

## LA INVERSION UTERINA DE CAUSA OBSTETRICA EN EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL "CONCEPCION VILLAVECES DE ACOSTA"

*Rubén Darío Guzmán Alandete*

Instructor del Departamento Obstétrico-Ginecológico de la Universidad Nacional

Por la poca ocurrencia y por el escaso conocimiento sobre este tema, haremos primero un breve estudio sobre la inversión uterina, para luego presentar y comentar nuestra casuística.

Se define tal complicación como la invaginación del útero sobre sí mismo, de tal manera que su fondo pasa a situarse en la cavidad uterina o a descender por ella, llegar a la vagina e inclusive fuera de los genitales externos.

La inversión uterina es una complicación de pronóstico muy grave si no se trata rápida y adecuadamente. Aparece por lo general en el momento de la expulsión del feto, al exteriorizarse la placenta (1). Es más frecuente en el parto a término, aunque se han relatado varios casos ocurridos después de un aborto o de un parto prematuro (2).

**Clasificación.** Existen varias clasificaciones para catalogar la magnitud del problema. Algunos la consideran en grados. Grado I: cuando apenas el fondo uterino desciende sobre el cuerpo a manera de un "fondo de botella"; grado II: cuando el fondo uterino se aloja en la vagina; Grado III: cuando se acompaña de

inversión de la vagina, exteriorizándose el fondo del útero por la vulva; Grado IV: cuando todo el órgano está completamente exteriorizado (2). Otros la clasifican en: Local, si la inversión afecta pequeñas porciones de la pared uterina; Parcial, si la inversión no desciende del anillo de Bandl; Incompleta, si alcanza el límite externo del cuello uterino; Completa, si atravesándola se insinúa en la vagina; Total, si saliendo al exterior arrastra consigo las paredes vaginales (3).

Clínicamente se diferencian dos formas según su producción: la aguda, obstétricamente pura que acontece en el alumbramiento, y la crónica, que puede obedecer a distinta etiología y aparece en el curso de los años (2).

La inversión aguda, según Curtis (4) es la que tiene una evolución menor de un mes; la crónica sobrepasa este tiempo. Para Titus (5), la aguda es la que se observa inmediatamente después de un parto y la crónica, aunque obedece a la misma etiología se mantiene después del parto, habiéndose recobrado la paciente de los síntomas agudos. Para Kellog, citado por Titus (5), la in-

versión aguda es la que se diagnostica antes de que se haya formado el anillo de constricción cervical, lo cual ocurre alrededor de 30 minutos después de efectuada la inversión; la sobre-aguda, la que se descubre prontamente, después de que se haya formado el anillo, y la crónica después de un lapso de 3 a 4 semanas de ocurrida la inversión aguda, que no fué reconocida.

**Anatomía patológica.** Al abrir el abdomen se percibe que el globo uterino queda sustituido por una cúpula o depresión de determinada profundidad, limitada por un reborde circular grueso y que crea un espacio vacío entre la vejiga y el recto. En esta depresión tapizada por el peritoneo se hunden las trompas, los ovarios, los ligamentos y a veces las asas intestinales y el epiplón. La cara interna del útero, mucosa, forma según los casos, en el interior de la cavidad uterina, en la vagina o en la vulva, un tumor piriforme con su extremo más ancho hacia abajo en el que se inserta la placenta o nó, en ocasiones anormalmente adherida. Si el alumbramiento ha tenido lugar, la superficie de dicha invaginación es roja, irregular y está a menudo recubierta de las membranas, de caduca o de coágulos.

El pedículo del tumor está rodeado por un surco circular que lo separa del anillo formado por el cuello. Si la tumefacción no se reduce rápidamente, aumenta su volumen de manera considerable por congestión, edema de las paredes uterinas, produciéndose hemorragias más o menos abundantes. La congestión y la hemorragia se explican por el obstáculo opuesto a la circulación venosa de retorno, debido a la constricción del anillo neoformado, a la inercia uterina y al estiramiento de los ligamentos infundíbulo-pélvicos,

con el aplanamiento consecutivo de las venas útero-ováricas que los recorren.

En las inversiones antiguas se observan además, lesiones de endometritis o de metritis parenquimatosa. (1).

**Frecuencia.** La frecuencia es muy baja y variable. Para algunos autores como T. H. V. Jachkes (6) es de 1 por 400.000 partos; para MacCullagh, citado por Williams (7), es de 1 por 30.000 partos; para Rezende, citado por León (2) va de 1 por 400.000 a 1 por 939 partos; para L. Devraigne (1) es de 1 por 190.000 partos; Bell y Wilson, citado por Williams (7) en una revisión de la literatura estadounidense y británica de 1940 a 1952, encontró 78 casos. En el hospital de Salaberry (Argentina) (2) fué de 1 por 140.000 partos. Curtis (4) en una revisión de varios centros hospitalarios norteamericanos encontró que el porcentaje varió del 1 por 4.000 al 1 por 8.000 partos. Algunos tocólogos de gran experiencia jamás la han visto.

Entre nosotros Pachón Ortiz (8) relata un caso ocurrido en el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales de Bogotá en el año de 1954.

En el Instituto Materno Infantil de Bogotá del 1º de Noviembre de 1953 al 20 de Agosto de 1965, ingresaron 211.388 pacientes y se atendieron en el mismo lapso 143.961 partos; de nuestros 4 casos de inversión uterina, 2 se sucedieron en el servicio, o sea 1 por cada 71.980 partos (0.00-135%), pues los otros dos casos de nuestra casuística ingresaron con la inversión realizada fuera del hospital.

**Etiología.** T. H. V. Jackes (6), y Zangemeister, citado por Jasckes (6), señalan dos factores principales co-

mo causantes de la inversión uterina: 1º La atonía uterina, ya sea parcial o total, particularmente en el sitio placentario; y 2º la presión ejercida en dirección hacia abajo sobre la pared uterina relajada. Ninguno de estos dos factores basta por sí solo para invaginar el útero. Este último autor comprobó en Alemania en una revisión extensa de este problema que sólo faltó este último factor en un 2% de los casos, sospechando que en éstos había intervenido inadvertidamente una tracción. La estadística de Thorn, citado por Jascques (6), demuestra que en un 12% aproximadamente de sus casos revisados de inversiones uterinas, se debió a esta última falta. Harer y Sharkey, citados por Williams (7), estudiaron 21 casos y observaron que en un 70%, la inversión se debió a técnica defectuosa y por consiguiente fué evitable.

También se le ha dado importancia en su etiopatogenia a la placenta ácreta, a los miomas submucosos, a la inserción fúndica de la placenta, a las lesiones degenerativas del miometrio o las malformaciones congénitas que afectan las estructuras uterinas; los partos excesivamente rápidos; la brevedad absoluta del cordón, sobre todo en pacientes con partos estando la enferma de pie, debido a la tracción que ejerce el feto en el período expulsivo.

Parece que el factor multiparidad no tiene gran importancia, pues las estadísticas demuestran que es más frecuente en las primíparas, así Zangemeister encontró el mayor porcentaje de inversiones uterinas en primíparas; igualmente los casos revisados por Beckman y Vogel (9), citados por Williams (7), el 50% ocurrieron en primigestantes. Bell y Wilson y Wilson en un estudio realizado entre los años de 1941 a 1953 en-

contró: 58,9% en primíparas; 24,7% en secundíparas; 12,3% tercióparas; después de cuatro partos, 4,1%. En la serie de Das citado por De Lee (10), fué del 52% en primíparas. S. Cosgrave, citado por Curtis (4), al revisar 9 casos encontró que 7 de ellos habían ocurrido en múltiparas (77,7%). Entre nosotros, Bechara Z. R. (11), al relatar 7 casos de inversión uterina crónica, encontró que todos se presentaron en múltiparas; Pachón Ortiz (8), en el comentario del caso por él presentado ocurrió en primigestante. La inversión uterina espontánea es rara y los autores que la sostienen, como Beckman, citado por Williams (7) y Das creen que se deba al aumento brusco de la presión intraabdominal por contracción de la pared abdominal, como sucede en el pujo, para expulsar la placenta, en el vómito, tos, estornudo, etc. Este último autor dá una incidencia del 52%; Greenhill un 38%; G. J. Quispley (13) en una serie de 14 casos encontró un 50% de estas inversiones uterinas espontáneas.

Las inversiones uterinas en general son más frecuentes en las mujeres tratadas por parteras ignorantes y por médicos impacientes que desean terminar rápidamente el período del alumbramiento; en la práctica hospitalaria más bien es rara, debido a la mejor atención obstétrica.

Lo más frecuente es que esta complicación ocurra en el curso del alumbramiento y en post-partum inmediato. En los casos revisados por Das el 72,3% se presentó durante el curso del alumbramiento; el 14,2% durante las primeras 24 horas del puerperio; el 9,8 entre el segundo y trigésimo día del puerperio y 5 casos durante el segundo período.

**Fisiopatología.** El mecanismo intrínseco de la Inversión Uterina es

muy discutido. Algunos consideran que guarda mucha analogía con el mecanismo que se sucede en la intususcepción intestinal. Otros consideran necesario presumir que existe una área de relajación en el útero, lo más a menudo en el fondo, en el sitio de la implantación placentaria, lo que provoca una depresión o hundimiento al retraerse el cuerpo uterino; la contracción activa del músculo uterino restante que la rodea provoca entonces la inversión, de la manera como se produce la expulsión de un cuerpo extraño, tanto más rápidamente si se provocan cambios en la presión intraabdominal, si se tracciona el cordón o se presiona fuertemente el fondo uterino (8).

**Síntomas.** Varían según el grado de la inversión. En la local, parcial y la incompleta no existen síntomas generales y los locales solo se reducen a una depresión observada en el fondo uterino por la palpación abdominal; al tacto intrauterino se palpa el fondo uterino invertido dentro de la cavidad uterina. En cambio, en las inversiones uterinas completas y en las totales existen fenómenos generales como choque desproporcionado con la magnitud de la hemorragia; existe además dolor brusco hipogástrico, deseo imperioso de pujar; presión dolorosa de la vagina y se observa una masa blanda depresible en la vagina que puede tener o no adherida la placenta; hemorragia según sea la magnitud del accidente. En los casos de inversiones completas y en las totales la maniobra de Jackemier (2) es positiva o sea, al introducir una sonda vesical en la vejiga y practicar un tacto rectal, el dedo en el recto palpará la sonda que está en la vejiga, lo cual indica que no existe cuerpo uterino en la pelvis.

Es importante anotar que en los casos de choque del alumbramiento

que no guarde proporción en la intensidad de la hemorragia, hay que pensar ante todo en la posibilidad de una inversión uterina.

**Evolución.** El choque puede producir la muerte por sí solo en pacientes anémicas, nerviosas, lábiles o por estiramiento de los plexos nerviosos; también puede producir la muerte por hemorragia. En cambio, otras veces, a pesar del desprendimiento total de la placenta, no se produce hemorragia alguna porque el espasmo del anillo de constricción, el acodamiento y la torsión de los vasos en el borde superior del anillo de la inversión uterina interrumpen la circulación sanguínea.

Rara vez se corrige sola. La mayoría la corrige el médico tratante por medio de maniobras conservadoras (taxis) o por medio de métodos quirúrgicos. Pueden evolucionar a la cronicidad siempre y cuando que los fenómenos infecciosos y necróticos o aún la gangrena, debido a la retracción exagerada del anillo cervical, no compliquen este cuadro. En esta fase la enferma se adapta a la inversión sin que le produzca mayores molestias.

**Pronóstico.** Si la inversión se advierte sin tardanza y el útero se repone de inmediato, el pronóstico es favorable.

**Mortalidad.** Según Pérez es del 15%; según T. H. V. Jasckes (6) es del 16%. Este mismo autor sostiene que una cuarta parte se debe al choque; otra cuarta parte por anemia y la otra mitad restante por infección grave en la zona de la inserción placentaria puesta al descubierto. Además, considera que un tratamiento correcto quizá reduzca la mortalidad al 3% o al 4%. Bell y Wilson y Wilson (9) en sus 78 casos revisados encontraron una mortali-

dad de 14 casos (17,9%), de los cuales solo en 9 se había diagnosticado la inversión y se había practicado algún tratamiento más o menos indicado.

En nuestra revisión tuvimos un solo caso de mortalidad (25%) con una desviación standard del 20%.

**Diagnóstico diferencial.** Desde el punto de vista de hemorragia y de choque debe hacerse con la ruptura uterina; desgarros del cuello, de vagina; con la atonía uterina, depleción de sodio. En cuanto a la masa vaginal debe hacerse con los prolapsos genitales de tercer grado y con los fibromas uterinos pediculados.

**Profilaxis.** Evitar las maniobras temporáneas durante el mecanismo del alumbramiento; no intentar acelerarlo antes del desprendimiento completo de la placenta. Se han de proscribir en absoluto las tracciones del cordón. La maniobra de Credé se realizará con suavidad y tan solo cuando se haya logrado previamente el tono uterino necesario. Tampoco se traccionará la placenta en la extracción manual antes de que esté totalmente desprendida.

**Tratamiento.** A) Inversión aguda. Lo más importante es reponer el estado general. La gran mayoría de los casos de inversión uterina aguda son reductibles sin intervención cruenta. La taxis ha de verificarse inmediatamente. La única causa de irreductibilidad inmediata y de rara ocurrencia, es cuando existe una verdadera estrangulación del fondo por el cuello uterino; supone, por lo tanto, una inversión incompleta, puesto que el cuello no puede actuar de tal forma cuando el útero está completamente invertido. En los casos de este género es suficiente desbridar el cuello para reducir la dificultad, según las técnicas propuestas por Segond y

Fresson (14), las cuales seccionan bilateralmente el cuello con el objeto de reducir el útero a condición de que éste tenga cierta maleabilidad; en la mayoría de los casos no se suturan estas incisiones cervicales, pues parece inútil ya que su abertura asegura mejor el drenaje (14).

Lo más importante para el tratamiento es la reducción manual inmediata (taxis periférica), con anestesia profunda, a fin de vencer los anillos espasmódicos cervicales o de bloquear los reflejos depresores en la reposición quirúrgica; también puede emplearse la raquianestesia siempre y cuando que la paciente no esté en choque; algunos usan por vía parenteral una solución de adrenalina al 1 por mil, con el fin de vencer el espasmo del cuello uterino. La maniobra de taxis periférica preconizada por Pajot y Tarnier, se practica de la siguiente manera: los dedos de la mano penetran en la vagina hasta alcanzar el surco que forma el útero con el cuello y se rechaza progresivamente el fondo uterino invertido, empujándolo a través del anillo cervical. Es necesario ejercer la fuerza directamente hacia arriba en el eje del estrecho superior; al olvido de esta precaución se deben indudablemente algunos de los fracasos (2). Lograda la reducción se practicará taponamiento útero-vaginal y se emplearán ocitócicos parenterales.

La maniobra de Taxis central ha sido abandonada, porque al empujar el fondo uterino hacia arriba, aumenta el diámetro transversal del fondo, lo cual hará difícil la reducción a través del anillo cervical.

Si transcurren varias horas puede ser difícil o impracticable la reposición; sin embargo, se la debe intentar. Si la hemorragia es copiosa, conviene practicarla después de la trans-

fusión y una vez que la paciente se haya restablecido del choque, a condición de que no se prolongue la recuperación por mucho tiempo; si al cabo de 30 minutos, aún continúa la enferma en choque, a pesar de la aplicación de la sangre, hay que reducir la inversión, manual o quirúrgicamente, pues este estado puede llevarla a la muerte. Si la placenta está adherida al útero invertido por lo general, conviene diferir el desprendimiento hasta después de la reposición, porque estando anulada la facultad de contracción del útero invertido existe el peligro de provocar una hemorragia abundante.

B) Inversión crónica. Si han pasado varios días después del accidente, el cuello se ha retraído, formando un verdadero anillo alrededor del útero que se ha tornado edematoso, rígido, inflamado, no pudiéndose reducir manualmente y hay que proceder a intervenciones quirúrgicas. Para tal fin se han ideado varias operaciones por vía abdominal y por vía vaginal. Las operaciones vaginales tienen por objeto incidir una de las paredes uterinas del útero invertido, volviéndolo como un guante y finalmente reponerlo en la pelvis. Entre éstas existe la Colpohisterotomía Anterior (15), concebida por Kehrer y perfeccionada por Spinelli y Oui, operación empleada por nosotros en dos de los cuatro casos comentados y que se describirá posteriormente. El otro procedimiento es la Colpohisterotomía Posterior (15), concebida por Kustner en 1893 y divulgada en Italia por Piccoli, Mirosani y Sava, en Francia por Duret y Fresson.

A. Saffont y M. Bonafos prefieren la Colpohisterotomía anterior cuando la inversión es intravaginal y la Colpohisterotomía posterior en caso de inversiones completas y totales. Oui prefiere la Colpohisterotomía

anterior en todos los casos en que se requiera el tratamiento quirúrgico, con el fin de evitar la tendencia a la retroversión, pues según este autor pueden formarse adherencias en la línea de sutura posterior que harían llevar el útero hacia atrás. Otros autores son partidarios de la vía abdominal (Operación de Huntington o la de Haultain), en los casos de inversiones ocurridas dentro de las primeras 48 horas. Estos métodos abdominales tratan de reponer el útero invertido seccionando o no el anillo de constricción.

En nuestro Servicio no tenemos ninguna experiencia con estos tres últimos procedimientos citados anteriormente.

Está contraindicada la reducción cuando ya hay infección o gangrena del útero y ha de reemplazarse por la extirpación por vía vaginal del útero invertido con drenaje del fondo de saco de Douglas.

#### **Descripción de la Colpohisterotomía Anterior (Operación de Spinelli y Oui (16))**

1º Limpieza del útero invertido con agua y jabón.

2º Incisión transversal del fondo de saco anterior, que separa la vejiga del útero.

3º Rechazo de la vejiga hacia arriba.

4º Abertura del saco peritoneal vé-sico-uterino. Se completa transversalmente.

5º Incisión del cuello en su labio anterior en sentido longitudinal y del cuerpo hasta el fondo. Empleando tijeras, se corta el cuello por delante y hacia arriba a través del anillo de constricción; la incisión se continúa en la pared anterior del cuerpo uterino hasta el fondo.

6º Se introducen los dedos índices en el útero incidido; los pulgares por fuera a nivel del fondo uterino; con ellos se ejerce presión hacia arriba y con los índices se invierte el útero.

7º Sutura de la brecha uterina en dos planos con catgut cromado Nº 00, hasta el orificio externo del cuello. La primera línea de sutura incluye la mayor parte del músculo uterino y se extiende hasta el endometrio y el endocérvix, pero no los atraviesa. La segunda línea de sutura se coloca por encima de la primera. En ocasiones es necesario colocar una tercera.

8º Se reintroduce el útero en la pelvis.

9º Sutura del peritoneo hasta el nivel del orificio interno.

10. Se tracciona hacia abajo la mucosa vaginal y se sutura con catgut cromado Nº 00.

11. Si es necesario se deja un dren de penrose entre la mucosa vaginal y el peritoneo.

**Material.** Se estudian y se comentan 4 casos de inversión uterina de causa obstétrica en el lapso de Noviembre 1º de 1953 al 20 de Agosto de 1965.

**1er. CASO.** Historia Clínica Nº 22024. Paciente de 40 años, Grávida 4, Para 4, casada, procedente de Bogotá, quien ingresa el 24 de Agosto/58 a las 9:30. Sus antecedentes personales y familiares no se obtienen por el estado en que ingresa.

**Motivo de consulta.** Puérpera que tuvo su parto hace hora y media, cuyo producto fué un feto vivo, a término, femenino, en buenas condiciones generales, de 3.420 grms. Estaba siendo atendida en la casa por una comadrona, quien quince minutos después del parto le practicó tracciones violentas sobre el cordón, exteriorizando el útero junto con la placenta.

Los familiares buscaron los servicios de un médico, quien al encontrarla en pésimo estado general, anémica y con gran hemorragia, la traen al hospital.

**Examen de ingreso.** Paciente en muy mal estado general, muy anémica, sudorosa, sin tensión arterial ni pulso.

Al examen pélvico se hace diagnóstico de Inversión Uterina, la placenta aún está adherida. El Jefe de turno desprende la placenta y reduce la inversión. Continúa sangrando la enferma. Se le aplica Intradex, oxígeno; se practica intubación endotraqueal; se le aplican 500 c.c. de Sangre. La enferma entra en paro cardíaco; se le aplica Adrenalina I.V. Como no se obtiene respuesta favorable se practica toracotomía, luego adrenalina intracardiaca, masaje cardíaco, Strofosid I.V., obteniéndose contracciones cardíacas muy débiles. Pasada media hora y considerando que no hay más nada que hacer se suspende todo tratamiento y se cierra la toracotomía. Fallece la enferma por posible anemia aguda. No se practicó autopsia.

## COMENTARIO

En este caso la etiopatogenia es clara: Las tracciones violentas del cordón con el fin de desprender la placenta, lo cual, además de provocar la inversión, ocasionó una severa hemorragia.

Consideramos un error el haber desprendido la placenta y luego reponer el útero en la pelvis, sin haber combatido el estado de choque anémico que presentaba la paciente. Todo esto agravó el cuadro de ingreso de la enferma, llevándola inexorablemente a la muerte.

**2º CASO.** Historia Clínica Nº 78145, paciente de 22 años, Grávida 1, para 0, procedente de Bogotá, quien ingresa el 25 de Diciembre de 1960, a las 18 horas en trabajo de parto, con una T. A. de 12/7, pulso 84, Tmp. 36½. Sus antecedentes personales y familiares no tienen importancia.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia a los 14 años. Ciclos: 30 x 4 a 5 días.

Examen obstétrico de ingreso: Utero: globuloso, elástico; altura uterina de 31 cms., feto único en presentación de vértice. Tacto: cuello borrado 70%, dilatación de 4 cms., membranas íntegras, O. D. A. -2. Ruidos fetales positivos normales. Inició trabajo de parto a las 7 horas.

El trabajo de parto fué relativamente normal. 5 horas y 45 minutos más tarde se le reforzó el trabajo con 2 Unidades de Pitocín en 500 c.c. de Dextrosa al 5% en agua destilada, porque presentaba contracciones uterinas de poca intensidad.

A las 22 horas más 20 minutos de trabajo de parto, el borramiento del cuello uterino es del 100% y la dilatación completa; los ruidos fetales se encontraron arrítmicos, motivo por el cual se diagnosticó sufrimiento fetal. Se resuelve aplicar fórceps. No se realizó este procedimiento por no haber elementos disponibles en ese momento, sino se le solicitó al ayudante que le practicara Kristeller. Cinco minutos más tarde la enferma presenta un parto con feto vivo, masculino; 10/10 con una circular al cuello, de 3.280 gramos.

Duración del trabajo de parto: 22 horas más 20 minutos.

Diez minutos después del parto se observa hemorragia abundante en el alumbramiento; se practica leve tracción del cordón umbilical, efectuándose el alumbramiento. Inmediatamente se vuelve a apreciar hemorragia vaginal de gran magnitud; se le aplica 5 Unidades de Pitocín I.V. A pesar de esto continúa sangrando. Se observa que el globo uterino llega hasta el ombligo y al palparlo se percibe una depresión en la mitad del fondo. Al hacer un tacto intrauterino se diagnostica Inversión Uterina. Se le aplica Graplasmoid y sangre. Bajo anestesia profunda con éter se reduce manualmente la inversión. Cesa la hemorragia, se le aplica una amp. de Ergotrate I.M.

La enferma se recupera rápidamente y al tercer día sale del servicio en buenas condiciones generales.

## COMENTARIO

Este caso es poco frecuente, pues la inversión uterina se realizó en un medio hospitalario. Aquí la etiopatogenia fué sin lugar a duda la maniobra de Kristeller y la tracción del cordón. Afortunadamente la reposición uterina se practicó inmediatamente, lo cual favoreció el pronóstico de la enferma.

En Agosto 4/65 la enferma ingresó nuevamente al I. M. I. con un embarazo a término; tuvo un parto espontáneo en presentación de vértice O.I.A., cuyo producto fué un feto vivo, masculino, de 3.540 gramos; 10/10. La duración del trabajo de parto fué de 13 horas más 10 minutos. El puerperio fué normal.

**3er. CASO.** Historia Clínica Nº 123065, paciente de 22 años de edad, casada, quien ingresó al servicio el 7 de Agosto de 1964, a las 22 más 30 minutos, procedente de Bogotá. Gráv. I, Para O.

Antecedentes personales y familiares sin importancia.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquia a los 15 años. Ciclos: 30 x 3 días.

En la actualidad presenta un embarazo de más o menos 39 semanas.

Inició trabajo de parto a las 17 horas. T.A. 14/8, Pulso 93, Temp. 37°, Proteinuria negativa.

**Examen obstétrico de ingreso.** Utero globuloso, elástico. Altura uterina: 28 cms. Feto único en presentación de vértice. Ruidos fetales positivos normales. Tacto: Cuello borroso 80%; dilatación de 3 cmt.; membranas íntegras. Presentación en O.I.A. en -2.

El trabajo de parto fué normal. A las 10 horas más 30 minutos de transcurrido el trabajo se le practica amniotomía: líquido claro. Dos horas y 30 minutos más tarde, la dilatación del cuello uterino es completa, con un



borramiento de 100%, y 5 minutos más tarde tiene su parto, cuyo producto fué un feto vivo, masculino, 10/10, de 3.160 gramos. El alumbramiento es normal.

Duración del trabajo de parto: 12 horas más 10 minutos. Se aprecia inversión uterina.

Anota el médico tratante que el alumbramiento fué espontáneo.

Bajo anestesia general (éter) se trata inmediatamente de reducir la inversión. Una vez reducida se aprecia tendencia a la reproducción. Se le aplica 5 Unidades de Pitocín I.V. y se ordena llevar a la enferma a su cama.

11 horas más tarde se aprecia nuevamente la Inversión Uterina y 15 minutos después se practica Colpohisterotomía Anterior (Op. de Spinelli), previa aplicación de 500 c.c. de Sangre.

En el postoperatorio presentó durante 15 días alzas térmicas por encima de 38º, no precisándose la causa, las cuales cedieron con Cloromicetina, Penicilina, Madribón. Tiempo de permanencia: 22 días.

El día de salida (Septiembre 1º/64) un examen de control reveló lo siguiente: Especuloscopia: Cuello central, abierto con epitelio cervical sano; flujo sanguinolento. Cuerpo: Tamaño, posición y forma normales. Anexos: normales.

El 19 de Agosto de 1965 ingresa nuevamente al I.M.I. con un embarazo a término. La enferma no refiere el antecedente de la inversión, ni el tratamiento quirúrgico y los médicos tratantes pasan desapercibidos tal complicación. Tiene un parto espontáneo, en presentación de vértice, 8/10, masculino, de 2.040 gramos. Duración del trabajo de parto: 6 horas más 20 minutos. El puerperio fué normal.

## COMENTARIO

Paciente primigestante, quien al parecer presentó una Inversión Uterina espontánea, y que a nuestro juicio, creemos que no fué adecuadamente reducida en el momento en

que se realizó la maniobra de Taxis, ni se practicó taponamiento útero vaginal y que aproximadamente 11 horas más tarde se descubre que la inversión aún persistía, motivo por el cual se le practicó Colpohisterotomía anterior. En Agosto 9 de 1965 ingresa nuevamente al servicio con un embarazo a término; la enferma no refiere su antecedente y en el servicio lo ignoran; presenta un parto espontáneo, sin complicaciones.

Consideramos que lo más indicado era haber practicado una Cesárea electiva extemporánea, ya que las incisiones longitudinales de cuello y cuerpo uterino que se realizan en las diferentes Colpohisterotomías son muy susceptibles de rupturas uterinas, que ha podido empobrecer el pronóstico de la enferma. Por eso recomendamos que en todas las pacientes de haber sido sometidas quirúrgicamente a estas clases de intervención, se les debe advertir y otorgar una tarjeta especial, con el objeto de que en los futuros embarazos la presente a los médicos tratantes y poder decidir éstos la conducta a seguir.

**4º CASO.** Historia Clínica Nº 137414, paciente de 22 años, procedente de Puerto Niño (Boyacá), Grávida 5, Para 4, A. 1., quien ingresa al servicio el día 17 de Agosto de 1965 a las 23 horas más 30 minutos.

Antecedentes familiares y personales sin importancia.

Antecedentes quirúrgicos: Colectectomizada hace año y medio.

Antecedentes Ginecológicos: Menarquía a los 15 años. Ciclos: 30 x 8 días.

Al examen físico se encuentra una paciente anémica, con fase quejumbrosa, que colabora muy bien al interrogatorio. T.A. 11 x 8. Pulso 84, Temperatura 37.1º.

**Motivo de consulta.** Puérpera de 6 días. Relata que inició trabajo de parto el día 11 de Agosto de 1965 a las 12 horas. Era atendida por una comadrona en la casa y a esa misma hora y media hora más tarde le aplicó 2 ampollas de Pitocín. A la 1:40 tuvo su parto, cuyo producto fue un feto vivo masculino, en buenas condiciones generales. Veinte minutos después realizó maniobras por vía abdominal y sobre el cordón, con el fin de desprender la placenta, exteriorizando el útero, junto con la placenta adherida a su fondo. Inmediatamente presentó gran dolor abdominal, lipotimia y severa hemorragia vaginal. La comadrona procedió a desprender la placenta y luego le aplicó una amp. de Ergotrate I.M. Trató de reducir manualmente el útero en la pelvis sin conseguirlo. La enferma desde entonces viene presentando dolor marcado en el hipogastrio, hemorragia vaginal, la cual ha disminuído gradualmente; retención urinaria, por lo cual ha sido necesario sondearla en tres oportunidades, la última vez al tercer día de ocurrido el accidente en el hospital de Puerto Niño (Boyacá), donde le aplicaron una sonda de Foley a permanencia. En esta Institución permaneció hospitalizada tres días, para luego ser remitida al servicio de maternidad del I.M.I. (Agosto 17 de 1965).

**Examen obstétrico de ingreso.** G.E.: normales. Se palpa una tumefacción rojiza, de unos 12 cms. de longitud, que ocupa los 2/3 superiores de vagina, dolorosa a la movilización, que sangra discretamente al tocarla, sin compromiso de la circulación y sin signos de infección. No se palpa cuello ni cuerpo uterino.

Impresión Diagnóstica: Inversión Uterina.

En vista de la edad de la paciente, del buen estado del útero y de la cronicidad de la inversión se decide corregirla mediante cirugía conservadora. En la sala de cirugía y en el momento de la inducción de la anestesia con Pentotal, puja la paciente exteriorizándose el útero completamente. Se practica Colpohisterotomía Anterior (Op. de Spinelli).

El post-operatorio transcurrió normalmente. Al firmarle salida se le dio una tarjeta espe-

cial, con el fin de mostrarla en los futuros embarazos a los médicos tratantes.

## COMENTARIO

Se trata de una múltipara, de 22 años, a quien una comadrona le practicó maniobras enérgicas a través del abdomen y del cordón, con el fin de desprender la placenta, provocando la inversión uterina. Después de 7 días de ocurrido el accidente es remitida del Hospital de Puerto Niño (Boyacá) con una sonda de Foley a permanencia. En nuestro servicio se decide practicar Colpohisterotomía anterior, conducta que consideramos correctamente indicada.

## RESUMEN

1º Por su poca ocurrencia y el caso conocimiento de la inversión uterina de causa obstétrica, se hace un breve estudio sobre tal complicación, señalando su frecuencia comparada con las de otros autores. Se revisa su clasificación, anatomía patológica, etiopatogenia, fisiopatología, sintomatología, pronóstico, evolución, mortalidad, diagnóstico diferencial y tratamiento.

2º Se describe la técnica de Colpohisterotomía anterior (Op. de Spinelli-Oui).

3º Se presenta nuestra casuística en un lapso entre el 1º de Noviembre de 1953 al 20 de Agosto de 1965, dos de ellos ingresaron con la complicación, por partos atendidos fuera del servicio y dos ocurrieron dentro del I.M.I., dando una frecuencia de 1 x 71.980 partos. (0.00135%).

4º Se hace un breve comentario sobre cada caso, tanto de los que se realizaron fuera del servicio, como de los del I.M.I.

5º Se anota un caso de mortalidad de una paciente atendida fuera del

servicio, quien presentó una inversión uterina completa, con la placenta adherida al fondo uterino. Se le practicó despegamiento de la placenta y luego reposición del útero en la pelvis, sin haberse recuperado de su estado de choque anémico y falleciendo lógicamente, en paro cardíaco, conducta que consideramos errada.

6º En dos casos se empleó la técnica de la Colpohisterotomía Anterior (Op. de Spinelli), evolucionando ambas pacientes normalmente. Uno de ellos tuvo un parto espontáneo, sin complicaciones, no habiéndosele practicado Cesárea electiva extemporánea, por ignorancia de la paciente y del médico tratante del antecedente quirúrgico de la paciente.

7º Un caso de inversión uterina aguda se le practicó reposición manual inmediata, bajo anestesia general. Esta paciente tuvo posteriormente un parto espontáneo, sin complicaciones.

8º En el primer caso en que se empleó la Colpohisterotomía Anterior, se le había realizado unas horas antes, reducción uterina manual, la cual creemos que no fue adecuada ni bien realizada, volviéndose a invertir el útero 11 horas más tarde.

9º Preconizamos que a toda paciente a quien se le ha practicado una reposición quirúrgica de su inversión uterina, se le debe advertir y dar una tarjeta especial para que la presente a los médicos tratantes en los futuros embarazos, a fin de que éstos puedan decidir la conducta a seguir.

10. Se presenta la bibliografía sobre tal tema.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 DEVRAIGNE L.: Manual de Obstetricia. Edit. Espasa-Calpe S. A. 4ª Ed. 1943, pág. 774 y ss.
- 2 LEON J.: Tratado de Obstetricia. Edit. Científica Argentina. 1ª Edic., Vol. 3. 1959. Pág. 1197.
- 3 PEREZ M. L.: Compendio de Clínica Obstétrica. Ed. López Libreros. 3ª Ed. 1962. Págs. 701 y ss.
- 4 CURTIS ARTHUR H.: Text Book of Gynecology. 5ª Ed. 1947. Págs. 657 y ss.
- 5 TITUS PAUL: The management of obstetrics difficultes. 3ª Ed. 1949. Págs. 571 y ss.
- 6 JASCKES T. H. V.: Tratado de Obstetricia. Edit. Labor S. A. 2ª Edic. 1954, Pág. 609.
- 7 WILLIAMS J.: Obstetricia. Edit. Uteha. 3ª Edic., 1960. Págs. 934 y ss.
- 8 PACHON ORTIZ J. AGUSTIN: Inversión uterina aguda. Reporte de un caso. Rev. Col. de Obst. y Gin. Vol. 5, Mayo y Junio de 1955. Págs. 253 y ss.
- 9 BELL JAMES, WILSON FRASER and WILSON LESTER: Puerperal inversion of the uterus. Am. J. Obst. and Gynec., Vol. 66. Nº 4. 1953, Págs. 767 y ss.
- 10 DE-LEE-GREENHILL: Principios y prácticas de obstetricia. Tomo 2º 1945. Págs. 1028 y ss.
- 11 BECHARA S. R.: Tratamiento quirúrgico por vía abdominal de la inversión crónica de la matriz. Memorias de la 1ª Convención Nal. de Obst. y Gin. Vol. V Nº 5, mayo y junio/54. Pág. 169.
- 12 GREENHILL J. P.: Obstetricia. Edit. Saunder. 7ª Edic. 1955. Pág. 811.
- 13 QUISPLEY G. J.: Inversion of the puerperal uterus. Am. J. Obst. and Gynec. Vol. 69, Nº 2 1955. Pág. 277.
- 14 PROUST T.: Aparato genital de la mujer. Resumen de técnica operatoria. Edit. Nal. S. A. México. Tomo VI. 1950. Pág. 171.
- 15 SAFFONT A. y BONAFOS M.: Enciclopedia Médico-quirúrgica de Ginecología. Tomo I. 1955. Pág. 339.
- 16 GREENHILL J. P.: Manual de cirugía operatoria. Cirugía ginecológica. Edit. Interamericana S. A. México. 1953. Pág. 194.