

ROTACION UTERINA FULGURANTE COMPLETA CON EMBARAZO A TERMINO

HOSPITAL MILITAR CENTRAL — BUCARAMANGA - Diciembre 1971.

Dr. Aurelio Rocha B.**
Dr. Alvaro Pinzón C.***
Dr. Nelson Ordóñez****

Introducción

La presente comunicación tiene por objeto dar a conocer un caso de rotación uterina fulgurante completa, y embarazo a término presentado en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Militar Central. Nos ha motivado hacer esta presentación, el hecho que al revisar la Bibliografía existente con relación al accidente sea excepcionalmente raro; además la importancia que tiene por sus consecuencias y que, el Gineco-obstetra piense en esta entidad ante un cuadro abdominal agudo.

Historia Clínica N° 207354.

Fecha de ingreso: 26-IV-71.

Se trata de una paciente de 29 años de edad, G. 3 P. 2-0-0-2 que ingresa con embarazo de 36 semanas, por altura uterina, en estado de shock y posteriormente hace paro cardíaco en el servicio de urgencias, de donde es remitida a nuestro servicio. Como único antecedente positivo referido por los familiares se encontró el de movimientos bruscos del cuerpo previos al accidente, acompañado de intenso dolor. El examen obstétrico reveló un útero gestante con 28 cm. de altura, hipertónico; nó se evidenciaban partes fetales y la fetocardia era Negativa, además se observó diástasis de los músculos rectos. Al TV: Vagina amplia elástica, cuello largo cerrado retraído sin evidencia de hemorragia.

Se hacen inicialmente los Diagnósticos de Shock Hipovolémico. Paro Cardíaco. Abruption Placentae. Ruptura Uterina y feto muerto. Se procede al manejo habitual en los casos de paro cardíaco (Respiración asistida, masaje cardíaco externo, bicarbonato de N. a I.V. Transfusión de sangre completa, lactato de Ringer y Orciprenalina. La paciente responde inicialmente a la terapia instaurada. Posteriormente y previo el acto quirúrgico, entra de nuevo en paro cardíaco, respondiendo una vez más a la terapia antes enumerada.

Se practica Laparotomía media infraumbilical, se encuentra útero infiltrado por sangre casi en su totalidad, que compromete miometrio y serosa. Se hace cesárea segmentaria extrayéndose feto muerto de sexo femenino de 2.080 gr. y 47 cm. de talla: placenta parcialmente desprendida y hemorragia dentro de la cavidad uterina de aproximadamente 1.500 cc.

Posterior al alumbramiento el útero entra en atonía, no se obtiene respuesta a la aplicación de ocitócicos locales y parenterales, por lo cual se decide practicar Histerectomía total. Al iniciar esta intervención se comprueba ROTACION AXIAL del útero de 180 grados a nivel del segmento. La pared uterina que se encontró en la parte anterior correspondía al borde izquierdo del útero, estaba surcada oblicuamente de arriba abajo y de derecha a izquierda por el ligamento redondo izquierdo; la trompa izquierda

* Trabajo presentado al IX Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología.

** Instructor Obstetricia y Ginecología.

*** Residente II Depto. Obst. y Ginecología
H. M. C.

**** Residente II Depto. de Patología H.M.C.

que no tenía patología se encontraba en la fosa ilíaca derecha; el infundíbulo pélvico izquierdo estirado y apoyado a la pared uterina; el cuerpo uterino rotado en 180 grados sobre el segmento inferior en sentido horario.

Se practica histerectomía total. La paciente fallece 10 horas después de intervenida en Shock irreversible.

Anatomía Patológica:

Descripción Macroscópica del Útero: Se percibe un útero previamente suturado por su cara posterior que mide 27 x 15 x 6 sin anexos. Su pared está engrosada, muy vascularizada y edematosa. El endometrio es de aspecto hemorrágico, de superficie irregular y abundantes coágulos sanguíneos; el cuello se encuentra cubierto de material mucoso y filante.

Descripción Microscópica: Los cortes histológicos muestran hipertrofia del miometrio con zonas de hemorragia, hay restos de estructura desigual; se observan trombosis de vasos sanguíneos. En los cortes de cuello hay edema hacia la superficie de la mucosa.

Descripción Macroscópica de Placenta: Se recibe una placenta circular con membranas parcialmente conservadas. Mide 11 cm. de diámetro y pesa 500 gr.; la cara materna muestra cotiledones aparentes retraídos y cubiertos de coágulos.

Descripción Microscópica de Placenta: Se encuentra una placenta histológicamente constituida por vellosidades pequeñas con notoria atrofia del trofoblasto, estroma poco celular y vasos aparentes. Hay zonas de hemorragia.

Se practicaron coloraciones de P. T. H. para determinar presencia de microtrombos de fibrina en los distintos órganos: **Riñón:** Se observaron trombos escasos en penachos glomerulares y más abundantes a nivel

de túbulos, ocasionalmente en pequeñas arteriolas. **Pulmones:** En pequeños vasos venosos se identificaron trombos de fibrina. Se vio imagen semejante en intestino, hígado y suprarrenales.

Historia de la Entidad:

La entidad fue descrita por primera vez en el campo Veterinario por Columbi en 1.662. En el campo humano la primera reseña se debió a Labbé en 1.876. En el año de 1946, en una reseña de la Literatura mundial Trillat y Magnin recopilaron 33 casos de torsión de úteros grávidos no fibromatosos. Diez años después Nesbitt y Corner llegan a la casuística de 106 casos, que fueron aumentados en 1960 por Michthel y Garret a 117. Posteriormente se han hecho algunas comunicaciones más, que elevan la cifra a 132. La clínica Gineco-Obstétrica de la Academia Médica de Wroolaw (Polonia) sobre un total de 17.846 embarazadas y en el lapso de 1952 a 1963 aumentan la casuística con un caso más. Los doctores Magurno y M. Spiritu de la Universidad de Nápoles cátedra de Gineco-Obstetricia reportan un caso de torsión axial con embarazo a término y útero unicornis, en lapso de 1946 a 1965 "y dicen que en ese ventenio es el único caso reportado sobre 27.622 grávidas hospitalizadas en su servicio".

Hemos revisado lo concerniente a nuevos informes a partir del año de 1965 tanto en la Literatura Mundial como en la Nacional y no encontramos ningún caso informado hasta Abril de 1971, fecha en la cual se presentó el nuestro; en los últimos 7 años es el único presentado sobre un total de 11.518 partos atendidos en el Hospital Militar Central en el lapso de 1964 a Abril de 1971 y que sería el primero.

Fisiopatología: La torsión del útero grávido se verifica especialmente alrededor del istmo o del segmento según la época del embarazo, aunque se pueden presentar casos que roten en su totalidad, casos éstos que no se deben llamar torsión sino rotación. En un tercio de los casos la dirección del movimiento se efectúa en sentido anti-horario, y en los restantes dos tercios en sentido horario, como suele observarse en la torsión fisiológica llegado al término del embarazo, que en un 80% de los casos se manifiesta en una dextrotorsión inferior a los 30 grados. En el 50% la Literatura informa que las torsiones se encuentran entre los 90 y 180 grados; Torsión superior a los 360 grados ha sido descrita en útero fibromatoso por Schweigl con gran necrosis e isquemia del órgano.

El grado de torsión y la duración de la misma condicionarán las consecuencias y las lesiones anatomopatológicas observadas, como Hiperemia por lentitud del reflujo venoso, necrosis isquémica por alteración del círculo arteriovenoso, posibilidades de ruptura, gangrena y peritonitis, desprendimiento de placenta. De otra parte el daño fetal estará en relación directa a la gravedad de dichas lesiones. Llegado el término obsérvese que previo al accidente siempre se ha verificado un esfuerzo inicial. En cuanto a la edad y paridad se presenta con mayor frecuencia en las grandes múltiparas.

Etiología: Con el aumento periódico de la casuística, los factores etiológicos solos o asociados responsables de la torsión o rotación, han ido aumentando. Nos hemos permitido agruparlos en la siguiente forma:

De causa materna:

1. Tumores de la esfera genital in-

terna (Fibromas, quistes ováricos de gran volumen, etc.).

2. Malformaciones congénitas del útero y de los medios de suspensión del mismo (útero doble, útero bicorne) que crean condiciones de asimetría predisponente a la torsión.

3. Falta de tonicidad de la pared uterina y laxitud de los ligamentos redondos.

4. Malformaciones óseas pélvicas.

5. Movimientos bruscos del cuerpo.

De causa fetal:

1. Situaciones anómalas.

2. Malformaciones fetales.

3. Movimientos exagerados del feto.

De causa ovular:

1. Polihidramnios.

2. Placenta previa.

De causa quirúrgica:

1. Ligamentopexias.

2. Adherencias pélvicas post-quirúrgicas.

3. Versiones internas y externas.

4. Revisiones manuales bruscas post-parto.

Otras causas:

1. Infecciones (Enfermedad inflamatoria pélvica).

2. Estado de llenamiento o vacuidad de la vejiga, o del recto.

3. Cicatrices del cuello uterino.

4. Utero grávido istmo blando y alargado.

5. Segmento inferior vacío.

Clínica

1. Dolor variable que puede ser agudo y dramático o sincopal, acompañado de Shock, pudiendo presentarse también en forma intermitente y con exacerbaciones periódicas.

2. Aumento de la sensibilidad de la pared uterina.

3. Hematuria, polaquiuria, dificultad para el cateterismo uretral, tenesmo vesical y retención de orina. (Se presenta cuando la vejiga está interesada por la torsión).

4. Oclusión alta del canal cervical con ascenso o laterodesviación derecha o izquierda del cuello uterino.

5. Palpación del ligamento redondo distendido que cruza oblicuamente al cuerpo uterino.

6. Torsión de un fibroma anteriormente localizado.

7. Ausencia de hemorragia salvo en aquellos casos en los que se ha presentado abruptio.

8. Torsión de la uretra o de recto comprobable durante el sondaje uretral cistoscopia, rectoscopia o exploración digital del recto.

Clasificación

Hemos escogido la clasificación propuesta por Trillat y Nagnin por considerarla más práctica en cuanto a su aplicación clínica. Así tenemos: Forma latente, forma progresiva y a la forma fulgurante.

Forma latente: En este caso la torsión es lenta, de escaso grado, con sintomatología casi nula y cuyo diagnóstico se hace solo en caso de operación cesárea o por cualquier otra intervención. Tiene tendencia a presentarse con mayor frecuencia en el primer trimestre del embarazo.

Forma progresiva: Más frecuente en el último trimestre del embarazo, especialmente llegado al término y se caracteriza por dolor abdominal persistente, marcada sensibilidad y torsión del útero, el cual no presenta verdaderas contracciones. En estos casos generalmente se hace el diagnóstico de desprendimiento de placenta, procediéndose habitualmente a practicar la amniotomía y se encuentra que la dilatación no progresa, la presentación persiste alta, motivos por los cuales se interviene y se descubre la torsión.

Forma fulgurante: El cuadro es típico de un abdomen agudo de evolución rápida que se asemeja al que se presenta en cualquier torsión aguda de un órgano; se instaura un estado de Shock, la mayoría de las veces irreversible con escasa hemorragia uterina; la muerte del feto es casi siempre la regla y muy frecuentemente la muerte materna antes de que se pueda intervenir. En estos casos lo importante es intervenir sin dilaciones antes de que el Shock se haga irreversible siendo ésta la conducta terapéutica y la única aceptable.

En esta forma la mortalidad materna hasta el año de 1911 ha sido del 25%, alrededor de 1950 las estadísticas muestran que se ha reducido hasta un 7%. Es natural que este descenso se debe al perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, los progresos de la anestesia y la quimioterapia. La muerte materna no se presenta en la primera época del embarazo no reportándose hasta el momento ninguna muerte en los primeros 5 meses.

Comentario

A diferencia de los demás autores que han podido justificar un diagnóstico

tico pre-operatorio, sino preciso, o sospechado, en nuestro caso la situación se hizo mucho más difícil, puesto que las causas más frecuentes ya anotadas, sólo en forma retrospectiva hubiese sido posible hacer un diagnóstico previo, basados en la diástasis de los rectos que presentaba la paciente, el antecedente claro de movimiento brusco y el estado de Shock intempestivo en que entró la enferma, hace adquirir a nuestro caso una mayor importancia teniendo en cuenta aún más la falta de patología en los órganos pélvicos.

Algunos autores consideran, ya en el plan quirúrgico, que es buena norma destorcer el útero para proceder a la histerotomía cuando está indicada. Nosotros creemos que este procedimiento no es el adecuado puesto que, en cualquier torsión de órgano se reportan muertes de pacientes, por embolia o por Shock; nuestro caso, nos reveló que la intervención se puede efectuar sin destorcer el órgano y sin mayores dificultades, de otra parte sí creemos que puede ser una medida aceptable destorcer el órgano pero una vez ya ligados los pedículos uterinos. También recomendamos practicar siempre la histerec-tomía total. En el caso presentado, como el diagnóstico se hizo posterior a la cesárea tampoco encontramos ningún inconveniente practicar la histerotomía sobre la cara posterior del útero y aún creemos que debe hacerse la cesárea corporal, máxime cuando hay posibilidades de salvar al feto.

Nos ha llamado la atención la gran hipotonía y la flacidez del útero post-cesárea aún más cuando el desprendimiento placentario era pequeño, y la mayoría de los autores no se han encontrado con este problema. Hemos pensado que esta hipotonía y flaci-

dez fueron debidas a la administración de orciprenalina para el estado de paro cardíaco en la dosis de 60 mg. diluido en dextrosa al 5% (12 amp.). Como es sabido la paciente llegó en paro cardíaco por asistolía; se administró la orciprenalina como tratamiento de emergencia, y si bien se obtuvo mejoría de la frecuencia y débito cardíaco, se presentó hemorragia; lo cual nos hace pensar sobre el cuidado y las medidas que se deberían tomar cuando de intervenciones obstétricas se trate, y que las pacientes hayan recibido orciprenalina previa a la cirugía.

Finalmente queremos hacer un último comentario en cuanto se refiere a muerte fetal y daños de isquemia y necrosis del útero con relación a lo que llamamos torsión y rotación.

Ya hemos mencionado que en las rotaciones la muerte fetal es la regla y los daños del órgano irreversibles, sucesos éstos que son mucho menos frecuentes en los casos de torsión, el por qué de ello? Se debe básicamente a que la circulación no se encuentra totalmente obstruída y se hace además una irrigación de compensación a través de las anastomosis de los siguientes vasos:

Las arterias hemorroidales superiores se anastomosan con las arterias hemorroidales media e inferior.

Las ramas pubianas de la arteria obsturatriz con las arterias epigástricas inferiores.

Las arterias glúteas superiores con la arteria sacra lateral. Las arterias iliolumbares con las arterias lumbares ramas de la aorta. Las sacras laterales con la sacra media. Factores éstos que permiten una aceptable

irrigación y oxigenación del órgano y su contenido.

Resumen

Se presenta un caso de rotación uterina fulgurante completa y embarazo a término.

Se hace la revisión de la Literatura, Fisiopatología, Etiología, clínica y finalmente comentarios respecto al accidente.

Summary

A case of fulgurant full uterine rotation and at term pregnancy is presented.

A review is made of the literature, physio-pathology, ethiology, clinical data and finally of the comments of the case.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Adm. G. S. Axial Torsion of the uterus. Brit. Med. J. 4141, 808. 1940.
- 2 BARZIN P. A propos de la torsión d'uterus gravide. Bruxelles Med. 40, 489. 1960.
- 3 BERIC B. NILJKOVIC A. KOLBAS E. LUKIC V. Contribution to the study of the problem of uteritersion in pregnancy (da Excerpta Medica) Srpski. Arch. Celok. Lek, 89, 379, 1961.
- 4 CARTER T. D. A further case of torsion of the pregnant uterus. C. Ent. Afr. J. Med. 7, 258, 1961.
- 5 COLOMBETTI G. Su un caso di torsione assiale dell' utero gravido. Min. Gin. 16, 780, 1964.
- 6 DIAZ CASTILLO C. Torsión del útero grávido. Rev. Españ. Obst. Gin. 62, 67, 1952.
- 7 G. MAGURNO N. SPIRITU. A proposito di un caso di torcione assiale di utero unicorné gravido a termine. Minerva Ginec. 18: 1143, 31 Oct. 1966.
- 8 NESBITT R. E. L. Jr. CORNER, G. W. Jr. Torsion of human pregnant uterus. Obst. Ginec. Surv. 11, 311, 1956.
- 9 NOWOSIESCKY P. F., GENDERSON H. Axial torsion of the pregnant uterus. Am. J. Obst. Ginec. 80, 272. 1960.
- 10 RAGINA R. CENEJA M. Torsione di utero gravido all' VIII mese in un caso di duplicata uterina. Min. Gin. 16, 234, 1964.
- 11 TRILLAT F. MAGNIN. La torsion de l'uterus gravide fibromateux. Gynec. Obst. 45, 170, 1946.
- 12 VISCHI F. Torsione dell'utero al II mese di gravida. Min. Gin. 14, 609, 1962.