

## DISTOPIAS UTERINAS

Dr. B. LOZADA STANBURY (\*)

### INTRODUCCION

Sabemos que cualquier segmento del aparato genital, puede ser asiento de un vicio de posición o distopia, esto es una pérdida de relación anatómica en su ubicación y de sus estructuras de fijación y sostén.

Algunas de estas distopias, no tienen mayor trascendencia clínica, por ejemplo si ello ocurriera en las trompas de Falopio; en cambio en lo relativo al útero, tienen jerarquía suficiente en la Ginecología, para su estudio.

### ETIOPATOGENIA

Para poder comprender las desviaciones permanentes o distopias del útero, antes debemos aprender a conocer perfectamente la estática normal del útero y sus variaciones fisiológicas, que en la mujer están sometidas a cambios constantes derivados de la función reproductora. Así, la pelvis femenina en si, tiene diferencias en su capacidad, dirección, flexibilidad, etc., que la hacen adaptarse a la función genésica.

El útero normalmente tiene una posición, una versión y una flexión dadas.

La **posición**, es la relación de todo el órgano con el cinturón pélvico, en el cual se halla como suspendido, casi en el centro de la excavación pelviana. El hocico de Tenca está a un nivel de la línea interciática y el fondo no sobrepasa el E. S. de la P., de lo que resulta que el útero no grávido es intrapelviano.

La **versión**, es la relación entre el eje longitudinal del útero y el eje pelviano, los cuales se cruzan a nivel del istmo del útero, quedando así el cuerpo uterino en la parte anterior de la pelvis y el cuello en la posterior. Esta inclinación uterina a nivel del istmo es la versión del órgano.

La **flexión**, es la relación entre el eje longitudinal del cuerpo uterino y el eje del cuello uterino. Ellos se cruzan en un ángulo de 95 a 100 grados, abierto hacia adelante y abajo, es la anteflexión normal.

De todo esto se infiere, que el útero normalmente ocupa una posición en el centro de la excavación pelviana y en ateversoflexión moderada, cuando hablamos de la mujer en la madurez sexual.

---

(\*) Médico Jefe de Servicio del Dpto. de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de Arequipa.

En el feto y niñas, como quiera que el cuerpo es de menor magnitud que el cuello, sus ejes prácticamente se prolongan, no hay flexión ni versión y además la mayor parte del útero es extrapelviano. En la post-menopausia, la atrofia uterina, puede provocar modificaciones en la posición como ser los descensos o prolapsos y las retrodesviaciones.

El útero en la posición de equilibrio dentro de la pelvis, goza de una amplia libertad de movimientos que se originan en la vacuidad o repleción de la vejiga y el recto, por la presión abdominal, por los movimientos respiratorios, etc., y todos estos desplazamientos son posibles por la elasticidad de los soportes que mantienen al útero, al tonismo y turgencia del órgano, al juego parietoviscero abdominal, al contacto capilar entre cara anterior del útero y la vejiga.

La elasticidad de los soportes de fijación y sostén del útero se pierden con el trauma obstétrico repetido (paridad), cuando disminuye o cesa la actividad estrogénica, lo que explica la frecuencia aumentada de distopias en la post-menopausia y en las jóvenes con insuficiencia ovárica. Igualmente en ciertos factores constitucionales débiles y morfologías pélvicas tipo androide, la desnutrición, la falta adecuada de ejercicios en el postparto.

Distopias uterinas permanentes, con integridad de los elementos que mantienen a la matriz, pueden provocarla los procesos tumorales que se desarrollan en el útero y órganos vecinos.

Igualmente las distopias pueden derivar de cicatrices y adherencias por procesos inflamatorios del peritoneo

pelviano, pelvisubperitoneal y del paracalpos.

### **Interrelaciones del contenido abdominopelviano**

Las investigaciones de Arx, han permitido comprender el complejo mecanismo de la dinámica abdominoperineal.

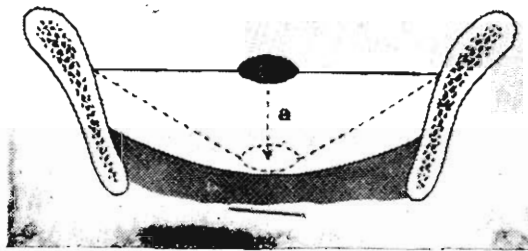
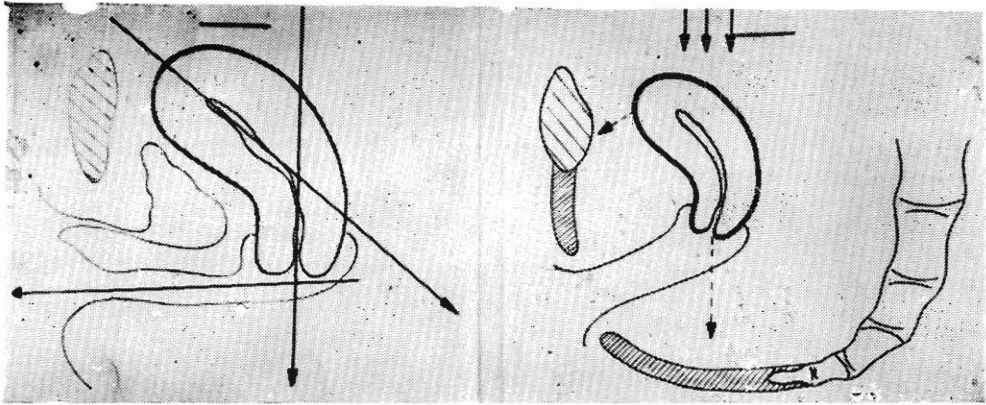
Sellheim, en base a tales estudios, formuló el concepto funcional de "tonotensión", en el cual se apoya el equilibrio de fuerzas que se producen en la cavidad abdominopelviana.

En consecuencia las anomalías en la posición de los genitales no debe verse en forma aislada, como trastornos puros del aparato genital femenino, sino como trastornos del organismo total. Por eso para que los órganos genitales se mantengan en su posición normal, se requiere un equilibrio armónico de todos los elementos que participan en la estática pelviana: músculos, fascias, aponeurosis, esqueleto y el mismo contenido visceral.

El contenido visceral de la cavidad abdominal y pelviana, debe considerarse físicamente como un todo y el cual es posible de herniarse o prolapsarse por los puntos débiles parietales, que son los sitios de entrada o salida de órganos torácicos y pelvianos.

La cavidad abdomino pelviana es como un cilindro incurvado hacia atrás en su porción inferior. Su techo muscular lo constituye el diafragma y el inferior por varios músculos, que trazan el diafragma inferior.

En condiciones normales el paquete viscerabdóminopelviano, no tiene peso, no gravita sobre el piso pelviano, tiene un valor de cero.

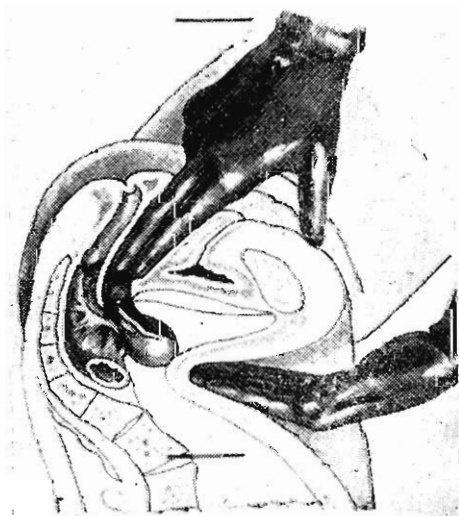
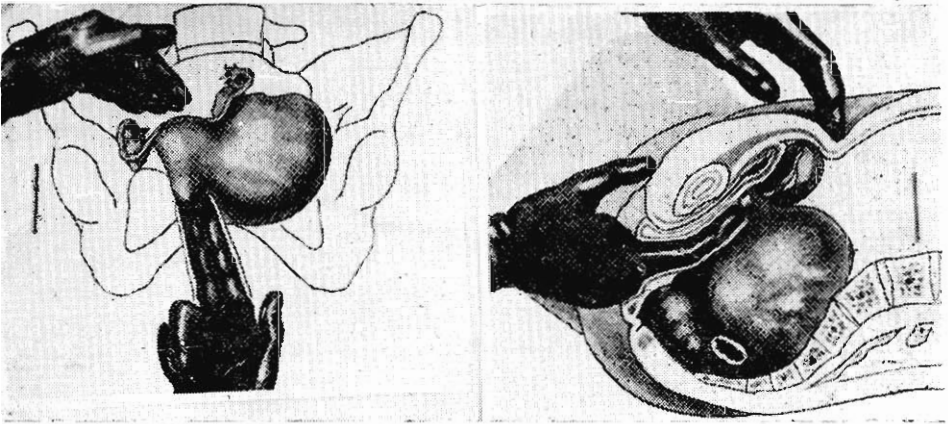
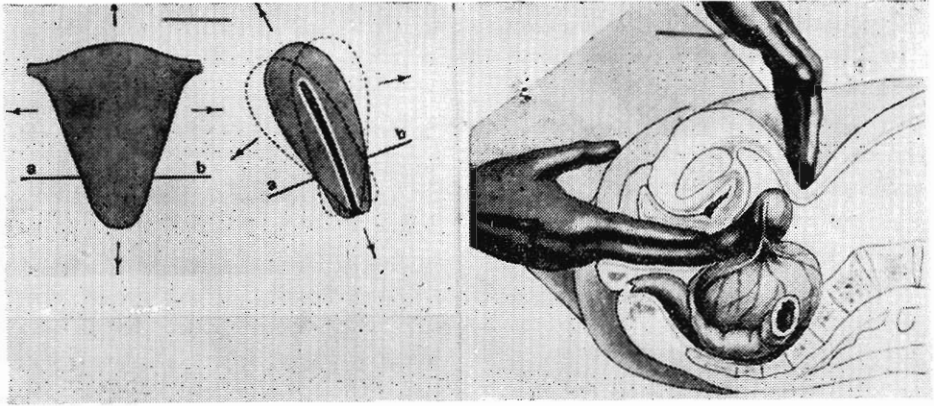


Las vísceras están en equilibrio y sus ligeras variantes como las del útero, deben considerarse normales, puesto que cesando las causas que las originan, recuperan su posición de reposo. Las paredes abdominales y el diafragma inferior trabajan sincrónicamente con el diafragma superior, amortiguando, ayudando o equilibrando, de modo que un empuje desde arriba, se corresponde con una presión desde abajo, tal como ocurre con la tos o la evacuación del recto y vejiga.

En este sentido cabe realzar el papel del diafragma inferior, cuyo principal músculo, el elevador del ano, ofrece un sólido apoyo a las vísceras abdominopelvianas. Igualmente el trans-

verso profundo del periné, cierra el punto débil del piso pelviano: el hiato urogenital. El útero ayuda a reforzar el punto débil, presionado en su cara posterior por las vísceras abdominales, se aplica sobre el hiato como una tapa, que lo cierra por arriba. Cesada la fuerza, el útero vuelve a su situación de equilibrio.

Cuando el abdomen pierde tono en sus paredes musculares: depósito de grasa por obesidad, trabajo sedentario, embarazo, afecciones crónicas, afecciones nerviosas, etc., se altera el importante factor que disminuye la presión intrabdominal, se trastorna el equilibrio y juego armónico de contenido y continente y entonces los órganos ab-



dominopélvicos adquieren peso, que se trasmite permanentemente a útero, vejiga y piso pelviano. Además se producen trastornos de la circulación, estasis venosas y trastornos de las funciones viscerales.

## CLASIFICACION DE LAS DISTOPIAS UTERINAS

Pueden clasificarse en:

- a) Modificaciones de la Posición.
- b) Modificaciones de la Versión.
- c) Modificaciones de la Flexión.
- d) Modificaciones poco frecuentes: Torsión, Rotación, Inversión (a nivel del istmo, de la vagina e invag.)

### 1.— Modificaciones de la Posición

Estos vicios se llaman distopias por desalajo y son debidas en su mayoría a desplazamientos del útero por tumor blastomatoso o inflamatorio. En estos casos la distopia pasa a un segundo plano, pues lo fundamental es la afección que la condiciona.

Las modificaciones de la posición son:

- a) Anteposición: todo el útero ocupa la hemipelvis anterior: tumores del espacio rectouterino, cistoadenomas del ovario, hematocele, mioma cara post.
- b) Retroposición: el útero ocupa la hemipelvis posterior; como en los teratomas ováricos, miomas de cara ant. útero.
- c) Lateroposición: como en los flemones intraligamentarios, tumores en la misma ubicación, etc.
- d) Elevación: el útero asciende y se transforma en intrabdominal: como

en el mioma de cara post. del istmo, ciertos cistoadenomas, hemato-colpos, atresias, etc.

- e) Descensos, Prolapsos o Histeroceles: que consisten en el descenso del útero a través del hiato urogenital y que constituyen todo un capítulo de la Ginecología por su importancia.

### 2.— Modificaciones de la Versión

Se presentan cuando el útero gira alrededor de un eje que pasa por el istmo, manteniendo inmodificables los ejes corporal y cervical; en este caso el cuerpo y el cuello se trasladan en sentido opuesto.

Tenemos tres variedades:

- a) Anteversión: el fondo del útero se acerca al pubis y el cuello al sacro.
- b) Retroversión: el cuerpo uterino está en la hemipelvis posterior y el cuello se acerca al pubis.
- c) Lateroversión: el cuerpo uterino se acerca a una hemipelvis lateralmente y el cuello se acerca a la hemipelvis lateral opuesta.

### 3.— Modificaciones de la Flexión

Se refieren a las modificaciones del ángulo corporocervical, que en estos casos sale de los límites normales de 95 a 100°.

Tenemos tres variedades:

- a) Hiperanteflexión: el ángulo disminuye, siendo menor de 90°; son los llamados úteros en anzuelos, frecuentes en los úteros hipoplásicos.
- b) Retroflexión: el ángulo se abre hacia atrás.
- c) Lateroflexión: el ángulo se abre a derecha o izq.

De todas estas modificaciones, es raro encontrarlas solas, es más frecuente encontrarlas asociadas tanto las de flexión como las de versión.

#### HIPERANTEFLEXION UTERINA

Cuando el ángulo del eje del cuerpo con el eje del cuello es menor de 90°, hay hiperanteflexión.

Se diagnostica merced al tacto vaginal. En estos casos además se apreciarán úteros pequeños, duros, poco móviles y por lo regular se acompañan de una ligera anteversión, rara vez en retroversión.

Así mismo en estos casos la relación cuerpo uterino con cuello está alterada. El cuello mide unos 3cm. y el cuerpo unos 4 cm.

Esta distopia viene a ser expresión de una insuficiencia trófica del ovario, que no ha dado lugar a un desarrollo uterino adecuado. Son úteros inmaduros. Esta insuficiencia trófica, puede extenderse a otros segmentos del aparato genital: vagina estrecha, poco elástica, formix posterior poco amplio, periné excavado, etc.

#### Sintomatología

- Algomenorrea
- Hipomenorrea o hipermenorrea
- Disminución de la fertilidad o esterilidad.
- Flujo vaginal
- Coito doloroso

#### Tratamiento

- Dirigido a la Insuficiencia gonadal
- Régimen higieno-dietético
- Clomifeno para lograr embarazos en casos seleccionados

#### RETRODESVIACIONES UTERINAS

Con este término genérico, se agrupa tanto a las retroversiones, como a las retroflexiones.

Más importante resulta diagnosticar si las retrodesviaciones son móviles o fijas, de lo cual resultará el tratamiento a proponer.

En las retroversiones, el útero bascula en un eje transversal ficticio, que pasaría por el orificio interno, de modo que el fondo uterino y el orificio externo, se desplazan en direcciones opuestas y según el mayor o menor grado de desplazamiento se clasifican en:

1er. Grado. El fondo uterino orientado hacia atrás, se coloca delante del promontorio.

2do. Grado: El fondo uterino está a nivel del promontorio y el cuello sigue el eje vaginal.

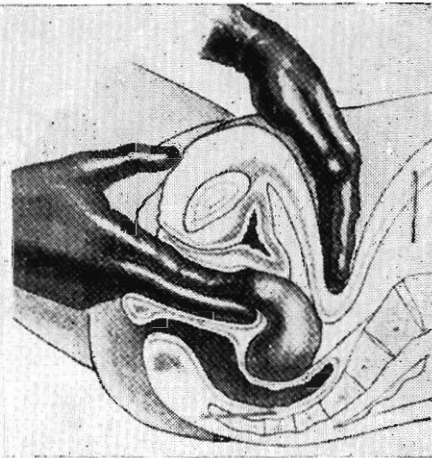
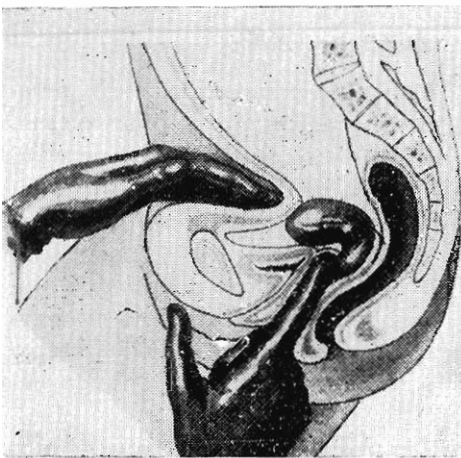
3er. Grado: El fondo uterino está orientado a la excavación del sacro y el cuello hacia la pared vaginal ant.

En las retroflexiones puras, el cuerpo es el que se desplaza y poco o nada el orificio externo del cuello.

#### 1.— Retrodesviaciones móviles

Su causa más frecuente es el parto. Los úteros puerperales tienen tendencia a desviarse hacia atrás, sobre todo en las malas involuciones, que lo mantienen aumentado de volumen. Si a esto se agrega la relajación que el embarazo ha dado a los elementos de fijación y a las paredes abdominales, se explica la tendencia a la retrodesviación.

En estos casos el fondo de saco vé-sico-uterino, es ocupado por asas intestinales y su presión mantienen retrodesviado al útero.



Además estas distopias pueden verse favorecidas por miomas, endometriosis, adherencias o cicatrices postoperatorias, que pueden traccionar el cuello hacia adelante.

Otras causas son atribuibles cuando el aparato genital no sufre las modificaciones que tienen lugar en la adolescencia normal: inclinación de la va-

gina hacia atrás, desarrollo del cuerpo uterino, inclinación de la pelvis, etc.

Por último otra es la que se desarrolla en mujeres de hábitos asténicos, debilidad mesenquimatosa, que originan relajación de las paredes abdominales y del retículo periuterino, lo que puede verse en ciertas mujeres nulíparas.

## 2.— Retrodesviaciones fijas

Es una entidad nosológica distinta a la anterior puesto que tal desplazamiento le ha sido impuesto al útero por procesos ajenos a él y a la estática del sistema viscerο-abdomino-pelviano.

Estas distopias fijas son causadas por:

- Procesos inflamatorios pelvianos: gonorrea, tbc, sépticos.
- Procesos inflamatorios peritoneales: apendicitis, embarazos ectópicos complicados, etc.
- Tumores de útero, trompa, ovario, ligamento ancho, etc.
- Ascitis, sangre, pus, etc.

## SINTOMATOLOGIA

1. En las retrodesviaciones fijas, ellas son sólo un fenómeno más de la patología que las causó, por lo tanto los síntomas son los de la afección que la determinó.
2. En las retrodesviaciones móviles:
  - La gran mayoría de las mujeres que las presentan, se sienten bien, son asintomáticas, con ciclos sexuales normales y sin alteraciones de la fertilidad.
  - En un reducido número de casos se comprueba: hipermenorrea flujo genital, molestias dolorosas en la región sacra o tironeamiento en abdomen inferior.
  - Síntomas generales como dispepsias, estreñimiento, cefalea, taquicardia, vómitos, etc., son los síntomas de la astenia congénita por sistema neurovegetativo lábil.

## DIAGNOSTICO DE LAS RETRODESVIACIONES

Se hace con el tacto y palpación combinada, de los cuales no vamos a entrar en detalles.

En mujeres obesas, vaginas largas, úteros pequeños, puede ser útil la histérometría, así como los exámenes radiológicos.

El diagnóstico diferencial se planteará con el útero grávido, blastomas, colecciones líquidas, procesos inflamatorios, miomas, etc.

Las maniobras de Schultza y las de Küstner, servirán para comprobar si se trata de desviaciones fijas o móviles.

## TRATAMIENTO DE LAS RETRODESVIACIONES

Ante todo debe valorarse la necesidad o no de corregirla. Tener presente que muchos casos son causados por una alteración de la estática abdominal-visceral y que ésta debe ser corregida globalmente.

Diagnosticar retrodesviaciones y proponer corrección quirúrgica, no es lo correcto, es como tratar una visceroptosis generalizada con sólo una gastropexia.

El tratamiento profiláctico es el más aconsejable:

- Gimnasia, para evitar el abdomen péndulo.
- Natación con el mismo propósito.
- Ejercicios en el puerperio.
- Tratamiento de la obesidad.
- Ejercicios perineales permanentes.

El uso de pesarios, tan venido a menos en los últimos años, pueden proporcionar ayuda como elemento diagnóstico y en las mujeres sintomáticas con expectativas de vida disminuidas.



La intervención quirúrgica será reservada para las mujeres con sintomatología irrefutable atribuible a la distopía.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) BADEN WAYNE F., WALKER THOMAS A.: "Origen del perfil vaginal: clasificación correlacionada de la relajación pélvica". Clí. Obs. y Gin. Dcbre. 1972.
- 2) BADEN WAYNE F., WALKER THOMAS A.: "Diagnóstico físico en la valoración de la relajación vaginal". Clí. Obs. y Gin. Dcbre. 1972.
- 3) BALL THOMAS: Gynecology Surgery and Urology. The C.V. Mosay Company. St. Louis. 1963.
- 4) BOTELLA LLUSIA: Tratado de Ginecología. 7ma. Edición.
- 5) CALATRONI RUIZ: Tratado de Ginecología. 8va. Edición. 1969.
- 6) DANFORT, DAVIS: Obst. and Gynec. 2da. Edición. Defectos Estructurales de la pelvis. Pág. 826.
- 7) GREEN THOMAS: Gynecology. Essetial of Clinical Practice.
- 8) NOVAK JONES: Tratado de Ginecología. 7ma. Ed. 1965.
- 9) UFELDER HOWARD: "Mechanism of pelvis support y women. Deduction of study from comparative anatomy and physiology of instructor in world. Am. Obs. and Gin. Vol. 62. Pág. 856. 1956.
- 10) WEED JOHN C.: Anatomía de la pelvis desde el punto de vista del cirujano ginecológico. Cl. Obs. Y Gin. Dcbre. 1972.