

# INVERSION UTERINA OBSTETRICA

Alberto Zabaleta L.\*

Carmen Pérez de Redondo\*\*

## Introducción

A medida que se perfecciona la técnica obstétrica, la inversión uterina tiende a ser menos frecuente. En nuestro medio la incidencia ha sido pobre: uno que otro caso esporádico, casi siempre en zonas rurales.

Sin embargo nos sorprendió la sucesión a corto plazo de 4 casos entre Diciembre/73 y Mayo del presente año. Ello obliga su publicación, tendiente a mantener, un tanto al día, la casuística nacional sobre este tópico.

Quince artículos desde 1888 con Francisco A. Arango, hasta 1966 con Rubén D. Guzmán y Eduardo Acosta Bendeck han enriquecido la bibliografía colombiana (9).

## Clasificación

Hay unificación de conceptos cuando la inversión uterina se clasifica como aguda y crónica. La disparidad es evidente al tratar de definir cada etapa en particular. En términos generales, éstas han sido consideradas relacionándolas con el tiempo transcurrido desde su iniciación.

Para algunos (4), el aspecto agudo alcanza hasta el primer mes de producida; haciéndose crónica cuando ha sobrepasado este lapso. Kellog (7) considera agudo, el intervalo transcurrido hasta la formación del anillo de

contricción cervical —30 minutos— cuando para entonces se hace del todo difícil la reposición manual. Subaguda, durante las primeras horas o días; y crónica, a partir de la tercera o cuarta semanas.

El aspecto agudo tiene más que ver con la rapidez de aparición e intensidad de los síntomas y su repercusión en el estado general. En la fase inicial de la inversión uterina, este primer estadio se manifiesta por hemorragia, dolor y shock.

Superada esta eventualidad, la persistencia de la inversión parcial o total, dá comienzo a la fase crónica.

La inversión uterina comporta una modificación de la forma y/o cambio de lugar de la matriz. Lo primero hace que su fondo convexo se torne cóncavo - inversión parcial. Lo segundo, inversión total el cuerpo evertido pasa a situarse en la cavidad vaginal o por fuera de la misma. Puede así atrapar en su interior trompas y ovarios y en ocasiones asas intestinales.

## Etiología

Existe una causa predisponente, sin la cual la inversión difícilmente puede producirse: la atonía uterina des-

\* Profesor Titular de Obst. Ginec. Univ. de Cartagena.

\*\* R3 Obst. Ginec. Univ. de Cartagena.

pués de evacuado el feto (10). Como factores determinantes figuran maniobras precipitadas, y tracciones sobre el cordón para provocar el alumbramiento. Otras, menos frecuentes, lo serían el acretismo placentario, el parto de duración breve, la maniobra de Kristeller, brevedad del cordón y la hipodinamia del trabajo de parto.

### Frecuencia

Sus cifras son contradictorias y extremadamente variables según la calidad de la asistencia obstétrica.

Algunos autores la sitúan entre 1 x 4.000 a 1 x 400.000 partos (8). La dispar ocurrencia de nuestros casos no facilita relacionarlos con los partos habidos hasta el presente en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo.

Como es de esperarse, su incidencia es mayor en las regiones rurales, donde los partos son atendidos, en su mayor parte por empíricas.

### Reseña Bibliográfica Nacional

Por considerarlo de algún interés, reseñamos la literatura médica colombiana sobre Inversión Uterina, acotada en orden cronológico de aparición (3, 5) hasta 1969.

- 1888 ARANGO, FRANCISCO A.: "Inversión del cuerpo y parte del cuello del útero. Reducción después de 166 días de producido". Medellín.
- 1894 MALDONADO, JOSE V. "Ablación total de la matriz invertida". Medellín.
- 1903 RAMIRO U. FELIPE. "Tratamiento quirúrgico del prolapso genital invertido". Tesis de grado. Bogotá.
- 1910 ZULUAGA G. BAUDILIO. "Inversión uterina post-parto". Medellín.
- 1911 CASTRO ALFONSO. "Inversión uterina". Medellín.
- 1913 CASTRO ANTONIO J. "Inversión uterina y su tratamiento". Bogotá. Tesis de grado.

- 1925 CARDONA C. PEDRO NEL. "Inversión uterina". Medellín.
- 1930 FRANCO PAREJA, NAPOLEON. "Dos casos de inversión del útero". Bogotá.
- 1936 GIL GIL JUVENAL. "Inversión uterina aguda por fibroma". Barranquilla.
- 1954 ACOSTA V. JOSE DEL C. "Un caso de inversión uterina". Bogotá.
- 1954 BECHARA Z. RICARDO. "Tratamiento quirúrgico por vía abdominal de la inversión crónica de la matriz". Bogotá.
- 1955 PACHON O. AGUSTIN. "Inversión uterina aguda. Reporte de un caso". Bogotá.
- 1959 ORTIZ SUAREZ E. NIÑO A. "Un caso de duplicidad, rotura e inversión uterina en una paciente de 30 años". San Gil.
- 1966 ACOSTA B. EDUARDO. "Inversión uterina. Conducta terapéutica". Barranquilla.
- 1966 GUZMAN A. RUBEN. "Inversión uterina de causa obstétrica, en el Instituto Materno Infantil Concepción Villaveces de Acosta". Bogotá.

### Material

Los casos motivos de este trabajo fueron atendidos, en el Hospital Naval de Cartagena y 4 en la Clínica Calvo. Son 5 historias, una de 1966 y curiosamente, las 4 últimas correspondientes a los meses de Diciembre de 1973 a Mayo de 1974. En el siguiente cuadro destacamos algunas características generales:

Esta casuística está constituida por mujeres jóvenes, una de ellas, adolescente, 18 años; y todas de baja paridad. A este respecto, la primiparidad ha sido señalada como factor predisponente, dándosele cifras hasta del 58.9% (2). Sin embargo, entre nosotros, contabilizando 7 casos atendidos por Bechara (1) 4 relatados por Guzmán Alandete (6), 1 por Pachón Ortiz (8) y los 5 nuestros para un total de 17, solo 4 han ocurrido en primíparas para un 23.5%.

**CUADRO Nº 1**

**INVERSION UTERINA — 5 CASOS**

Año	Caso	Historia	Procedencia		Edad	G	P	A
			Urbana	Rural				
1966	1º	9050	x	—	21	3	2	1
1973	2º	14879	x		25	2	2	0
1974	3º	68417		x	27	3	3	0
1074	4º	76509		x	27	3	3	0
1974	5º	80175		x	18	1	1	0

Como podemos ver en el cuadro Nº 1, en este trabajo solo un caso ocurrió en primigestante (20%).

En los casos aquí comentados, dos tuvieron lugar en medio hospitalario y los 3 restantes fueron enviados de

zonas rurales. Como se observa en el Cuadro Nº 2, el alumbramiento fue provocado mediante maniobras; en particular, tracciones del cordón umbilical, causa eficiente en la gran mayoría de las inversiones uterinas obstétricas.

**CUADRO Nº 2**

**INVERSION UTERINA — 5 CASOS  
ALUMBRAMIENTO — MANIOBRAS**

Caso	Tracción cordón	Extr. manual	Otras	Empírica	Agentes Md	P. Enf.
1º	x		x			x
2º	x	x	x		x	
3º	x	x		x		
4º	x			x		
5º	x			x		

El médico tratante, en un caso hospitalario, fue el agente activo. Previa expresión del fondo uterino y tracciones del cordón, decidió practicar extracción manual de la placenta, diagnosticando una inversión parcial. Cuatro días más tarde, esta se hacía completa con retención urinaria y frecuentes esfuerzos para la micción. El otro caso lo protagonizó personal de enfermería mediante la tracción del cordón que dio lugar a una inversión total.

El shock es evidente en el relato de estos casos durante la fase aguda del accidente (Cuadro Nº 3) teniendo co-

mo signo sobresaliente la hemorragia. La fase crónica se acompaña de metrorragia o loquios malolientes, dolores en hipogastrio y región lumbo sacra, sensación de peso en los genitales y dificultad para la micción y regularmente fiebre. El esfuerzo para defecar o la micción, determinó en algunos casos el prolapso de la matriz o bien completó la eversión parcial.

**Sintomatología - Diagnóstico**

En la fase inicial de la inversión, llama la atención en primer lugar, la hemorragia. La pérdida sanguínea vaginal es más o menos abundante y cons-

## CUADRO N° 3

INVERSION UTERINA — 5 CASOS  
SIGNOS VITALES

Caso	T.A.	Pulso	Hemorragia	Shock	Observaciones
1º	40/0	160	Profusa	Sí	Inversión completa
2º	50/0	110	"	Sí	Inversión completa
3º	60/40	—	"	Sí	Inversión completa
4º	—	—	"	Sí	Parcial inicial
5º	—	PRESHOCK			Parcial inicial
					completa al 4º día
					completa al 8º día

tante. El estado general rápidamente desmejorado en una paciente, hasta hace poco en buenas condiciones, el dolor, la hipotensión, taquicardia, lipotimia o el shock, inmediatamente después del alumbramiento, impone la revisión manual intrauterina en busca del diagnóstico; este suele ser evidente a la simple inspección de los genitales.

El antecedente de alumbramiento provocado mediante la expresión del fondo uterino y tracciones del cordón o retirada manual de la placenta, debe ponernos sobre aviso.

El hallazgo de una masa blanda, rojiza y sangrante que ocupa la cavidad vaginal o que obstruye el canal cervical, la ausencia del globo uterino o su contorno hundido de forma cóncava en la región hipogástrica, hacen el diagnóstico de inversión uterina.

En la fase crónica, el cuerpo de la matriz invaginado en la cavidad uterina o protruyendo por el canal cervical puede simular un mioma pediculado. Los antecedentes del último parto, más o menos reciente y el tacto combinado al no encontrar el cuerpo uterino en la pelvis, aclaran las dudas.

### Profilaxis

Para prevenir este grave acontecer en la práctica obstétrica, es necesario

evitar los tironeamientos intempestivos del cordón y la expresión en el sentido del canal pélvico, del fondo uterino para acelerar el alumbramiento. Cuando ello fuere necesario, es menester hacerlo de forma grave y sostenida. Concomitantemente, la mano abdominal contiene el bolo uterino presionando en dirección al sacro, algo por encima del pubis.

Durante el alumbramiento manual, la placenta no debe usarse para ejercer fuerza alguna en busca de su desprendimiento. Este ha de ser completo antes de asirla para la extracción.

### Tratamiento

En la inversión aguda, en primer lugar, se impone el mejoramiento de las condiciones generales de la paciente. Los líquidos endovenosos y la transfusión sanguínea son medidas a tomar urgentemente. En el caso de útero invertido, acompañado de prolapso, debe intentarse su reposición manual con anestesia general.

Para tal efecto, se aloja el fondo uterino en la concavidad de la mano, llevándolo previamente a la cavidad vaginal, si se encuentra por fuera. luego, maniobrando con el dedo pulgar, se trata de pasar a través del rodete cervical, la porción de pared uterina más próxima al mismo. De esta

forma, si no se ha constituido el anillo de constricción, poco a poco se consigue llevar el útero a la cavidad pélvica. Conseguido este objetivo, se puede rellenar la cavidad vaginal con compresa; sonda vesical a permanencia y activación de la tonicidad uterina mediante ocitócicos.

Se aconseja no desprender la placenta, caso de estar adherida, antes de llevar a cabo la reposición. En nuestro primer caso así tratado, esta fue desprendida sin agravar el problema. Por lo demás, su presencia haría más difícil el procedimiento.

Si el intento de reposición manual falla y las condiciones de gravedad lo exigen, se debe recurrir a la vía abdominal con las medidas complementarias requeridas.

Cuando la inversión es crónica, se procede a mejorar, igualmente, las condiciones generales, además de combatir o prever la infección. Posteriormente, se impone el tratamiento quirúrgico siguiendo la vía vaginal: operación de Spinelli, técnica de Kustner o la histerectomía, si fuere necesario; o bien, la vía abdominal: técnicas de Houltain o de Huntington.

En nuestros 3 últimos casos —inversiones crónicas— utilizamos la laparotomía. Sobre el borde anterior del rodete cervical, incisión transversa para desprende del peritoneo vesicouterino. En la línea media, sección del anillo, que se continúa a lo largo de la pared anterior uterina. Reinvertido el útero, sutura de los diferentes planos.

Los actos quirúrgicos fueron bien tolerados, tanto en la reposición manual como quirúrgico, no hubo mortalidad.

### Resumen de Historias

**CASO Nº 1 — Septiembre 1966.**

Paciente de 21 años. G3 P1 A1. Desnutrida.

Primer embarazo, aborto de 2 meses. Segundo embarazo, parto a término, 1 año antes.

Parto actual, rápido. Feto de 3.600 gramos, apgar 10/10. Mediante tracción del cordón y expresión del fondo uterino, la auxiliar de enfermería provoca la inversión total del útero. Hemorragia profusa, shock. Placenta adherida a fondo y cara anterior uterinos. De inmediato desprendimiento de la placenta e intento fallido de corrección sin anestesia. Se transfunde 1.000 cc. de sangre y 500 cc. de Graplasmoid. Una hora después del alumbramiento, bajo anestesia con éter, se logra la reposición manual. Cuatro días más tarde abandona la Clínica en buenas condiciones generales. Utero en su sitio normal.

### CASO Nº 2 — Diciembre 1973.

Paciente de 25 años. Buenas condiciones generales. Hemograma de Noviembre 1973: Hemoglobina 12.5 grm. Hematocrito 41%. Parto actual: feto de 4.150 grms. Apgar 10/10. A los 45 minutos, expresión del fondo uterino y tracción del cordón por el médico de turno. Finalmente, extracción manual por el obstetra quien diagnostica una inversión parcial. Hemorragia y shock. Sangre y líquidos venoclis. Durante el puerperio, retención de orina y sondajes vesicales. Al 4º día inversión total con prolapso por esfuerzo para la micción. Hemoglobina 5 grms. Hematocrito 19%. Cuatro horas después, reducción manual. Anestesia con Ketalar. Taponamiento vaginal. Sangre, dextrosa pitocinada en venoclis, sonda vesical a permanencia, antibióticos. A los 4 días, sale del hospital en buenas condiciones. Control en Abril de 1974: Normal.

### CASO Nº 3 — Febrero 1974.

27 años. G3 P3. Procedente de zona rural. Cuatro días antes, parto vaginal atendido por empírica. Alumbramiento mediante tironeamientos del cordón y "extracción manual".

Hemorragia y shock. Loquios fétidos, escalofríos, fiebre. Al ingreso: mal estado general: 3.5 grms. de hemoglobina, 37.5º de temperatura. Vagina ocupada hasta su 1/3 inferior por el útero invertido que presenta algunas áreas de esfácelo. A la palpación, anillo de constricción y cavidad pélvica, vacía. Tratamiento con sangre, antibiótico y antianémicos. Once días después de su ingreso, cirugía correctora abdominal, y esterilización. Al cuarto día de postoperatorio, de alta por mejoría.

### CASO Nº 4 — Mayo 1974.

27 años. G3. P3. Procedente de

Los accidentes sobre el cordón, y desprendimiento placental, tracciones a extracción manual, durante la inversión parcial, pasaje a la fase de la inversión, shock. Se revisa por la revista de la Academia Nacional sobre

38 días después de parto vaginal con feto vivo, atendido por empírica. Alumbramiento mediante tracciones del cordón; seguido de hemorragia profusa y shock. Puerperio con dolores en hipogastrio y región lumbosacra. Al 8º y 23º días, prolapso del útero invertido, al defecar. Atendida en hospital rural, la primera vez, e introducción por la misma paciente, en la segunda ocasión. Regular estado muscular nutricional, temp. 37º. Hemoglobina 9.4 grms. Sangre vaginal escasa. Excavación pélvica vacía. Útero invertido, piriforme. Llena la cavidad vaginal hasta su 1/3 medio. Al fondo se palpa rodete anular de constricción. A los 58 días del parto, se corrige quirúrgicamente por vía abdominal. Se esteriliza. De alta a los 8 días. Control en Junio 28/74. Buen estado general, útero normal en anteflexión. Cérvix no permeable para dilatador de Hegar 6.

**CASO Nº 5 — Mayo 1974.**

18 años. G1. P1. Procedente de zona rural, cuatro días después de parto vaginal a término atendida por empírica. Alumbramiento provocado mediante tracción del cordón. Inversión total del útero con prolapso. Introducción a cavidad vaginal. Hemorragia profusa. Puerperio con escalofrío, fiebre. Al cuarto día, nuevo prolapso al defecar. Mal estado general, deshidratada. 39.5º de temp. 6.2 gramos de hemoglobina. Útero invertido con prolapso total, doloroso, con zonas de necrosis. Flujo maloliente, achocolatado. Sonda vesical, transfusiones, líquidos en venoclisis, antibiótico. Al 3º día de ingreso con anestesia Ketalar se reintroduce el útero a vagina. Dos puntos de contención en el introito vulvar, catéter vaginal para irrigación. Una semana después, se retiran los puntos. A los 21 días de parto, corrección por vía abdominal. De alta a los 8 días de post-operatorio. Bien.

**CUADRO Nº 4**

**INVERSION UTERINA — 5 CASOS  
TRATAMIENTO**

Caso	Reposición manual	Colpohisterotomía anterior	Resultados	
			Buenos	Malos
1º	x		x	
2º	x		x	
3º		x	x	
4º		x	x	
5º		x	x	

**Resumen**

Se revisan y comentan las historias de cinco casos de inversión uterina de causa obstétrica, cuatro de ellas ocurridas entre Diciembre 1973 a Marzo 1974. Los casos tuvieron lugar en zona rural, atendida por empírica en hospitalario.

En varios cuadros ponemos de presente algunas características generales de estas pacientes. Señalamos la paridad, destacando el hecho que solamente 1 caso sucedió en primigestante (20%). Teniendo en cuenta otros trabajos colombianos, el total para las primiparidad es de solo 23,5%. Lo anterior contrasta con algunos trabajos extranjeros que dan para este parámetro un 58,9%.

Nuestra casuística está constituida, por mujeres jóvenes de baja paridad. En dos casos el tratamiento fue la reposición manual por vía vaginal; y los tres restantes, mediante cirugía abdominal. Todos evolucionaron satisfactoriamente.

Atendidos a  
a  
en  
de-  
sin-  
a es-  
ragia,  
liogra-  
tema.

### Conclusiones

1º La inversión uterina sigue siendo un accidente obstétrico de rara ocurrencia, pero de graves consecuencias maternas.

2º Con la terapia actual, de líquidos endovenosos, transfusión y antibióticos, la mortalidad ha sido notablemente reducida.

3º El correcto tratamiento del tercer período del parto constituye la mejor profilaxis. En consecuencia, se debe proscribir maniobras agresivas sobre el cordón umbilical o directamente al cuerpo uterino para acelerar el alumbramiento.

4º Tomando las medidas del caso y bajo anestesia general, la reposición manual inmediata, antes de la formación del anillo de contricción, resulta oportuna y eficaz.

5º La colpohisterotomía anterior es un procedimiento quirúrgico que en manos del especialista dá resultados excelentes.

### BIBLIOGRAFIA

1 BECHARA Z. R. Tratamiento quirúrgico por vía abdominal de la inversión crónica de la

matriz. Rev. Col. Obst. Ginec. Vol. V Nº 5 1954. Memorias de la 1a. Convención Nal. de Obst. Ginec.

2 BELL y WILSON. Puerperal Inversion of the Uterus. Am. J. Obst. and Gynec. Vol. 66 Nº 4. Pág. 767-777, Oct. 1953.

3 CESPEDES J. BEATRIZ, RESTREPO M. AMPARO y cols. Índice de la Literatura Médica Colombiana. 1890 a 1900. Coedición Ascofame. Edición Tercer Mundo. Bogotá, 1965.

4 CURTIS ARTHUS H. "Text book of Gynecology". 5a. edición. Pág. 657-661, 1947.

5 FLOREN L. MARTINEZ. Índice Médico Colombiano 1961 a 1965. Ascofame. Editorial Bedout 1966.

6 GUZMAN R. Inversión uterina de causa obstétrica en el Instituto Materno Infantil Concepción Villaveces de Acosta. Rev. Col. Obst. Ginec. Vol. XVII 125, 1966.

7 KELLOG. "The Management of Obstetric Difficulties". Tercera edición. Págs. 571-574, 1945.

8 PACHON ORTIZ J. A. Inversión uterina aguda. Reporte de un caso. Rev. Col. Obst. Ginec. Vol. VI Nº 5 253, 1955.

9 SANCHEZ TORRES, F. Índice Bibliográfico Colombiano. 1888 a 1969. Rev. Col. Obst. Ginec. Vol. XXXIII Uº 3 1972.

10 SCHWARTZ, RICARDO. Texto de Obstetricia. Tercera edición. 1970. Pág. 695.