

Inversión uterina no puerperal crónica en mujer posmenopáusica

Chronic Non-Puerperal Uterine Inversion in Postmenopausal Women

Luis Enrique Pompa Montes de Oca¹ <http://orcid.org/0000-0003-4784-676X>

Jorge Luis Felpeto Fuentes¹ <http://orcid.org/0000-0001-7700-6097>

Viviana de la C. Sáez Cantero^{1*} <http://orcid.org/0000-0003-1823-1643>

¹Hospital General Docente Enrique Cabrera. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: vamaya@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La inversión uterina de causa ginecológica o no puerperal es una condición poco frecuente, usualmente asociada a tumores uterinos y constituye un reto diagnóstico y terapéutico.

Objetivo: Contribuir al diagnóstico y tratamiento oportuno de esta condición poco frecuente en la posmenopausia mediante la presentación del caso.

Presentación de caso: Mujer de 70 años, múltipara, con diagnóstico de mioma uterino realizado 20 años atrás, que denegó la operación en aquel momento. La paciente ingresó aquejada de una masa que protruye por vagina asociada a sangrado y dolor. Por el examen ginecológico y ecográfico se diagnosticó una inversión uterina grado 3, se propuso la intervención quirúrgica. Se realizó histerectomía total por laparotomía donde se evidenció la inversión uterina secundaria a mioma submucoso. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico y descartó la malignidad. La paciente egresó a los cinco días posteriores a la intervención sin complicaciones.

Conclusiones: La inversión uterina no puerperal es una condición infrecuente que constituye un reto para los ginecólogos, tanto para su diagnóstico como para el manejo quirúrgico. Esto justifica la necesidad de incluirla entre los diagnósticos diferenciales en las pacientes que acudan con una masa que protruya por vagina y la preparación de los profesionales noveles en las principales técnicas quirúrgicas para su resolución definitiva.

Palabras clave: inversión uterina; inversión uterina no puerperal; inversión uterina ginecológica; mioma submucoso.

ABSTRACT

Introduction: Uterine inversion of gynecological or non-puerperal cause is a rare condition, usually associated with uterine tumors and It constitutes a diagnostic and therapeutic challenge.

Objective: To contribute to the timely diagnosis and treatment of this rare condition in postmenopause.

Case report: We report the case of a 70-year-old woman, multiparous, with a diagnosis of uterine fibroid made 20 years ago, she had refused the operation at that time. The patient was admitted complaining of a mass protruding through her vagina associated with bleeding and pain. A grade 3 uterine inversion was diagnosed by gynecological and ultrasound examinations; surgical intervention was proposed. Total hysterectomy was performed by laparotomy. Uterine inversion secondary to submucous myoma was evidenced. The histopathological study confirmed the diagnosis and ruled out malignancy. The patient was discharged five days after the intervention with no complications.

Conclusions: Non-puerperal uterine inversion is a rare condition that challenges gynecologists, both for its diagnosis and for surgical management. This justifies the need to include it among the differential diagnoses in patients who come with a mass that protrudes through their vagina and the preparation of novice professionals in the main surgical techniques for definitive resolution.

Keywords: uterine inversion; non-puerperal uterine inversion; gynecological uterine inversion; submucous myoma.

Recibido: 20/01/2020

Aprobado: 13/05/2021

Introducción

La inversión uterina consiste en la invaginación del fondo uterino a través del cérvix hasta la vagina, que puede asomar a la vulva.⁽¹⁾ Puede clasificarse en: puerperal u obstétrica, y ginecológica o no puerperal. La primera forma es la más frecuente, con una incidencia entre 1:2000 y 1:30 000 partos. Se presenta inmediatamente después del alumbramiento y constituye una emergencia obstétrica con peligro potencial para la vida por la hemorragia y el shock que provoca.^(1,2,3,4)

Las inversiones uterinas ginecológicas son extremadamente raras, por lo cual se desconoce su incidencia.^(3,4) Su etiología es multifactorial, e incluye tres factores etiológicos principales:

1. Presencia de un tumor uterino localizado en el fondo,
2. Adelgazamiento de la pared uterina por el tumor, conjuntamente con la elongación de los ligamentos,
3. Dilatación del cuello uterino que da paso a la protrusión del tumor hacia la cavidad vaginal hasta provocar la inversión.^(3,5)

Martínez Rodríguez y otros,⁽³⁾ se refieren al informe presentado por *Gómez y otros*, donde se reportaron 149 casos desde 1887 al 2006, y posteriormente estos autores encontraron 38 casos más, reportados entre 2006 y 2020. En la bibliografía cubana, no hallamos ningún reporte de caso, lo que nos motivó a realizar esta presentación con el objetivo de contribuir al diagnóstico y tratamiento oportuno de esta condición.

Presentación de caso

Mujer de 70 años de edad, color de piel blanca, original de la provincia Camagüey, aunque desde hace años reside en la capital cubana, antecedentes patológicos personales de hiperuricemia e historia obstétrica: G5, P4, A1 (provocado). Se resalta que todos los partos fueron eutócicos y los neonatos con peso entre 3600 y 5000 g. La menopausia ocurrió a los 58 años y tenía diagnóstico de mioma uterino submucoso desde hacía 20 años.

Refiere que hace siete años comenzó con sangrado vaginal con coágulos lo que motivó su hospitalización. En los estudios realizados, le informaron que el mioma era pediculado y que existía la opción de realizar la torsión del pedículo. En aquella ocasión la paciente atemorizada decidió denegar la intervención y egresó para seguimiento por consulta de preoperatorio.

Posteriormente ese mismo año, notó una masa que protruyó de la vagina, acompañada de sangrado escaso y sensación de peso. Así se mantuvo por siete años, hasta que el sangrado aumentó en cuantía y apareció dolor punzante en bajo vientre que la obligó a recurrir a la ayuda médica.

- Examen físico: Paciente consciente, con parámetros vitales normales, abdomen suave, no doloroso y no tumoral.

- Examen ginecológico: No presentaba sangrado activo, se apreció una tumoración que asomaba por vagina, de consistencia firme, con medidas aproximadas de 6 x 6 cm, unida por un pedículo ancho y corto al centro de otra masa de consistencia suave, que se sospechó se trataba del útero invertido porque no se observó el orificio cervical externo (Fig. 1).



Fig. 1 - Examen físico donde se observa la salida del mioma y el útero invertido.

Al tacto vaginal bimanual, se precisó el cuello dilatado a más o menos 6 cm, por donde protruían el cuerpo uterino y el tumor ya descrito, que debería corresponder con el mioma diagnosticado años atrás. Al tacto rectal, el útero no estaba en su posición normal y se encontró la vagina ocupada por este.

- Investigaciones de laboratorio

- Hemoglobina: 112 g/dL,
- Hematocrito: 0,34 %,
- Conteo plaquetario y recuento leucocitario: Normales,
- Glicemia y creatinina: Valores normales,
- Test de antígeno de SARS-COV 2, ante la situación epidemiológica con la pandemia de COVID 19: Negativo.

En el ultrasonido abdominal realizado no se visualizó el útero en la cavidad pélvica. Con el diagnóstico clínico de inversión uterina grado 3, se decidió la intervención quirúrgica, previa administración de antibióticos (gentamicina y metronidazol).

Se realizó una laparotomía media infraumbilical que confirmó la inversión uterina, el útero estaba ausente, los ligamentos y parte de las trompas de Falopio se encontraban medialmente dentro del anillo de constricción, y solamente se observaban los ovarios y las fimbrias tubáricas (Fig. 2).



Fig. 2 - Laparotomía donde se observa el útero y solo se muestran los ovarios y fimbrias tubáricas.

Se decidió inicialmente realizar la técnica de Huntington, se colocaron dos pinzas de Allys a ambos lados del cráter, se realizó una tracción gentil, mientras un tercer operador empujó por vagina la tumoración adherida al cuerpo uterino, lo cual permitió presentar y liberar los ligamentos redondos, y mediante pinzamientos repetidos, el resto del útero. La pieza se extrajo vaginalmente para evitar la contaminación de la cavidad abdominal con el tumor expuesto (Fig. 3).



Fig. 3 - Pieza quirúrgica extraída.

La paciente evolucionó satisfactoriamente y egresó a los cinco días de la intervención quirúrgica.

Discusión

Antiguamente la inversión uterina se confundió con el prolapso y el crédito de su reconocimiento corresponde a Hipócrates (460 - 370 A.C.). La incidencia de la inversión uterina no puerperal (IUNP) es desconocida, y en su publicación *Martínez y otros*,⁽³⁾ refieren que no superan los 200 casos. En una búsqueda en SciELO, PMC y PubMed, con las palabras clave: *non-puerperal uterine inversion*, hallamos el reporte de otros 13 casos en 2020 y 2021, por lo que consideramos que la incidencia es mayor sobre todo en países en vías de desarrollo, con pobre acceso de la mujer a los servicios médicos (Tabla).

Tabla - Reportes de los casos encontrados en 2020 y 2021

Reportes	Autor	Año	País	Edad	Paridad	Forma de presentación	Tiempo	Hallazgo anatomopatológico
1	Singh ⁽⁶⁾	3/2020	Nepal	35	P3	Sangrado vaginal y protrusión de masa por vagina	15 meses	No realizado examen histopatológico
2	Wade ⁽⁷⁾	9/2020	Senegal	27	G0	Menometrorragia	D	Pólipo endometrial benigno
3				40	G0	Mioma parido	D	Mioma uterino
4				47	P7	Dolor pélvico-abdominal y metrorragia	D	Mioma uterino
5	Kesrouani ⁽⁸⁾	2021	Beirut	47	P4	Sangrado vaginal intenso	± 2 días	Miomas uterinos submucosos de 5 y 2 cm
6	Abubeker ⁽⁹⁾	12/2020	Etiopía	70	P2	Sangrado vaginal intenso, dolor pélvico y protrusión de masa por vagina	20 horas	Leiomioma con adenomiosis
7	Ezenwankwo ⁽¹⁰⁾	2/2021	Nigeria	32	P2	Sangrado vaginal intenso y	4 días	Mioma uterino submucoso de 6 x 7 cm

						protrusión de masa por vagina		
8	Modares ⁽¹¹⁾	12/2020	Canad	48	P2	Sangrado vaginal	± 6 semanas	Leiomioma necrótico con trombosis
9	Duhan ⁽¹²⁾	3/2020	India	58	P5	Protrusión de masa por vagina	4 meses	Mioma uterino
10	Zohav ⁽¹³⁾	2020	Italia	75	?	Sangrado y protrusión de masa maloliente por vagina	D	Mioma uterino
11	Eouani ⁽¹⁴⁾	2020	Congo	15	G0	Protrusión de masa por vagina	± 1 semana	Tumor mulleriano
12	Martin ⁽⁴⁾	3/2020	Gran Bretaña	47	P1	Sangrado vaginal intenso y protrusión de masa por vagina	± 10 días	Leiomioma
13	Martínez ⁽³⁾	2021	México	49	P3	Sangrado vaginal y protrusión de masa por vagina	2 meses	Leiomioma submucoso abscedado

P: Partos; G: Gestaciones

El mecanismo de producción de la inversión no puerperal (IUNP) no está claro. Si debido a un tumor intracavitario el miometrio se distiende, esto provocaría irritabilidad y el inicio de contracciones expulsivas, las cuales pueden dilatar el cuello y causar la expulsión del tumor tirando del fondo uterino al cual está insertado. Factores contribuyentes podrían ser: tamaño y peso del tumor, localización fúndica, fijación a la pared uterina por un simple pedículo, tracción manual sobre el mismo, aumento de la presión intraabdominal (tos, estornudos, constipación, ascitis), nuliparidad y menopausia.^(1,4,7,15)

La ocurrencia de la IUNP se relaciona en aproximadamente el 90 % de los casos con tumores, los más frecuentes son los miomas, como en nuestro caso, pero también pueden relacionarse con tumores malignos, tales como sarcomas indeterminados, leimiosarcomas, sarcomas del estroma endometrial, adenosarcomas, fibrosarcomas, rabdomiosarcomas, teratomas, tumores mullerianos malignos y pólipos endometriales.^(1,7)

La inversión uterina se clasifica en cuatro estadios:^(1,6)

- Estadio 1, inversión incompleta, la inversión es intrauterina, es decir, el fondo permanece dentro de la cavidad sin rebasar el cérvix.
- Estadio 2, inversión completa, el fondo uterino pasa a través del anillo fibromuscular del cérvix.
- Estadio 3, inversión total, el fondo uterino protruye a través de la vagina.
- Estadio 4, la vagina está implicada con inversión completa a través de la vulva a lo largo del útero invertido.

La edad promedio en que suele aparecer es a los 45 años, su presentación en jóvenes, o en la posmenopausia, sugieren comportamiento maligno.⁽³⁾ La clínica es variable, la paciente puede presentarse con sangramiento vaginal que varía en cuantía (puede causar anemia y requerir reposición hemática),^(3,4,6,7,10,11,15) dolor abdominal bajo,^(3,7,15) sensación de vagina ocupada,^(3,6) masa que protruye por vagina, como en el caso que presentamos,^(4,7,8,10,15) retención urinaria⁽⁴⁾ y secreción vaginal maloliente.⁽⁷⁾ Las áreas de necrosis en las partes expuestas predisponen a la infección con lo cual el tejido se torna friable, congestivo y con pérdida de los planos quirúrgicos.⁽⁷⁾

Esta complicación ginecológica se presenta generalmente en casos crónicos, como la paciente que nos ocupa, que llevaba siete años con el padecimiento sin decidirse a solicitar ayuda profesional.

El diagnóstico de la inversión uterina es clínico, sin embargo, el mismo no siempre es fácil, las formas agudas son generalmente muy sintomáticas mientras que las crónicas pueden ser asintomáticas y se requiere un alto grado de sospecha, sobre todo en el estadio 1, pues puede ser fácilmente errado y realizarse sólo durante la cirugía.⁽⁹⁾ Los antecedentes de mioma, sangrado vaginal, dolor en el abdomen bajo y los hallazgos al examen físico son de gran ayuda.

Se describen tres signos clínicos importantes: Primero, no reconocimiento del hocico de tenca en la parte proximal de la masa; segundo, no se encuentra la apertura del orificio cervical externo, ni la entrada a la cavidad endometrial; y tercero, el examen rectal revela que el útero no está en su posición normal en la pelvis.⁽¹⁾

El ultrasonido ayuda al diagnóstico de la IUNP y a su etiología, se describen varios signos ultrasonográficos, entre ellos, la característica forma en “Y” de la cavidad

uterina en la variedad incompleta en corte longitudinal, causada por el fondo invaginado y el desplazamiento de las dos paredes uterinas en el plano longitudinal, mientras que en la variedad completa el corte longitudinal muestra una configuración en “U” que representa la línea endometrial completamente invertida y extendida anterior y posteriormente.^(1,7)

El ultrasonido Doppler 3D, muestra el cambio en el curso de las arterias uterinas con relación al cuerpo uterino.⁽¹³⁾ La resonancia magnética nuclear es otro estudio imagenológico útil en el diagnóstico de la inversión uterina no puerperal, donde se definen tres signos, figura en “U” de la cavidad uterina, fondo uterino adelgazado e invertido en corte sagital y, configuración de “ojos de toro” en corte horizontal.⁽¹⁾

El tratamiento incluye medidas generales para la estabilización de la paciente, corrección de la anemia y de los trastornos hemodinámicos si fuera necesario, alivio del dolor y comienzo de la antibioticoterapia. A diferencia de la inversión uterina obstétrica, la reposición manual del útero raramente es posible en las inversiones por causas ginecológicas, ya que el cuello y la parte inferior del útero forman un anillo de constricción debido a la congestión crónica y al edema que hacen que la corrección quirúrgica sea inevitable.⁽⁷⁾ La histerectomía es el tratamiento puntual en estos casos.⁽⁸⁾

El tipo de cirugía puede individualizarse según la edad de la paciente, el deseo de fertilidad futura, el estadio de la inversión y la etiología.⁽¹⁾ En mujeres jóvenes con inversión estadio 1 y 2, puede adoptarse el tratamiento quirúrgico conservador y preservar el útero una vez restituido a la cavidad abdominal.

Existen varias técnicas reportadas de restitución uterina, las más usadas son, por vía abdominal, la técnica de Huntington y la de Hultain, y por acceso vaginal, la técnica de Spinelli y la de Kustner.^(1,3,6,8) No obstante, numerosas modificaciones quirúrgicas se han aplicado en dependencia de la gran variedad de presentaciones clínicas y las dificultades quirúrgicas encontradas en el acto operatorio,⁽¹⁾ que incluyen la vía laparoscópica⁽¹⁶⁾ y la cirugía robótica.

Como estrategia quirúrgica, en varios trabajos, como el de *Abubeker* y otros,⁽⁹⁾ encontramos combinación del abordaje quirúrgico vaginal y abdominal, para remover primero, vaginalmente, la causa de la inversión, y luego proceder por vía abdominal a la reposición del útero. Esta hubiera sido una opción a aplicar en nuestra paciente de haberse dificultado el abordaje planificado de inicio.

Conclusiones

La inversión uterina no puerperal es una condición infrecuente que constituye un reto para los ginecólogos, tanto para su diagnóstico como para el manejo quirúrgico. Esto justifica la necesidad de incluirla entre los diagnósticos diferenciales en las pacientes que acudan con una masa que protruya por vagina y la preparación de los profesionales noveles en las principales técnicas quirúrgicas para su resolución definitiva.

Referencias bibliográficas

1. Herath RP, Patabendige M, Rashid M, Wijesinghe PS. Nonpuerperal Uterine Inversion: What the Gynaecologists Need to Know? *Obstetrics and Gynecology International*. 2020; article ID 8625186:12 pages. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/8625186>
2. Pimenta CR, Dib FD, Escórcio EB, de Almeida RL, Mota de Sousa AC. Hemorragia puerperal por inversão uterina: relato de caso. *Arq. Catarin Med*. 2020 jan-mar [acceso 08/03/2021];49(1):98-102. Disponible en: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/636>
3. Martínez Rodríguez JJ, Velázquez Castellanos PI, Macías Vera NN, Antonio Matías LJ. Inversión uterina total, secundaria a leiomioma submucoso. *Ginecol Obstet Mex*. 2021 [acceso 08/03/2021];89(1):58-70. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98182>
4. Martin A, Tranoulis A, Sayasneh A. Uterine Inversion Secondary to a Large Prolapsed Leiomyoma: Diagnostic and Management Challenges. *Cureus*. March, 2020;12(3):e7168. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.7168>
5. Gonçalves ER, Pinheiro Sobreira BLR, Karbage AS, Prado Rocha A. Inversão uterina não puerperal em paciente jovem por mioma parido gigante: relato de caso e revisão de literatura. *Rev Med UFC*. 2016;56(2):58-62. DOI: <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2016v56n2p58-62>
6. Singh A, Ghimire R. A Rare Case of Chronic Uterine Inversion Secondary to Submucosal Fibroid Managed in the Province Hospital of Nepal. *Case Reports in: Obstetrics and Gynecology*. 2020;article ID 6837961:4 pages. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/6837961>
7. Wade M, Biaye B, Diakhate A, Ndour SB, Cisse M, Gueye KA, *et al*. Non-Puerperal Uterine Inversion: About Three Case. *Gynecol Reprod Health*. 2020 [acceso 08/03/2021];4(4):1-3. Disponible en: <http://scivisionpub.com>
8. Kesrouani A, Cortbaoui E, Khaddage A, Ghossein M, Nemr E. Characteristics and Outcome in Non-Puerperal Uterine Inversion. *Cureus*.

2021 [acceso 08/03/2021];13(2): e13345. DOI:

<https://doi.org/10.7759/cureus.13345>

9. Abubeker FA, Misgina M, Ebabu A, Fekade E, Gashawbeza B. Management of Nonpuerperal Uterine Inversion Using a Combined Vaginal and Abdominal Approach. Case Reports in Obstetrics and Gynecology. 2020;article ID 8827207:5 pages. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/8827207>

10. Ezenwankwo FC, Okojie OE, Soibi-Harry AP, Okusanya BO. Non-puerperal uterine inversion: An uncommon presentation - A case report. J Clin Sci. 2021;18:69-72. DOI: https://doi.org/10.4103/jcls.jcls_56_20

11. Modares M, Sarrazin J. Nonpuerperal vaginal hemorrhage secondary to complete uterine inversion: A case report. Radiology Case Reports 16. 2021 [acceso 08/03/2021]: 543-6. Disponible en:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

12. Duhan N, Malik N, Malik R, Madan S. The complexities of an eccentric myoma causing complete uterine inversion in a postmenopausal woman. International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2020;4(3):30-1. DOI: <https://doi.org/10.33545/gynae.2020.v4.i4a.618>

13. Zohav E, Anteby EY, Grin L. U-turn of uterine arteries: a novel sign pathognomonic of uterine inversion. Journal of Ultrasound. 2020;23:77-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40477-018-0319-0>

14. Eouani LME, Mokoko JC, Sidney N, Emeka Pognabeka A, Itoua C, Iloki LH. Non-Puerperal Uterine Inversion with Uterine Müllerblastoma in a Teenager: A Case Report of Loandjili General Hospital Pointe-Noire (Republic of Congo). Open Journal of Obstetrics and Gynecology. 2020;10:723-8. DOI:

<https://doi.org/10.4236/ojog.2020.1050066>

15. Vieira GTB, dos Santos GHN, Silva Jr JBN, Sevinhago R, Vieira MIB, Santos de Souza AC. Non-puerperal uterine inversion associated with myomatosis. Rev. Assoc. Med. Bras. 2019;65(2):130-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.2.130>

16. Auber M, Darwish B, Lefebure A, Ness J, Roman H. Management of nonpuerperal uterine inversion using a combined laparoscopic and vaginal approach. Am J Obstet Gynecol. 2011;204(6):e7-9. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.01.024>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Luis Enrique Pompa Montes de Oca: Concepción de la idea, búsqueda y revisión bibliográfica. Redacción final y revisión.

Jorge Luis Felpeto Fuentes: Revisión de la bibliografía. Obtención de imágenes. Redacción parcial del documento.

Viviana de la C. Sáez Cantero: Revisión de la bibliografía, revisión de la versión final.