnica vaginal no ha sido efectiva, por lo que se decide la revisión en quirófano. Mediante laparotomía tipo Pfannenstiel se objetiva una zona de depresión en el fondo uterino, con retracción hacia su interior de ligamentos redondos, uteroováricos, infundibulopélvicos y trompas (fig. 1). Se realiza la expresión bimanual

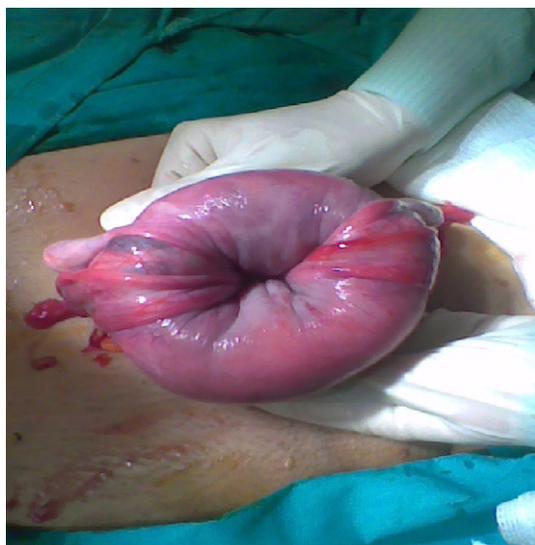


Figura 1 Retracción de estructuras ligamentarias y trompas hacia la cavidad consecuencia de la inversión del útero.



Figura 2 Morfología uterina tras la reposición de la inversión y la administración de agentes oxitócicos.

del útero desde su porción media hacia el fondo, consiguiendo la reposición completa (fig. 2). Al finalizar el procedimiento se administran 800 mcg de misoprostol (PGE1) para recuperar el tono uterino.

La paciente precisa transfusión de 2 concentrados de hematies por hemoglobina (Hb) de 6,7 y hematocrito (Hto) del 20,9%, presentando en el control postransfusional una Hb de 9,3 y un Hto del 27,8%. El puerperio cursa sin complicaciones y se procede al alta hospitalaria en 72 horas.

Un mes después, la paciente es revisada en consultas externas presentando una exploración y una ecografía ginecológicas normales.

Discusión

Nuestro caso se trata de una inversión uterina puerperal aguda de grado IV, ya que se ha producido en las 24 horas

tras la salida del recién nacido, en el momento del alumbramiento, con invaginación del fondo uterino incluyendo el cérvix y los fondos de saco vaginales, y aguda, al producirse en las primeras 24 horas tras el parto.

Tal como se describe en la literatura, nuestra paciente sufrió un importante sangrado durante el proceso de reposición uterina que obligó a transfundirla.

También fueron necesarios agentes uterorrelajantes porque, a diferencia de la anestesia general que tiene efectos sobre el tono uterino, la analgesia epidural carece de este beneficio. En un trabajo realizado por Abouleish et al.¹² se comprobó que fue necesario aplicar agentes uterorrelajantes a todas las pacientes, aunque un 61% llevaba analgesia epidural. Sin embargo, González-Díaz et al.¹³ llevaron a cabo la reducción manual con éxito en un tercio de las pacientes sin utilizar relajantes uterinos (4 inversiones de grado III y una de grado II). En pacientes con hipotensión y taquicardia, en lugar de betaagonistas, el agente de elección sería el sulfato de magnesio¹⁴.

En nuestro caso, la reposición vaginal fue dificultosa al tratarse de una inversión de grado IV y haber transcurrido varios minutos entre el proceso y el inicio de la reposición. La imagen ecográfica correspondía a los hallazgos descritos por Hsieh⁶, visualizando, sobre todo, la depresión longitudinal en forma de U desde el fondo uterino a la parte interior en los cortes longitudinales. La reposición realizada en quirófano podría decirse que es una variante de la técnica de Huntington, porque en lugar de realizar la tracción del fondo uterino con pinzas de Allis, realizamos una expresión manual del útero hasta que el fondo quedó normoposicionado. Para asegurar la contracción uterina utilizamos agentes oxitócicos, al igual que en los trabajos revisados.

En cuanto al futuro deseo genésico de la paciente, si la inversión ha sido correctamente repuesta este no se ve comprometido. Si se han precisado técnicas quirúrgicas para la corrección, estas no influyen en un embarazo y parto posteriores¹⁵.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Baskett TF. Acute uterine inversion: a review. *J Obstet Gynaecol Can.* 2002;24:953–6.
2. Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Clinical gynaecologic endocrinology and infertility.* Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 1999.
3. Milenkovic M, Khan J. Inversion of the uterus: a serious complication at childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;84:95–6.
4. Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E. *Obstetricia y medicina materno fetal.* Tomo V. España: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 1066.7.
5. Beringer RM, Patteril M. Puerperal uterine inversion and shock. *Br J Anaesth.* 2004;92:439–41.
6. Hsieh TT, Lee JD. Sonographic findings in acute puerperal uterine inversion. *J Clin Ultrasound.* 1991;19:306–9.
7. Morini A, Angelini R, Giardini G. Acute puerperal uterine inversion: a report of 3 cases and an analysis of 358 cases in the literature. *Minerva Ginecol.* 1994;46:115–27.

8. Mohanty AK, Trehan AK. Puerperal uterine inversion: analysis of three cases managed by repositioning and literature review. *J Obstet Gynaecol.* 1998;18:353–4.
9. Huntington JL. Acute inversion of the uterus. *Boston Med Surg J.* 1921;184:376–80.
10. Haultin FWN. The treatment of chronic uterine inversion by abdominal hysterectomy with a successful case. *BMJ.* 1901;2:974.
11. Díaz E, Paniagua P, Segovia O. Inversión uterine puerperal: Caso clínico. Revisión de literatura. *Toko-Gin Pract.* 1994;53:313–6.
12. Abouleish E, Ali V, Joumaa B, López M, Gupta D. Anaesthetic management of acute puerperal uterine inversion. *Br J Anaesth.* 1995;75:486–7.
13. González-Díaz E, Fernández C, Fernández A, García C, González C. Inversión uterina puerperal. *Prog Obstet Ginecol.* 2007;50:537–44.
14. Brar HS, Greenspoon JS, Platt LD, Paul RH. Acute puerperal uterine inversion. 1989;34:173–7.
15. Sinha G, Sinha A. Fertility and reproduction following inversion of the uterus. *J Indian Med Assoc.* 1993;91:149–50.