



Caso clínico

Inversión uterina no puerperal. Comunicación de un caso

Enrique Rosales Aujang,* Rubén González Romo**

RESUMEN

La inversión uterina no puerperal es muy rara. Se comunica un caso asociado con leiomiomatosis. Se presenta el caso de una multipara de 46 años que manifiesta sangrado vaginal grave, dolor pélvico y sensación de cuerpo extraño vaginal. Se diagnostica mioma uterino en fase abortiva. Se programa histerectomía abdominal y se encuentra inversión uterina completa. Este reporte constituye un caso anecdótico de inversión uterina no puerperal, cuyo tratamiento quirúrgico fue exitoso.

Palabras clave: inversión uterina no puerperal, mioma uterino en fase abortiva.

ABSTRACT

Non-puerperal uterine inversion is extremely rare. We report a case associated with leiomyoma. It is presented the case of a multiparous of 46 year-old for presenting severe vaginal bleeding, pelvic pain and strange body vaginal sensation. The diagnosis was uterine myoma in abortive phase. An abdominal hysterectomy was performed to find a complete uterine inversion. This report represents an anecdotal case of non-puerperal uterine inversion successfully treated surgically.

Key words: non-puerperal uterine inversion, uterine myoma in abortive phase.

RÉSUMÉ

L'inversion utérine non puerpérale est bien rare. Il se rapporte un cas associé avec léiomyomatose. Il se présente le cas d'une multipare de 46 ans qui manifeste saignement vaginal grave, douleur pelvienne et impression de corps étranger vaginal. Un myome utérin en phase abortive est diagnostiqué. Il se programme une hystérectomie abdominale et une inversion utérine complète est trouvée. Ce rapport constitue un cas anecdotique d'inversion utérine non puerpérale, dont le traitement chirurgical a eu du succès.

Mots-clé : inversion utérine non puerpérale, myome utérin en phase abortive.

RESUMO

A inversão uterina não puerperal é muito estranha. Relata-se um caso associado com leiomiomatose. Apresenta-se o caso duma multipara de 46 anos quem manifesta sangrado vaginal grave, dor pélvica e sensação de corpo estranho vaginal. Diagnostica-se mioma uterino em fase abotiva. Programa-se histerectomia vaginal e encontra-se inversão uterina completa. Este relatório constitui um caso anedótico de inversão uterina não puerperal, cujo tratamento cirúrgico foi com sucesso.

Palavras chave: inversão uterina não puerperal, mioma uterino em fase abortiva.

* Ginecología y Obstetricia.

** Anatomía patológica.

Hospital General de Zona núm. 2, IMSS. Aguascalientes, Ags.

Correspondencia: Dr. Rubén González Romo. Primo Verdad núm. 235-308, Zona Centro, CP 20000. Aguascalientes, Ags. Tel.: (01-449) 918-6616.

Recibido: marzo, 2005. Aceptado: marzo, 2005.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

La inversión uterina se define como la salida del fondo uterino a través de la vagina y se clasifica en parcial o completa según la magnitud; en aguda o crónica de acuerdo con el tiempo en que se manifiesta, y en espontánea o inducida según la causa.¹

Ocurre con mayor frecuencia después de un episodio obstétrico, con incidencia de 1 por 2,000 a 30,000 partos vaginales. La manifestación fuera del embarazo es extremadamente rara, tanto así que no se cuenta con un estimado de su incidencia en la bibliografía mundial.^{1,3,4}

Se describe un caso de inversión uterina no puerperal concomitante con miomatosis con degeneración quística, cuyo tratamiento quirúrgico fue exitoso.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 46 años de edad, originaria de Aguascalientes, Aguascalientes, casada y dedicada a las labores del hogar; primaria inconclusa; tabaquismo positivo, con 10 cigarrillos al día; alimentación e higiene deficientes. Antecedentes familiares positivos (padre y madre) para diabetes mellitus. Hipertensa, en tratamiento con 25 mg de captopril diarios desde hacía cinco años; diabética de un año de evolución, tratada con glibenclamida a razón de 10 mg al día. Antecedentes ginecoobstétricos: menarca 12 años, ritmo de 30 x 5, inicio de la vida sexual activa a los 20 años, una sola pareja sexual, seis embarazos, todos logrados, sin método de anticoncepción, Papanicolau un año antes, con reporte de infección por virus del papiloma humano tratada por médico particular. El padecimiento actual lo inició 18 meses antes con sangrados vaginales irregulares y abundantes, motivo por el cual se le envió al Hospital General de Zona Núm. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Aguascalientes, Aguascalientes. Se le diagnosticó miomatosis uterina e inició tratamiento con acetato de leuprolide, a dosis de 3.75 mg intramuscular, cada mes, durante seis meses, sin lograr desaparecer el sangrado vaginal. En septiembre del 2003 acudió al servicio de urgencias ginecológicas de dicho hospital debido a que llevaba 22 días con sangrado trasvaginal, acompañado, días después, de sensación de cuerpo extraño vaginal y dificultad para la micción. El día de su ingreso cursó con dolor pélvico, súbito e intenso, con salida de una "bola" a través de la vagina. La exploración física mostró una paciente obesa, con palidez grave, y con una masa de aspecto caroso y de 5 x 5 cm que salía a través de la vagina. No se palpó el fondo uterino por el abundante tejido adiposo abdominal, se encontró una hernia umbilical de 6 cm y se diagnosticó hemorragia uterina anormal, secundaria a mioma en fase abortiva, anemia grave y hernia umbilical. Se hospitalizó para trasfundirla y realizarle histerectomía. El laboratorio reportó:

hemoglobina de 4.9 g/dL, hematócrito de 16.9%, tiempos de coagulación alargados y glucemia de 167 mg/dL. Se inició tratamiento con insulina de acción rápida, se transfundieron cuatro unidades de concentrado globular y dos de plasma fresco; dos días después se programó para histerectomía y plastia umbilical. En la intervención quirúrgica (figura 1) se encontró el fondo uterino totalmente invertido a través del cuello, el cual se encontró dilatado, rodeando por completo al cuerpo uterino en un diámetro aproximado de 7 cm. Los anexos estaban incluidos en la concavidad del fondo uterino, se intentó revertir primero por vía vaginal y luego por vía abdominal, sin tener éxito, por lo que se realizó histerectomía abdominal y salpingooforectomía bilateral y, por último, en conjunto con el servicio de cirugía general, se realizó plastia umbilical. La paciente salió del hospital tres días después y no tuvo complicaciones un mes después de la operación. El estudio histológico reportó: útero con inversión total de 15 cm de longitud, con ambos anexos incluidos en la concavidad del fondo, y leiomioma de 5 cm, con degeneración quística hemorrágica (figuras 2-4).

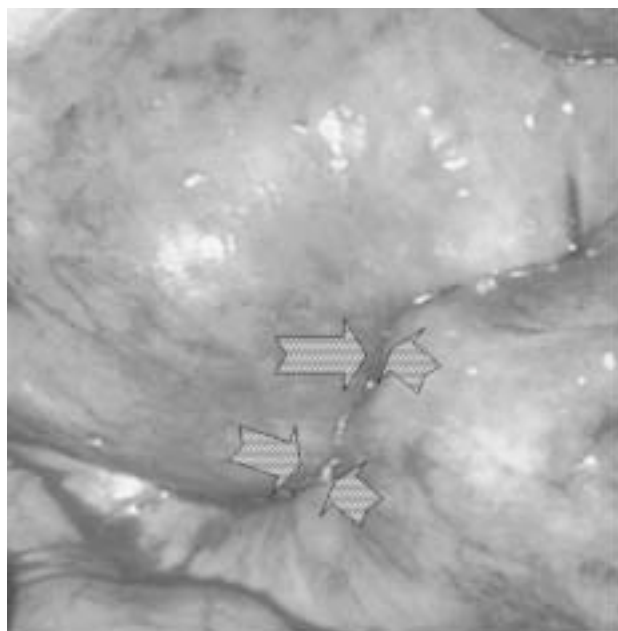


Figura 1. Vista quirúrgica. Anexos y fondo uterino invaginados (flechas).

COMENTARIO

La inversión uterina es un episodio raro en la obstetricia, cuyo margen de incidencia reportado en la bibliografía oscila entre 1 por 2,000 hasta 1 por 30,000 partos vaginales. Su manifestación fuera del embarazo es bastante rara, tanto así que no se tiene estimada su incidencia.^{1,2,3} En *Medline*, en Internet, se encontraron 360 referencias relacionadas con la inversión uterina puerperal y no puerperal. Entre las no puerperales destaca el trabajo de Takano y colaboradores, quienes revisaron la bibliografía en inglés de 1940 al 2000 y encontraron 88 casos reportados, de los cuales 71.6% fueron secundarios a miomatosis. Rocconi y colaboradores, a través del *Medline*, encontraron 288 casos reportados durante el periodo de 1900 al 2002; la mayor parte fueron por leiomiomas. En la bibliografía mexicana sólo se encontró la referencia de Silveira en 1976, quien reportó un caso presentado en Brasil y lo publicó en la revista de Ginecología y Obstetricia de México, también secundario a miomatosis.⁶

En los casos obstétricos el mecanismo por el cual se produce es bien conocido y se menciona como el principal a la tracción excesiva del cordón umbilical durante el alumbramiento.^{1,3}

En los casos no obstétricos se describe el adelgazamiento de las paredes uterinas, debido a un tumor intrauterino que ejerce tracción en forma persistente y crónica hacia el cuello, provocando la dilatación del mismo al cabo del tiempo, y ocasionando, además, las contracciones uterinas con la intención de expulsar el tumor. Otro posible factor involucrado es la presión abdominal aumentada por esfuerzos o sobrepeso.²⁻⁶ Asimismo, otros factores que se reportan en la mayor parte de los casos son la multiparidad y la edad avanzada; sin embargo, no pudo realizarse un análisis comparativo entre estas variables ya que no se contaba con los datos completos de todos los casos reportados. En la paciente de este caso no se observó relación entre los medicamentos administrados con anterioridad, sólo se encontraron de manifiesto, como factores de riesgo y que seguramente motivaron la inversión del fondo uterino: la obesidad, la multiparidad y el tumor intrauterino. Estos mismos factores se han reportado en la mayor parte de los casos previos.



Figura 3. Vista lateral en donde se observan los anexos invaginados, el cuello uterino dilatado y el mioma invertido.

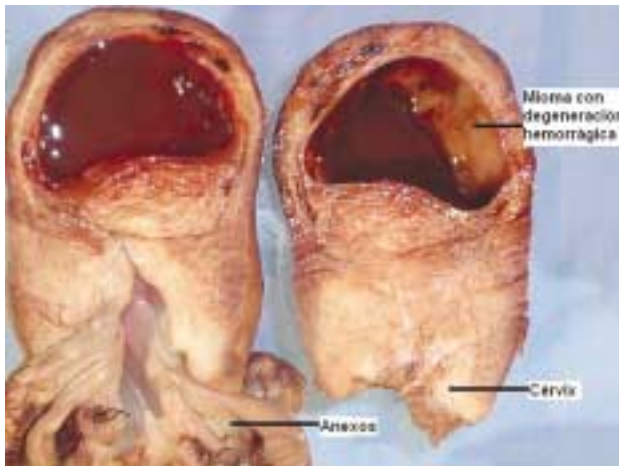


Figura 4. Corte longitudinal del útero en donde se observan los anexos invaginados y el mioma con degeneración hemorrágica.

Los siguientes síntomas se asocian con inversión uterina no puerperal: hemorragia vaginal, dolor abdominal bajo, sensación de cuerpo extraño vaginal, alteraciones urinarias y, en ocasiones, intestinales.²⁻⁵ La paciente manifestó todo lo anterior.

La inversión uterina se considera urgencia obstétrica por la posibilidad de ocasionar choque hemorrágico; fuera del embarazo rara vez existe dicha posibilidad, de ahí que algunos autores la clasifiquen como inversión crónica.²⁻⁸ Sin embargo, el sangrado permanente provoca anemia grave, tal como sucedió en este caso.

La sospecha diagnóstica en pacientes delgadas incluye no palpar el fondo uterino en la exploración abdominal y se complementa con estudios de gabinete, como: ultrasonido, tomografía axial computada o resonancia magnética.^{2,3} En este caso no se sospechó en la exploración clínica por la obesidad de la paciente y no se realizó ultrasonido en ese momento por contar con un reporte previo de mioma submucoso.

Se han descrito diversas técnicas para revertir el útero con inversión. Por vía vaginal Jonhson propone elevar el útero de manera forzada hacia el ombligo para provocar la distensión secundaria de los ligamentos y originar que el anillo cervical se amplíe y después permitir que el fondo jale el anillo restableciendo la posición normal. Spinelli propone disecar la vejiga del cuello e invertir el anillo cervical hasta el cuerpo uterino para proceder a la reversión y al último suturar y realizar o no la histerectomía vaginal. Kustner propone el abordaje por el fondo de saco posterior, con una incisión similar desde el anillo cervical hasta el cuerpo uterino. Haultain describe una técnica similar, sólo que por vía abdominal, y, por último, Huntington propone la tracción de los ligamentos y del fondo uterino con pinzas, también

por vía abdominal.^{1,3} En este caso se intentaron las maniobras de Jonhson y Huntington, ambas sin éxito.

Se considera que el abordaje quirúrgico debe ser, de preferencia, por vía abdominal, ya que la mayor parte de los casos reportados son secundarios a tumor uterino, por lo general de tamaño considerable, lo que dificulta el acceso vaginal. En este caso el útero y el mioma ocupaban casi toda la cavidad vaginal, lo que hizo prácticamente imposible la observación directa del fondo de saco vaginal, haciendo con ello difícil el diagnóstico adecuado.

Se concluye que la inversión uterina no puerperal es una enfermedad muy rara, la cual debe considerarse cuando se manifieste un tumor uterino saliendo a través de la vagina en pacientes con antecedente de hemorragia genital anormal crónica.

REFERENCIAS

1. Wendel PJ, Cox SM. Tratamiento obstétrico urgente de la inversión uterina. *Clin Obstet Gynecol. Temas Actuales* 1995;2:243-55.
2. Tacano K, Ichikawa Y, Tsunoda M, et al. Uterine inversion caused by uterine sarcoma: a case report. *Jpn J Clin Oncol* 2001;31:39-42. (Medline)
3. Rocconi R, Hun WK, Chiang S. Postmenopausal uterine inversion associated with endometrial polyps. *Obstet Gynecol* 2003;102:521-3. (Medline)
4. Mwinyoglee J, Simelela N, Marivate M. Non-puerperal uterine inversions. A two case report and review of literature. *Cent Afr J Med* 1997;43:268-71. (Medline)
5. Krenning RA, Dorr PJ, de Groot WH, et al. Non-puerperal uterine inversion. Case report. *Br J Obstet Gynaecol* 1982;89:247-9. (Medline)
6. Silveira PL, Galba AJ. Inversión uterina crónica no puerperal. *Ginecol Obstet Mex* 1976;39:223-7.
7. Lai FM, Tseng P, Yeo SH, et al. Non-puerperal uterine inversion. A case report. *Singapore Med J* 1993;34:466-8. (Medline)
8. Erlich CE, Bonaventura LM. Nonpuerperal inversion of the uterus by endometrial stromal sarcoma of the uterine fundus. *South Med J* 1997;70:872-3. (Medline)