

Inversión uterina aguda Reporte del primer caso en Costa Rica

Por

Dr. Remberto Briceño Carrillo *

Servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios.

Se trata del primer caso de inversión uterina aguda reportado en la literatura costarricense, cuya frecuencia en la práctica obstétrica es demostrada en la literatura mundial como un raro accidente (1) según el cuadro que se adjunta.

Autores	Incidencia de inversión
Zangemeister	1 en 400.000
Von Braun	1 en 250.000
Madden	1 en 190.000
Avelin	1 en 100.000
Hirst	1 en 140.000
Beckman	0 en 250.000
Krassowsky	1 en 200.000
Leningrado Lying-Hospital	1 en 250.000
Winckel	0 en 20.000
Nacke	1 en 10.000
Cache	1 en 4.600

Los datos estadísticos relativos a la frecuencia de este padecimiento son un poco difíciles de valorar, en vista de que los

* Servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios.

casos reportados en la literatura mundial se refieren a casos hospitalarios y no se citan los correspondientes privados a domicilio. Es por esta razón que Jones de acuerdo a sus estudios indica una cifra promedio de un caso por 128.767 partos.

La inversión uterina aguda, raro tipo de desplazamiento uterino, es una de las más graves complicaciones del parto.

Aproximadamente el 80 por ciento del total de las inversiones uterinas se encuentran asociadas con el parto. De 233 casos coleccionados de la literatura mundial por McCullagn (4) en un periodo de 13 años el 85% (200 casos) se trataba de casos puerperales. De los 641 casos coleccionados por Thorn (8) de la literatura mundial en un periodo de 22 años antes de 1911, el 81.2% se refería a casos netos obstétricos en su origen, el 13% como consecuencia de tumores del útero, el 2.2% sucedidos postmortem, el 2% clasificados como idiopáticos y el 1.6% restantes en partos prematuros y abortos.

Del análisis de los casos reportados de inversión uterina aguda se llegó a la conclusión de que su índice de mortalidad es muy alto, colocado según la mayoría de los autores del 15 al 40%. En 1843 Crose tuvo 80 muertes en su colección de 109 casos (9). McCullagn indicó que la mortalidad por este padecimiento le corresponde el 25%. Kehrer así como Beckman (3) manifestaron cifras de un 1.4%. La larga serie de Thorn y McCullagn (4) revelaron una mortalidad del 19% en contraste a los datos de otros autores que mencionaron variantes de un 40 al 70 por ciento.

Hemorragia junto con shock es la inmediata causa de muerte en la mayoría de los casos (6). Intervención quirúrgica en el estado agudo de la inversión uterina probablemente contribuye a las cifras de mortalidad. De los 374 casos coleccionados por Thorn y Zangemeister el 5.7% fallecieron por hemorragia y el 2% por sepsis. Mason y Rucker reportaron una mortalidad del 15.3 por la primer causa y Pheneuf record reflejaron una mortalidad del 34% en los casos agudos. Phillips y Hoover comunicaron el 30% en los casos asociados con shock y solamente el 5% cuando el shock se encontraba ausente o éste fue controlado. El análisis de los datos que consignan estos autores y los conceptos emitidos por Phillips y Hoover, en el sentido de que la mortalidad de la inversión uterina aguda se disminuye notablemente, si la reducción del útero se realiza o se trata, hasta que la paciente se recobre del estado de shock y hemorragia, nos sirvieron como pauta para el tratamiento y manejo médico-quirúrgico del caso que se reporta. Su evolución y resolución satisfactoria vienen a confirmar las consideraciones de Phillips y Hoover, conceptos que siempre se deben tener presente en la práctica obstétrica de estos casos.

DESCRIPCION DEL CASO

El siguiente es un caso de inversión uterina aguda que se originó en el domicilio de la paciente y cuyo tratamiento médico quirúrgico se realizó en el Servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios con resultados satisfactorios.

I. M. M. registro N° 59466, casada, paciente de caridad, de 41 años con residencia en Llano Bonito de Tarrazú, provincia de San José.

Antecedentes de 14 partos: once de ellos a domicilio atendida por empírica y tres partos en el Hospital San Juan de Dios, presentando en el último retención de placenta que ameritó extracción manual de la misma. Tres de los productos fallecieron a las pocas horas del nacimiento. Abortos 0. El único dato importante mencionado por la paciente, es el haber presentado en el último mes de su catorceavo embarazo al estar en posición de pie por largo tiempo, sensación de salida de un cuerpo extraño por la vagina. El día 7 de junio la enferma pare en su domicilio, sin asistencia de ninguna especie, un producto femenino de término que llora espontáneamente al nacer. Labor de parto aproximadamente de dos horas; es asistida por una persona en el alumbramiento de la placenta quien tira suavemente del cordón umbilical y le practica además masaje suave en el abdomen; la placenta sale con facilidad a los 15 minutos después del nacimiento de la criatura, presentando sangrado moderado por vagina posteriormente. Las primeras lipotimias se originaron dos horas después del alumbramiento. Micción espontánea pero dificultosa por primera vez a las cinco horas del parto con sensación de cuerpo extraño por vagina y con tendencia de salida al exterior del cuerpo extraño. A las 10 horas del parto presenta micción con la misma particularidad ya anotada; ambas micciones las efectuó en bidet

A las 18 horas del parto al orinar la enferma en un basín en posición de cuclillas y sin esfuerzo alguno, nota la salida brusca de una pelota por vagina que cae en la basenilla. No presentó en ningún momento dolor alguno. El sangrado es escaso. La pelota la envuelve en una sábana y la paciente es trasladada en estas condiciones al hospital.

Al parecer el sangrado en el momento del parto y el alumbramiento fue de caracteres normales, presentando la paciente de ese momento hasta su ingreso varias lipotimias.

Antes de iniciar labor de parto también inicia estado gripal con tos moderada que se acompaña de expectoración amarillenta 9 horas antes de su ingreso.

La paciente ingresa al hospital 37 horas después del parto; es una paciente del sexo femenino, de una edad aparente de 40 - 45 años, de constitución fuerte, de tipo mediolíneo, raza mestiza, adaptada al medio, piel pálida, sudorosa, P. A. 80/50; pulso 140 por minuto, temperatura bucal de 37. respiraciones por minuto de 29. Cabeza: conjuntivas pálidas. Abdomen: blando, depresible, no se palpa el útero por el abdomen, pánículo adiposo de aproximadamente 5 centímetros de espesor: ruidos hidro-aéreos de 1 x 3. No hay dolor a la palpación. Se aprecia una inversión total del útero grado cinco con prolapso completo y anillo apretado de contracción cervical. El útero invertido sangra moderadamente y no presenta placenta adherida. Area precordial: taquicardia.

Se coloca sonda de Foley en vejiga y se obtiene 1.000 cc de orina.

EXAMENES DE LABORATORIO

	Ingreso	24 horas.	36 horas	48 horas	72 horas	96 horas	8 días	12 días
Hematocrito	14 cc %	22 cc %	25 cc %	29 cc %	35 cc %	40 cc %	41 cc %	42 cc %
Hemoglobina		7.1 grs. %	9.8 grs. %	8.2 grs. %	10.5 grs. %	12.3 grs. %	13.1 gra. %	12.4 gr. %
CMHC		32%	34%				32%	29.2 %
Leucocitos		21.000/mm ³				8.480/mm ³		11.400/m
Fór. Leucocitaria Basóf.		1						
Eosinófilos						2		
En banda						1		1
Segmentados		86				78		89
Linfocitos		12				17		7
Monocitos		1				2		
SANGRE: Sodio						137 mEq/litro		
K						4.5 mEq/litro		
NaCl						82.1 mEq/litro		
Glicemia						102 mg. %		
Nitrógeno Ureico						22 mg. %		
Creatinina						1.6 mg %		
Proteínas totales						5.4 grs. %		
Albúmina						2.9 grs. %		
Globulinas						2.5 grs. %		
Relación A/G						1.1		
Reserva Alcalina						44.7 Vol. Co ₂ 19.9 mEq/litro		
Orina: Albúmina		neg.	trazas	lig. trazas				lig. trazas
Azúcar		neg.		si hay				no
hialinos y granuloso		escasos	escasos					
Leucocitos		escasos	muchos	pocos				muchos
Densidad								1.024
ph								6.6

Las pruebas funcionales no evidenciaron lesión hepática

T R A T A M I E N T O

	Ingreso	24 horas	36 horas	48 horas	72 horas	96 horas	8 días	12 días
Transfusión sangre total	1.000 cc	1.000 cc	500 cc	500 cc	500 cc	500 cc		
Suero Glucosado 5%	1.500 cc	500 cc	500 cc	500 cc				
Plasma humano 280 grs.					si	si	si	
Sedal		si						
Terramicina i. m. 100 mgs/6 horas	si	si	si	si				
Terramicina oral 250 mgs/6 horas					si	si	si	si
Oxígeno con alever			si	si				
Expectorante benadril			si	si	si	si	si	
Penicilina i. m. 400.000 c/12 horas						si	si	si
3 grs. Cloruro Sodio 2 grs. NaCl diluidos en 500 suero glucosado 5% /500 suero fisiológico por vía oral				si				
Curación útero invertido y prolapsado con agua estéril y jabón	si	si	si	si	si	si	si	si
Amicard cápsulas				si	si	si	si	

EVOLUCION DE LA PACIENTE

A las 24 horas la paciente presenta P. A.: 105/60, pulso 120 por minuto. Temperatura bucal de 37.4; mucosas discretamente hidratadas y conjuntivas pálidas. La orina emitida en las 24 horas es de 2.050 cc.

A las 36 horas P. A.: 100/60, pulso de 100 por minuto, respiraciones por minuto 29, T. Bucal 37.5. Se aprecian finos estertores subcrepitantes en ambas bases pulmonares y masicez en la base derecha. Paciente con tos. La cantidad de orina emitida en las 24 horas es de 1.400 cc.

A las 48 horas P. A.: 100/50, pulso 160 por minuto. T. Bucal 37 orina de 24 horas 2.050 cc.

A las 72 horas P. A.: 100/60, pulso 100. T. Bucal 37.4.

A los cuatro días de su ingreso se preve lesión renal discreta con probable compromiso de la porción distal de túbuli favorecido posiblemente por el descenso tensional ocasionado por la compresión nerviosa y la anemia por pérdida de sangre. Se agrega a todo esto un cuadro bronco-pulmonar activo que complica el estado de la paciente. P. A.: 100/60, pulso 90, T. Bucal 37.9. Por teleradiografía los campos pulmonares se encuentran despejados y la sombra cardio-aórtica es de forma y tamaño normales.

Durante los primeros 10 días la temperatura bucal se ha mantenido de 37 grados centígrados a 37.9, con ascenso máximos en las tardes, después continuó normal.

La paciente en todo momento se mantuvo tranquila y adaptada al medio. A partir del sexto de su internamiento se apreció aumento de la orina emitida en las 24 horas que fue en ascenso a cifras de 1450 - 1600 alcanzando la cifra de 1.700 cc un día antes de la intervención quirúrgica.

La fiebre y el cuadro pulmonar se controló a los 8 días de su ingreso al hospital y las condiciones generales de la paciente el día anterior de la operación son muy satisfactorias.

Todos los días se practicaron curaciones del útero y vagina con agua y jabón estéril para mantener limpios estos órganos, cubriéndolos posteriormente con apósito estéril para evitar contaminación por las materias fecales. Se mantuvo una sonda de Foley permanente en vejiga.

El aspecto general del útero invertido y prolapsado en todo momento fue satisfactorio, apreciándose buena irrigación sanguínea y ausencia de zonas de necrosis.

La intervención quirúrgica se practicó a los 13 días del ingreso de la paciente al hospital, dándosele salida a los 9 días del acto quirúrgico en perfectas condiciones.

CONSIDERACION QUIRURGICA

A continuación se detalla la técnica utilizada en este acto, que es una modificación de Spinelli para realizar una histerectomía vaginal complementaria, es decir, COLPO-HISTEROTOMIA-HISTERECTOMIA VAGINAL.

Preparación del campo operatorio.

PRIMER TIEMPO:

Se colocan dos pinzas de corazón en el labio anterior del cuello (una cerca de la otra). Dichas pinzas nos permiten traccionar hacia abajo el útero invertido. Se coloca una pinza de Allis en la pared vaginal anterior, con objeto de traccionar hacia arriba y poner tensa dicha pared; se practica una incisión transversal de la mucosa vaginal lo más cerca posible del labio anterior del cuello; con estos cuidados no es posible lesionar la vejiga que queda situada bastante alta de nuestra incisión transversal. A continuación se procede a la disección cuidadosa de la vejiga con tijeras romas y con el dedo envuelto en gasa, hasta encontrar el fondo de saco vésico-uterino y cuya apertura en sentido transversal da por finalizado este tiempo.

SEGUNDO TIEMPO:

Corresponde a la sección del anillo de contracción cervical en su labio anterior, en sentido vertical y en corte a tijera; a continuación se colocan los dedos índice y medio a nivel de esta incisión y se procede a seccionar la pared anterior del útero invertido en sentido vertical en todos sus planos, desde la incisión cervical hacia el fondo uterino en la extensión necesaria que nos permita en el siguiente tiempo a la reinversión digital del órgano en mención.

TERCER TIEMPO:

El útero así seccionado es ahora restituido a su forma original mediante presión digital suave de los pulgares hacia arriba y movimientos combinado de tracción de los dedos índice hacia

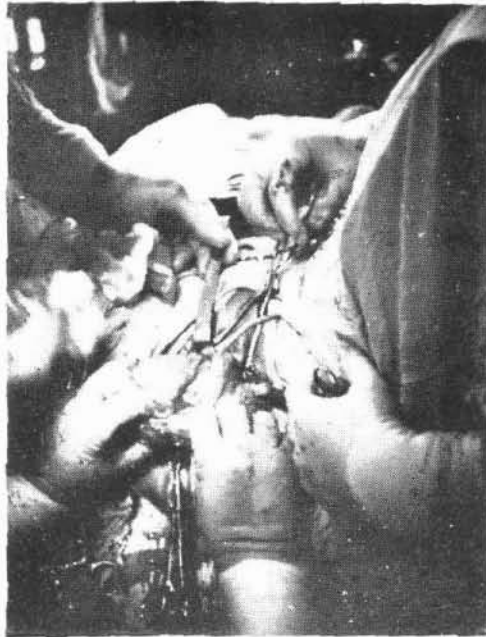
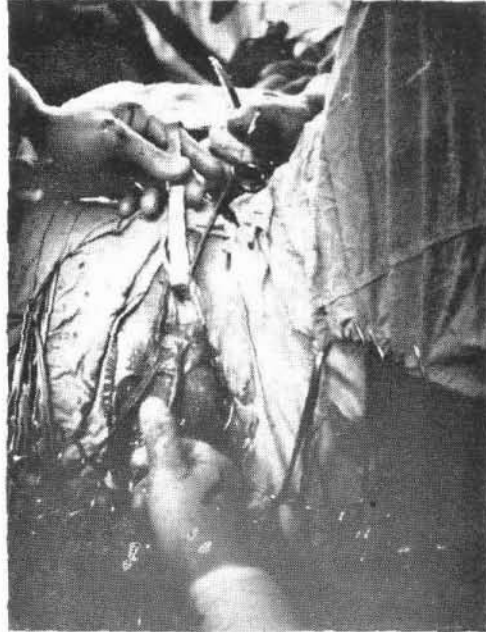


Utero invertido y prolapsado



Toma del anillo de contracción cervical:

Vista colpotomía anterior.



Maniobras de reinversión en útero previamente seccionado.



Vista del útero reinvertido y exteriorizado mostrando la sutura en su cara anterior.

abajo; con estas maniobras el fondo uterino es conducido hacia arriba y el cuello uterino hacia abajo. Se sutura con surgete continuo la incisión cervico-uterina en un solo plano de abajo hacia arriba con objeto de realizar la hemostasia.

Como se puede apreciar hasta este momento se ha practicado la técnica original de Spinelli con la salvedad de suprimir la resección de dos cuñas de pared uterina a cada lado de la incisión del útero.

CUARTO TIEMPO

Tracción del cuello uterino hacia arriba en el sentido de la sínfisis del pubis; se practica una incisión transversal de la mucosa vaginal posterior que se prolonga en ambos lados hasta encontrar la incisión transversal de la pared vaginal anterior, cortando a cada lado del cuello a través de la mucosa vaginal los tejidos adheridos a las partes laterales del mismo.

En la parte media de la incisión se inicia disección cuidadosa con tijeras curvas y con movimiento de abrir y cerrar hacia el fondo de saco posterior hasta lograr su apertura. Se coloca un separador de Zim.

QUINTO TIEMPO:

Empujando la mucosa hacia atrás se exponen los ligamentos útero-sacros; se colocan tres pinzas en las partes laterales que correspondan a los ligamentos útero-sacros, se corta entre la pinza interna y las dos externas, se pasa luego una aguja montada para ligar lo que será nuestro primer muñón. Se repiten lo mismo del otro lado.

Las mismas tres pinzas se colocan de nuevo, esta vez sobre la base del ligamento ancho y los vasos uterinos, se corta, se sutura del modo anterior y en esta forma tenemos nuestro segundo muñón. Se repite lo mismo del lado opuesto.

Se colocan las pinzas en la porción alta del ligamento ancho, incluyendo la porción uterina del tubo, el ligamento suspensorio del ovario y el ligamento redondo; se cortan, se ligan, y en esta forma tenemos el tercer muñón. Se repite la maniobra del lado opuesto hasta remover el útero.

SEXTO TIEMPO:

Sutura de la apertura peritoneal en surgete continuo. Se anuda a continuación en la parte media los hilos correspondientes a los tres muñones que hemos referido anudándolos con su homólogo del lado opuesto.

Se recorta todo el exceso de mucosa vaginal anterior(como en el simple método para el tratamiento del cistocele) y se sutura con puntos separados de arriba abajo, hasta dejar cerrado este corte. Unimos también a continuación con puntos separados los bordes vaginales del fondo vaginal, y esta especie de chupón vaginal se empuja hacia adentro, manteniéndolo en su lugar mediante gasa por 8 horas, tiempo suficiente para formar adherencias.

N O T A :

Desde luego queda a juicio del cirujano, si fuera del caso, practicar una colpoperinorrquia posterior utilizando y suturando en su parte media los elevadores del ano.

La duración del acto quirúrgico fue de una hora y veinte minutos.

ANESTESIA:

La pre-medicación pre-anestésica fue de seconal y morfina-atropina. Se utilizó anestesia general, usándose nesdonal sódico al 5% para inducción y ciclo-propano-oxígeno para el mantenimiento con trazas de éter.

La paciente toleró bien el procedimiento y salió de la sala de operaciones en aparente buen estado.

El complejo cardio-respiratorio no presentó problema durante la anestesia. Los líquidos administrados fueron: 1.000 de sangre total y 1.000 de suero glucosado al 5%.

La duración de la anestesia fue de una hora y treinta y cinco minutos. Pasó a la sala de recuperación en buenas condiciones.

Se mantuvo la paciente en la sala de recuperación por 24 horas y no presentó problema alguno.

COMENTARIO

La extraordinaria rareza de la inversión uterina obstétrica según quedó plenamente demostrado en el primer cuadro de esta comunicación, que en nuestro medio ha correspondido a un caso en 231.318 partos (en los últimos 14 años); la ausencia del accidente en el servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios en los últimos 15 años, de 0 casos en 94.249 partos, ha sido el motivo primordial para reportar este caso.

Lamentablemente por ausencia de los datos estadísticos relativos a los años anteriores, no se puede consignar el hecho, para informar en un sentido más amplio sobre el asunto y determinar más claramente la incidencia en nuestro medio.

En el manejo médico-quirúrgico se tomaron las recomendaciones de Phillips y Hoover para soslayar cualquier condición que contribuyera -a las cifras de alta mortalidad.

En el aspecto netamente quirúrgico tiene la particularidad de haberse utilizado la técnica de Spinelli, modificada para realizar una histerectomía vaginal complementaria, es decir, COLPO-HISTEROTOMIA-HISTERECTOMIA VAGINAL.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1) Se trata del primer caso de Inversión Uterina Acada que se reporta en la literatura nacional.
- 2) La corrección oportuna del cuadro de shock y la preparación pre-operatoria cuidadosa, fue lo que llevó al éxito quirúrgico de esta paciente, conducta seguida después del análisis cuidadoso presentado por otros autores.
- 3) La cifra promedio de 8 casos en 94.249 partos durante los últimos 15 años acusa la rareza del hecho en nuestro servicio de Obstetricia.
- 4) La cifra promedio en el país del caso en 231.318 partos explica el por qué no se ha presentado ninguno en el servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios.
- 5) Por la condición biológica y la edad de la paciente se modificó la técnica de Spinelli resecaando el útero por vía vaginal.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CARL HENRY DAVIS and BAYARD CARTER. Gynecology and Obstetrics, pág. 26.
 - 2) GORDON, O. A., Jr.: Contribution to etology and treatment of puerperal inversion of uterus, Am. J. Obs. and Gynec., 32:339, 1936.
 - 3) DEWHURST, C. J. and DAVIS, D. C. A.: Acute puerperal inversion of the uterus Lancet, 1:1394, 1951.
 - 4) JACOBS, J. B. Acute Puerperal Inversion, Am. J. Sur., 32:130, 1936.
 - 5) DAVIS, G. H. Acute Inversion of the uterus with report of 4 cases, Am. J. Obst. and Gynec., 26:249, 1933.
 - 6) HARLD HENDERSON and RUSSEL. W. ALLES. Puerperal inversion of the uterus. Am. J. Obst. and Gynec., 56:113-142, July, 1948.
 - 7) ARANOW, H.: An unusual case of chonic inversion of the uterus, Am. J. Obst. and Gynec. 37:1041, 1939.
 - 8) FAIRLIE, M.: Two rare case of inversion of uterus, Obst. and Gynec. Brit Em., 43:1152, 1936.
 - 9) BROWNE, S. G.: acute inversion of uterus, Brit. M. J., 2:760. 1936.
-