TORSION DE UTERO GESTANTE (*)

Doctor J. Agustín Pachón Ortiz (**)

La torsión del útero es una ocurrencia rara en el humano. Se le ve más frecuentemente en los animales con útero bicorne durante la preñez avanzada o el trabajo de parto. Es un accidente frecuente en la vaca, algo menos en la oveja y la cabra y rara, aun cuando existe, en el caballo, perro y cerdo.

Es por su rareza en la mujer que poco o nada se encuentra sobre este tópico en los tratados de obstetricia. La mayor parte de lo descrito hace referencia a la torsión uterina que podríamos llamar ginecológica, es decir, a la torsión de úteros no grávidos y siempre en asociación con entidades como miomas uterinos y algunos tumores ováricos (1,2).

La torsión del útero gestante fue descrita por primera vez por Labbé en 1876. De entonces para acá hasta 1956 han sido colectados de la literatura mundial 106 casos más, según revisión hecha por Robert E. Nesbitt Jr. y George W. Corner Jr. (5) del Departamento de Obstetricia del Johns Hopkins University and Hospital, con motivo de la presentación de un caso personal de los autores. Es éste el único estudio más o menos extenso que sobre el tema hemos encontrado en la bibliografía consultada. El caso que más adelante presentaremos vendría, pues, a constituir el 108 casos de la literatura mundial en 80 años. No hemos encontrado ninguna referencia escrita en la literatura nacional.

Etiología

La torsión uterina es la exageración patológica de la dextro-rotación, más frecuente (80%) o de la sinistrorotación, escasa (20%) que tiene anatómicamente el útero no grávido y con mayor razón el útero gestante.

“En circunstancias normales el útero grávido o no, adopta una ligera torsión con el fondo hacia la derecha, claro más acentuada en el grávido. Frecuentemente en el embarazo avanzado los tres cuartos del útero corresponden a la mitad derecha del abdomen y el resto a la izquierda”—Döderlein (3).

(*) Trabajo presentado por el autor al III Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología. Ibagué, 1957.

(**) Obstetra de la Clínica Primero de Mayo, Bogotá.

"Los ligeros desplazamientos del útero son relativamente frecuentes pero no suelen tener influencia alguna en la marcha del embarazo y no dan lugar a síntoma alguno"—Dexeus-Font (4).

Hay, pues, una causa predisponente anatómica, es decir, cierto grado de rotación del útero grávido sobre su eje longitudinal que acerca el borde izquierdo del órgano a la pared anterior del abdomen y a la línea media, y desplaza el derecho en sentido opuesto. Esta anomalía de posición en que el útero gira a lo sumo 90 grados es lo que se denomina "rotación axial" de frecuente observación durante la práctica de la operación cesárea. Rotaciones mayores son muy raras y vienen a ser francamente patológicas.

A este factor predisponente anatómico hay que agregar factores patológicos útero-ováricos y pélvicos que van a producir una asimetría uterina por acción directa o indirecta. A estos factores se les reconoce íntima relación en la producción de las torsiones, ya de tipo ginecológico u obstétrico. Como antes se dijo se incrimina especialmente a los miomas uterinos y a los tumores ováricos, pero es necesario agregar algunas deformidades congénitas o adquiridas: útero bicorne o unicorne, útero doble, ausencia de ligamentos redondo y ancho de un lado, adherencias inflamatorias o post-operatorias, etc. Para dar una idea de esa íntima relación entre patología útero-ovárica y pélvica y la producción de la torsión se han postulado tres aforismos:

"No tumor, no torsión".

"No anomalía uterina, no torsión".

"No patología pélvica, torsión improbable".

De la revisión de los 107 casos de la literatura mundial, se tuvieron los siguientes factores predisponentes principales:

Utero miomatoso	34	(31,8%)
Anomalías uterinas (útero doble, útero bicorne o unicorne, ausencia del ligamento redondo y ancho)	16	(14,9%)
Quiste ovárico	7	(6,5%)
Suspensión uterina	5	(4,6%)
Adherencias pélvicas	9	(8,4%)
Embarazo intersticial	2	(1,9%)
Presentación anómala o anomalía fetal	5	(4,6%)
Anomalía de pelvis o de columna	3	(2,8%)
Placenta previa	2	(1,9%)
Ninguna causa aparente	22	(22,6%)

En cuanto a este tipo de casos sin patología pélvica, Robinson y Duval (citados por Nesbitt y Corner) (5) creen que si bien el útero era anormal en cuanto a tumor se refiere podrían tener otra menos obvia anormalidad.

Si lo anterior es cierto lo es también el hecho de que existiendo, como existen, con relativa frecuencia estos factores predisponentes en las embarazadas, la torsión patológica es bastante exótica. De aquí que haya que aceptar la existencia de otros factores que produzcan la torsión aun con úteros normales y en los que el único factor predisponente sea la rotación axial. Tales factores han sido denominados "factores activantes", que pueden ser: ciertas posturas y posiciones corporales; movimientos bruscos e irregulares; contracciones irregulares de los músculos abdominales; variaciones funcionales en tamaño, posición y movilidad de la vejiga y el recto variaciones en la inserción placentaria; movimientos fetales y hasta las mismas contracciones uterinas.

La edad de las pacientes, la paridad y la edad del embarazo no tienen, por lo que parece, ninguna importancia etiológica definida en la producción del útero gestante.

La dirección de la torsión patológica sigue, en la mayor parte de los casos, la de la rotación axial, es decir, de izquierda a derecha. Hay casos, sin embargo, en que se hace en sentido contrario como lo demuestra el análisis de los 107 casos revisados: de izquierda a derecha, 65 (60,7%); de derecha a izquierda, 34 (31,8%); sin dato, 8 (7,5%).

En cuanto al mecanismo de producción éste puede ocurrir de dos maneras cuando de tumores se trata: en el caso de miomas, la torsión se propaga directamente al útero, es decir, que comienza sobre el eje mismo del órgano; en tratándose de tumores ováricos la torsión se inicia en el pedículo de éstos y cuando su capacidad de torsión se agota, lleva por tracción a la rotación del eje del cuerpo uterino. La torsión en casos de malformaciones uterinas como las anteriormente citadas, debe hacerse por el mismo mecanismo de los miomas.

Schultze, citado por Döderlein (3), en 15 casos de miomas uterinos solo encontró torsión del útero, nunca del pedículo; en cambio en 17 casos de tumores ováricos, en 9 además de torsión del pedículo, había torsión del útero.

La torsión solo en parte puede ser seguida por el cuello, el cual se encuentra más sólidamente fijado a los tejidos de modo que se forma una espiral. El útero gira realmente sobre el cuello a nivel del segmento inferior.

SINTOMATOLOGIA CLINICA Y DIAGNOSTICO

La mayoría de los casos de torsión de útero grávido o nó, han sido hallazgos de laparatomía o, como en nuestro caso, hallazgos **post-mortem**.

Excepcionalmente el diagnóstico es hecho previamente, dada la rareza de tal complicación. En general se puede decir que se llega a la mesa operatoria o a la necropsia, con uno de los diagnósticos siguientes: embarazo ectópico roto, embarazo intersticial, torsión de tumor pediculado ovárico, degeneración de mioma, ruptura uterina, ruptura de várice, de ligamento ancho, ruptura de aneurisma de vasos pélvicos, pelviperitonitis, presentación fetal anormal, trabajo de parto detenido, etc.

Los síntomas están en relación con el grado y la duración de la torsión del útero, la edad del embarazo, el tamaño y localización de los tumores que llevaron a la torsión, el período del trabajo y las condiciones generales de la paciente.

El dolor es el síntoma más característico: se encuentra en el 95% de los casos; **el shock** es el segundo signo en frecuencia y se presenta en el 27% del total de los casos y en las dos terceras partes de aquellos en que la torsión es de 180 grados o más; **molestias intestinales** como náuseas, vómito, diarrea, sensibilidad y distensión abdominales, peritonismo; **molestias urinarias**, polaquiuria oliguria y a veces hematuria. En algunos casos hay hemorragia pequeña e intermitente; puede existir hipertonia uterina más o menos intensa, máxime cuando hay casos en que la torsión provoca desprendimientos placentarios. Otros signos descritos pero de valor relativo son: estrechez del canal cervical, apreciable mediante examen vaginal digital; dislocación de la uretra y la vejiga comprobable al pasar una sonda vesical y estrechamiento del recto apreciable al tacto rectal.

Como es de suponer el dolor y el shock están en relación con el grado de la torsión, cuya frecuencia fue, según la estadística a que nos hemos referido, la siguiente sobre 107 casos:

90 grados o menos	34
90 a 180 grados	54
180 a 270 grados	8
270 a 360 grados	3
Más de 360 grados	5
Sin dato	3

Algunos casos, los de torsión más acentuada, presentan desde un principio un verdadero abdomen superagudo: dolor abdominal bajo violento, continuo, acompañado de lumbalgia intensísima, como en nuestro caso; palidez, hipotensión, pulso rápido, angustia, sensibilidad y rigidez abdominales que hacen pensar en multitud de entidades agudas de origen visceral abdominal. Döderlein dice: "El colapso abdominal puede ser un elemento de juicio que haga por lo menos sospechar la posibilidad al comprobar por palpación de un cordón que cruzase oblicua o transversalmente sobre el útero correspondiendo a ligamento redondo del lado opuesto y parte inmediata del ligamento ancho, y alguna vez también el ovario. Con esto se podría establecer el diagnóstico de probabilidad antes de abrir el vientre".

En resumen, la llave del diagnóstico correcto reside en que el médico obstetra esté enterado de la existencia de este raro pero serio accidente; en que esté familiarizado con sus síntomas y signos y defectos anatómicos. Si esta entidad se tiene en mente en la consideración de un abdomen agudo, durante el embarazo o el trabajo de parto, el diagnóstico pre-operatorio "puede ser ocasionalmente posible" 5).

Pronóstico

El pronóstico materno depende de: 1o. Edad del embarazo: la mortalidad es más elevada en las gestaciones avanzadas que en las de pocos meses. Así, entre 30 casos de menos de 5 meses no hubo una sola muerte; en cambio entre 75 casos de más de 5 meses la mortalidad fue de 16.5%. 2o. Grado de torsión: como es lógico imaginar, cuanto más intensa sea la torsión la mortalidad será mayor; así, en 88 casos con torsión hasta de 180 grados hubo una mortalidad del 10,4% y en 16 casos de más de 180 grados fue del 50%. 3o. La precocidad del diagnóstico y la oportunidad de la laparatomía: son quizá estos los factores más importantes, independientemente del grado de torsión, pues éste es difícil de determinar previamente.

El pronóstico fetal depende especialmente del segundo y tercer factores que intervienen en el pronóstico materno.

Tratamiento

La única esperanza de salvar la vida de la madre es la laparatomía inmediata en los casos agudos y precoz en los subagudos.

El tipo de intervención a practicar depende de la edad del

Vista anterior. Se aprecia el entrecruzamiento por delante de la matriz de las trompas y ligamentos redondos, cerca de la vulva de la derecha.

embarazo: con feto no viable, simple detorsión del útero y tratamiento médico sedante en el postoperatorio. Con feto viable, cesárea seguida de los procedimientos quirúrgicos que fuere necesario en cada caso: anexectomía, miomectomía, hysterectomía, liberación de adherencias, etc.

CASOS REPORTADOS

Hemos tenido oportunidad de observar dos casos de torsión uterina: el primero de una torsión de 90 grados, o sea de una rotación axial, con hernia del fondo uterino y torsión del órgano sobre un eje transversal; el segundo de una torsión aguda de más de 180 grados. Ambos casos fueron vistos y atendidos en la Clínica Primero de Mayo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

Caso número 1.

N. N. Secundigestante de unos veintiocho años de edad. Es vista en consulta pre-natal y es ordenada su hospitalización un poco antes del término por presentar una eventración postoperatorio a través de la cual se apreciaba la salida de la cabeza fetal fuera del abdomen, y la cual en la posición vertical de la paciente rebasaba hacia abajo unos 10 centímetros el borde inferior del pubis, como bien se puede apreciar en las fotografías de frente y lateral.

Vista posterior. Se aprecia, a nivel de la punta de la vulva superior, el entrecruzamiento de los ligamentos utero-sacros.

Esta paciente había sido sometida dos años antes de su primer embarazo a una laparatomía por quiste ovárico. Durante su primera gestación comenzó a notar la eventración, la cual se hizo más aparente después del parto; éste fue espontáneo. Dos años después se presentó el segundo embarazo; desde el 60. mes aproximadamente, comenzó a notar la salida de la cabeza fetal a través de la eventración, salida que fue aumentando conforme progresaba en embarazo; en un principio la cabeza fetal se sumergía en el abdomen en la posición en decúbito dorsal, pero más tarde el polo cefálico se mantenía fuera de la cavidad permanentemente.

En las anteriores condiciones se hizo el diagnóstico de posible dilatación sacciforme del segmento inferior y hernia de dicha dilatación y de la cabeza fetal a través de la eventración.

Como esto constituía una distocia de partes blandas, se proyectó la siguiente conducta: esperar la fecha de vencimiento y

antes de que iniciase trabajo de parto practicar cesárea, tratar la dilatación como un saco herniario y reconstruir la pared uterina, al mismo tiempo se corregiría la eventración.

Llegado el vencimiento, se interviene bajo anestesia raquídea. Con el relajamiento muscular la cabeza se introduce esponáneamente dentro del abdomen. Se practica incisión media infraumbilical y se reseca la piel adelgazada sobrante; se disecan los planos aponeurótico y muscular, se aísla el peritoneo y se abre la cavidad abdominal. Para gran sorpresa nuestra nos encontramos con que el útero había girado 90 grados sobre su eje longitudinal acercando su borde izquierdo a la pared anterior del abdomen y a la línea media; no había tal dilatación sacciforme del segmento y para mayor asombro nuestro la presentación que habíamos creído cefálica, no lo era; se trataba de una presentación de pelvis completa izquierda.

¿Qué había pasado? Simplemente que el útero había sufrido una rotación axial de 90 grados y se había doblado sobre su borde izquierdo a nivel del segmento y se había herniado, proyectando el fondo uterino con la cabeza fetal localizada en el cuerno izquierdo, más abajo del borde inferior del pubis.

Fuera de la molestia causada por la hernia del útero no presentaba ningún síntoma dependiente de la torsión de 90 grados, ni del doblamiento sobre su borde izquierdo. Solo nos quedó entonces, destorsionar o enderezar el útero y practicar la cesárea segmentaria por la técnica corriente y cerrar el abdomen corrigiendo la eventración. El postoperatorio transcurrió sin incidentes y la paciente salió de la clínica al cabo de 12 días.

Caso número 2.

A. C. P. T. de P. Carnet número, 144807B. Registro número 54740, de treinta y cuatro años de edad, natural de Bogotá. Multigestante VI, para III, 2 abortos, el último en diciembre de 1955. Estaba siendo controlada en uno de los dispensarios del Seguro a donde asistió por cuatro veces; la última el 26 de noviembre de 1956, sin que se anotara nada anormal en la evolución de su embarazo, a no ser una ligera anemia demostrada por el cuadro hemático.

Estaba en amenorrea desde el 28 de abril de 1956 y la altura uterina corría de acuerdo con la fecha de la última regla; presentaba, pues, un embarazo cuyo término estaba calculado para el 8 de febrero de 1957. Ingresa a la clínica el día 4 de diciembre de 1956, es decir, cuando alcanzaba el término del séptimo mes.

Se hospitaliza a las 7:35 a. m., del día antes citado por dolor abdominal y lumbalgia muy intensa y estado de shock. Sintomatología de comienzo muy agudo iniciada a las 6:15 a.m. Pulso no palpable; tensión arterial, 20 de máxima; ruidos fetales, negativos; al tacto vaginal no se aprecia hemorragia, el cuello largo, cerrado y blando. Se aplica transfusión de sangre, oxígeno a permanencia y se coloca en posición de Trendelemburg.

A las 8:15 en examen practicado por nosotros se encuentra: paciente agitada, seminconciente que se queja continuamente; hay palidez terrosa de la piel, facies perfilado, conjuntivas muy pálidas, pulso impalpable y tensión arterial no determinable; corazón con ruidos muy velados y con una frecuencia de 140 al minuto; hay sensibilidad abdominal generalizada y moderada defensa muscular; altura uterina, 28 centímetros; matriz de tono más o menos normal, ruidos fetales negativos; no se puede determinar la presentación por el gran dolor que la palpación uterina provoca. La enferma se queja aún más en la posición de decúbito dorsal y parece aliviarse un poco en la de decúbito lateral izquierdo, postura que trata de mantener a toda costa. Dado el estado de seminconciencia no se pueden obtener datos respecto a la iniciación de este accidente. El marido relata que habiendo terminado el desayuno la paciente se levantó de una banca más bien baja donde estaba sentada; que en ese mismo momento se quejó de un violento dolor abdominal bajo, vomitó abundantemente, se puso muy pálida y se quejaba a gritos del dolor abdominal y de dolor lumbar muy intensos; rápidamente fue entrando en el estado de seminconciencia en que entró a la clínica.

Se postulan por el personal de obstetras presentes varios diagnósticos sin que ninguno de ellos encuadre perfectamente dentro de la sintomatología antes descrita. Hacemos entonces la insinuación diagnóstica siguiente: **shock por anemia aguda debida a ruptura uterina espontánea y causada por placenta terebrante**, ocurrencia excepcional pero tal vez la más aproximada para tal cuadro clínico.

Se procede, pues, a tratar de mejorar algo las condiciones circulatorias para poder practicar laparatomía en el menor tiempo posible. Se ordena cuadro hemático; se disecciona la vena safena en el muslo derecho, se le cateteriza con tubo de polietileno y se inicia transfusión a "chorro"; se ordena infusión con Levofed, pero no es posible obtener una vena para practicar la venoclis. Cuando habían entrado 1.200 centímetros cúbicos de sangre, fallece la enferma, siendo las 9:05, tres horas después de haberse iniciado

la sintomatología y una hora y media después de haber ingresado a la clínica.

Con el objetivo de confirmar nuestro diagnóstico procedimos a hacer punción de la cavidad abdominal con jeringa provista de aguja raquianestesia, rechazando el útero hacia la línea media; se obtuvo sangre fácilmente. Creímos que este hallazgo era la confirmación de nuestro diagnóstico.

Una hora y media después se nos entregó el resultado del cuadro hemático cuya muestra había sido tomada mientras se hacía la disección de la vena safena, es decir, antes de iniciar la transfusión a presión. Nuestra sorpresa fue enorme al leer:

Glóbulos rojos, 2.990.000; hemoglobina, 9,5 gramos 65,4%; hematocrito, 32; sedimentación, 51 milímetros en una hora.

Glóbulos blancos	16.050
Juveniles	1%
Cayado	4%
Segmentados neutrófilos	59%
Linfocitos	36%

Como es apenas lógico éste no es el cuadro rojo de una paciente que estaba y había muerto por anemia aguda.

Nos asaltó entonces la curiosidad de saber la verdadera causa de la defunción de esta enferma; después de algunas incidencias para obtener el asentimiento de la clínica y de los parientes para practicar una laparatomía **post-mortem**, ésta se llevó a cabo cinco horas después de la defunción.

Al abrir la cavidad abdominal no se apreciaba sangre libre en ella; el útero aparece de color negro, hipotónico y ocupando casi por completo la cavidad abdominal; las porciones vecinas de los ligamentos anchos estaban infiltrados de sangre; se practica una incisión en la pared uterina y comienza entonces a fluir sangre venosa en abundancia, lo cual hace que disminuya poco a poco el volumen del órgano que readquiera al mismo tiempo una coloración más o menos normal. No encontramos ninguna patología uterina, ovárica o pélvica aparente; la vejiga y el recto eran normales. Al disminuir el volumen del órgano se pudo apreciar que el ligamento redondo, la trompa hinchada y porción correspondiente al ligamento ancho, de color negro, cruzaban oblicuamente de abajo, hacia arriba y de derecha a izquierda la cara anterior del segmento, el cual presentaba una torsión constreñida por los ligamentos redondos y las trompas, los derechos por de-

lante y los izquierdos por detrás. Se trataba, pues, de una torsión de 180 grados que había llevado la cara posterior del útero al hacerse anterior y el borde derecho izquierdo y viceversa, como puede apreciarse en las fotografías presentadas.

Los ligamentos anchos y redondos estaban tensionados al máximo; a la palpación directa del útero se encuentra un feto en presentación cefálica; se abre el órgano y se extrae un feto masculino que pesó 1.950 gramos y midió 45 centímetros de talla; la inserción de la placenta era normal, cara posterior hacia el fondo, no había habido desprendimiento y su peso fue de 450 gramos.

Comentarios

Esta paciente murió por un shock vaginal por tracción de mioses debida a torsión uterina de derecha a izquierda de más de 180 grados, y decimos más de 180 grados si aceptamos que el útero hubiera tenido previamente una torsión axial hacia la derecha, como ocurre en el 80% de los embarazos.

Llama la atención la ausencia de toda patología uterina ovárica o en otros órganos pelvianos. Además es de anotar un síntoma que no ha sido descrito para esta afección, la lumbalgia intensa.

Pensamos que este caso de torsión se debió a uno de los factores llamados activantes y de los cuales hablamos al tratar de la etiología de la afección.

Creemos finalmente que si a esta enferma se le somete a la parotomía inmediata, sin tratar de mejorar el shock, hubiera habido algunas probabilidades de salvarle la vida, desde luego, que la sola anestesia habría mejorado un tanto el estado de shock al suprimir un poco el dolor causado por la gran tracción de los ligamentos anchos, redondos y trompas.

BIBLIOGRAFIA

1. CURTIS A. H.—Text Book of Gynecology. 5a. edición 1947. Página 253. Edit. W. B. Saunders Company.
2. WHARTON L. R.—Ginecología. 2a. edición (traducida), 1950. Página 525. Editorial Interamericana, Sociedad Anónima.
3. DODERLEIN A.—Tratado de Obstetricia, 2a. edición, 1938. Página 688-691. Editorial Labor, S. A.
4. DEXEUS FONT S.—Tratado de Obstetricia. 1a. edición, 1949. Página, 725. Salvat editores, S. A.
5. NESBITT R. E. Jr. and CORNER G. U. Jr.—"Torsion of the Human Pregnant Uterus. Obstetrical and Gynecological Survey. Volumen, II, número 3. Páginas 311-328, junio de 1956.