

CASO CLÍNICO

1. Departamento Materno – Infantil, Hospital III Suárez, Angamos, EsSalud. Lima, Perú
 - a. Médico Asistente Gineco – obstetra
 - b. Médico Residente

Financiamiento: Propio de los autores

Conflictos de interés: ninguno con el presente artículo

Recibido: 21 setiembre 2020

Aceptado: 14 noviembre 2020

Publicación en línea:

Autor corresponsal:

Dr. Aldo Aguilar - Cieza

📍 Av. Domingo Orue 520, Surquillo, Lima, Perú

☎ 584162605233

✉ aldo0203@gmail.com

Citar como: Aguilar-Cieza, Castro-Reyna A. Inversión uterina no puerperal: primer caso reportado en el Perú. Rev Peru Ginecol Obstet. 2021;67(1). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2312>

Inversión uterina no puerperal: primer caso reportado en el Perú

Non-puerperal uterine inversion: first case reported in Peru

Aldo Aguilar-Cieza ^{1,a}, Américo Castro-Reyna ^{1,b}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2312>

RESUMEN

La inversión uterina no puerperal es muy rara. Se comunica un caso asociado con leiomiomatosis. Se trató de una múltipara de 45 años que manifestó sangrado vaginal grave, dolor pélvico y sensación de cuerpo extraño vaginal. Se diagnosticó mioma uterino en fase abortiva. Se programó para miomectomía con probable histerectomía abdominal y se encontró inversión uterina completa. Este reporte constituye un caso anecdótico de inversión uterina no puerperal, cuyo tratamiento quirúrgico fue exitoso.

Palabras clave. Inversión uterina, Hemorragia uterina, Leiomiomatosis, Miomectomía uterina.

ABSTRACT

Non-puerperal uterine inversion is very rare. A case associated with leiomyomatosis is reported. The case of a 45-year-old multiparous woman with severe vaginal bleeding, pelvic pain and vaginal foreign body sensation is presented. Uterine leiomyoma in abortive phase was diagnosed. She was scheduled for myomectomy with probable abdominal hysterectomy and complete uterine inversion was found. This report is an anecdotal case of non-puerperal uterine inversion, whose surgical treatment was successful.

Key words: Uterine inversion, Uterine hemorrhage, Leiomyomatosis, Uterine myomectomy.

INTRODUCCIÓN

La inversión uterina no puerperal es un suceso raro en la práctica ginecológica diaria. Muchos especialistas no presencian esta entidad en toda su vida laboral. La inversión uterina⁽¹⁾ se define como la salida de la cara endometrial del útero a través de la vagina. Es clasificada en parcial o completa, según la magnitud y en aguda o crónica de acuerdo con el tiempo en que se manifiesta. Ocurre con mayor frecuencia después de un episodio obstétrico, con incidencia de 1 por 3 500 partos vaginales⁽²⁾. La manifestación fuera del embarazo es extremadamente rara, tanto así que no se cuenta con un estimado confiable de su incidencia en la bibliografía mundial, así como los reportes en el Perú no están descritos ni disponibles^(2,3). El diagnóstico preoperatorio no suele ser fácil, siendo la causa más común un mioma submucoso. Sin embargo, otras causas pueden ser los tumores uterinos malignos o presentaciones idiopáticas⁽⁴⁾. En la mayoría de los casos el manejo es quirúrgico y consiste en histerectomía vaginal o abdominal. Se describe un caso de inversión uterina no puerperal concomitante con un leiomioma uterino submucoso, cuyo tratamiento quirúrgico fue exitoso.

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años de edad, natural de Lima, Perú, ama de casa, sin antecedentes personales y familiares de importancia. Sus antecedentes gineco-obstétricos eran menarquia a los 12 años de edad, menstruación cada 28 a 30 días, múltipara (4 partos vaginales), no usuaria de método anticonceptivo, con citología cervical negativa. La enfermedad actual empezó 10 meses antes de su atención, con episodios de hipermenorrea asociados a dismenorrea. La ecografía transvaginal ambulatoria



mostró leiomioma intramural de 5 cm de diámetro a nivel fúndico. Se le recetó anticonceptivos orales, analgésicos y manejo expectante.

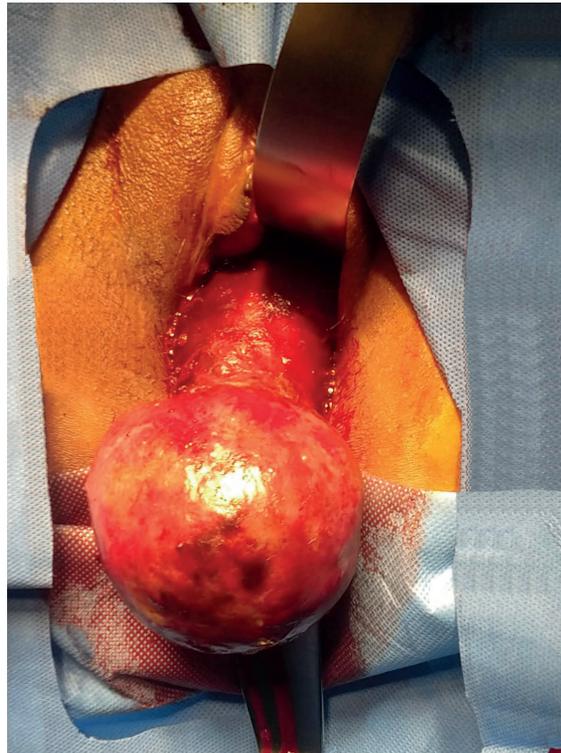
La paciente presentó múltiples ingresos por servicio de urgencias por la misma sintomatología, por lo que se decidió prepararla para cirugía, la que fue diferida por motivos de emergencia sanitaria (marzo 2020). En julio del 2020, acudió al servicio de emergencia por dolor pélvico intenso, sangrado vaginal abundante, disuria y sensación de cuerpo extraño en la vagina. A la evaluación presentó un estado nutricional normal y se evidenció palidez severa. Al examen ginecológico se palpó el útero de aproximadamente 15 cm, observándose una masa de aspecto carnoso de 10 cm de diámetro que protruía por genitales externos, con aparente presencia de pedículo cervical. Fue hospitalizada para estudio y tratamiento. Durante su hospitalización cursó con disminución del sangrado vaginal, anemia severa (hemoglobina 4,5 g/dL) y se agregó cuadro de sepsis urinaria, siendo transferida al servicio de cuidados intensivos para manejo con antibioterapia de amplio espectro, vasopresores y transfusión sanguínea.

Presentó evolución favorable y fue programada para tratamiento quirúrgico por probable leiomioma abortivo. Entre los exámenes de imágenes solicitados, la ecografía vaginal y la tomografía pélvica mostraban la masa antes mencionada, pero resultaron poco satisfactorias para un diagnóstico definitivo.

En sala de operaciones, se realizó examen bimanual bajo anestesia, evidenciándose una masa carnosa de base sésil de 10 cm de diámetro con sangrado superficial, la cual protruía por genitales externos y se continuaba con tejido de aspecto endometrial; no se evidenció el canal endocervical ni un pedículo (figura 1). Ante la alta sospecha de que se tratara de un leiomioma submucoso fúndico asociado a inversión uterina, se decidió programar la paciente para leiomiomectomía vaginal más laparotomía exploratoria, debido a la dificultad para devolver el útero a su posición anatómica.

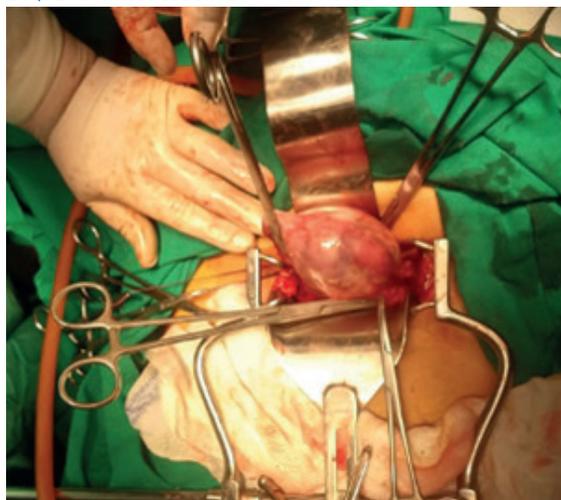
Durante el abordaje abdominal se confirmó ausencia de útero en la cavidad abdominal y un defecto en la excavación pélvica (anillo pericervical de 3 cm de diámetro) por el que se introducía el útero, los ligamentos redondos y las trom-

FIGURA 1. EN VAGINA SE OBSERVA MASA CARNOSA CON SANGRADO SUPERFICIAL QUE PROTRUYE A TRAVÉS DE LA VAGINA.



pas (figura 2). Se intentó reponer el útero a su posición anatómica mediante tracción alterna de los ligamentos redondos (procedimiento de Huntington), con ayuda de compresión por vía vaginal, sin resultado favorable. Finalmente, se practicó una incisión en el fondo posterior del saco vaginal para seccionar el anillo de constricción, aplicando compresión por vía vaginal. Ello permitió devolver el útero a su posición anatómica, evidenciándose el útero con signos

FIGURA 2. VÍA ABDOMINAL, SE OBSERVA LA EXCAVACIÓN PÉLVICA POR LA QUE SE INTRODUCE EL ÚTERO Y LOS ANEXOS.





de hipoxia tisular (figura 3). Posterior a ello, se realizó histerectomía total con preservación de anexos, según la técnica habitual. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica fue informada como leiomioma submucoso sésil de 10 cm, de localización fúndica, con cambios necróticos -hemorrágicos secundarios a injuria vascular. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta a los 2 días de la intervención.

DISCUSIÓN

La inversión uterina no puerperal es un episodio infrecuente, tanto así que no se tiene estimada su incidencia⁽¹⁾. En el año 2007 se publicó un informe de 150 casos entre 1887 y 2006⁽²⁾. En una revisión sistemática más reciente, realizada en el año 2018, se analizó el reporte de casos entre 1940 y 2017, donde se encontró un total de 170 casos comunicados a nivel mundial⁽³⁾. No hubo caso reportado en el Perú; la mayoría fueron de Asia y Europa, siendo la edad promedio 46 años, la causa más frecuente la leiomiomatosis (57,2%), seguida de sarcoma (13,5%) y causas idiopáticas (9,9%); tuvieron características muy similares al caso clínico presentado. La fisiopatología de la inversión uterina no puerperal no es clara. Algunos autores^(4,5) describen el adelgazamiento de las paredes uterinas, debido al tumor intrauterino que ejerce tracción en forma persistente y crónica hacia el cuello, provocando la dilatación del mismo al cabo de un tiempo. A lo anterior se agregan las contracciones uterinas que intentan expulsar el tumor; así también, la presión abdominal aumentada por esfuerzos o sobrepeso, multiparidad y edad avanzada^(6,7). La presentación clínica

es variable. La mayoría de las mujeres presenta sangrado vaginal irregular, disconfort pélvico y sensación de bulto o presión a nivel vaginal. Así también, dismenorrea severa, menorragia y dispareunia. Se ha comunicado *shock* hipovolémico⁽⁸⁾ en un caso de inversión uterina aguda debida a leiomiomatosis uterina; también, retención urinaria aguda que necesitó cateterización^(9,10). Las etapas de la inversión uterina⁽¹¹⁾ son: a) Etapa I, la inversión uterina es intrauterina (incompleta) y el fondo uterino permanece dentro de la cavidad; b) Etapa II, la inversión completa involucra el fondo uterino, el cual protruye a través del cérvix; c) Etapa III, inversión completa, con protrusión del fondo uterino a través de la vulva; y, d) Etapa IV, inversión total, donde la vagina también está comprometida. En el presente caso clínico se trató de una inversión uterina completa.

Para el diagnóstico se contempla 2 puntos clave: 1) el cuerpo y fondo uterino no pueden ser palpados mediante tacto vaginal combinado; y 2) no se visualiza el orificio cervical⁽¹⁾; se complementa con estudios de ultrasonido, tomografía axial computarizada o resonancia magnética^(13,14). Las últimas se las recomienda porque tienen mayor grado de certeza diagnóstica, pues permiten detectar una cavidad uterina en forma de U, el fondo uterino invertido y más adelgazado en el corte sagital, e imagen de 'ojos de buey' en el corte axial, como signos indicativos de inversión uterina. En nuestro caso, los dos primeros estudios no fueron satisfactorios, y no se tuvo posibilidad de usar resonancia magnética. Sin embargo, en casos de emergencia el diagnóstico suele ser clínico.

En cuanto al tratamiento de la inversión uterina no puerperal, la mayoría de casos publicados consideran el tratamiento definitivo mediante histerectomía^(3,12,15), en 86,8% de los casos, siendo la reposición del útero posible en pocos casos, que suele ser eficaz solo en inversiones agudas.

En los casos crónicos, el abordaje quirúrgico puede ser por vía abdominal o vaginal, con técnicas descritas en la literatura⁽¹⁵⁾ (abdominal: Huntington y Haultain; vaginal: Kustner y Spinelli). Cada caso debe ser individualizado, ya que la mayor parte son secundarios a tumor uterino, por lo general de tamaño considerable, lo que dificulta el acceso vaginal. La histerectomía vaginal, puede resultar difícil debido a la distorsión anatómica, incluso para cirujanos expertos.

FIGURA 3. ÚTERO EN POSICIÓN ANATÓMICA Y CON SIGNOS DE HIPOXIA TISULAR.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herath R, Patabendige M, Rashid M, Wijesinghe P. Nonpuerperal uterine inversion: What the gynaecologists need to know? Review article. *Gynecol Obstet Invest*. 2018;83:428-36. doi:10.1159/000488089
2. Gomez-Lobo V, Burch W. Nonpuerperal uterine inversion associated with an immature teratoma of the uterus in an adolescent. *Obstet Gynecol*. 2008;112(3):708-9. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181864cc3.
3. Rosa Silva B, de Oliveira Meller F, Uggioni ML, Grande AJ, Chiaramonte Silva N, Colonetti T, Rebello JR, da Rosa MI. Non-puerperal uterine inversion: a systematic review. *Gynecol Obstet Invest*. 2018;83:428-36. doi: 10.1159/000488089
4. De Vries M, Perquin D. Non-puerperal uterine inversion due to submucous myoma in a young woman: a case report. *J Med Case Rep*. 2010;24(4):21. doi: doi.org/10.1186/1752-1947-4-21
5. Takano K, Ichikawa Y, Tsunoda H, Nishida M. Uterine inversion caused by uterine sarcoma: a case report. *Jpn J Clin Onc*. 2001;3:39-42. doi: <https://doi.org/10.1093/jjco/hye002>
6. Rathod S, Samal SK, Pallavee P, Ghose S. Non puerperal uterine inversion in a young female- a case report. *J Clin Diagn Res*. 2014; 8(9):OD01-OD02. doi: doi.org/10.7860/jcdr/2014/8961.4826
7. Birge, O Tekin, B Merdin, A. Chronic total uterine inversion in a young adult patient. *Am J Case Rep*. 2015;16:756-9. doi: doi.org/10.12659/AJCR.894264
8. Song YJ, Yang J, Yun HS, Lee SK, Kim HG, Lee DH, Choi OH, Na YJ. Non-puerperal uterine inversion presented with hypovolemic shock. *J Menopausal Med*. 2016; 22(3):184-7. doi: doi.org/10.6118/jmm.2016.22.3.184
9. Chen Y, Chen CH, Cheng W, Huang Ch, Chang Ch, Lee Ch, Hsieh Ch. Submucous myoma induces uterine inversion. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2006;45:159-61. doi: 10.1016/S1028-4559(09)60216-3
10. Ashraf-Ganjooie Y. Nonpuerperal uterine inversion: a case report. *Int J Rep Obster Gynecol*. 2017;4(4):1223-6. doi: <https://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20150464>
11. Saxena R, Shah T, Thirumalappa S. Technique of abdominal hysterectomy for non-puerperal uterine inversion. *BMJ Case Rep*. 2011. doi: <https://doi.org/10.1136/bcr.01.2011.3729>
12. 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:e7-e9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.01.024>
13. Moulding F, Hawnaur JM. MRI of non-puerperal uterine inversion due to endometrial carcinoma. *Clin Radiol*. 2004;59:534-7. doi: 10.1016/j.crad.2003.11.007
14. Lewin JF, Byyon PJ. MR imaging of uterine inversion. *J Comput Assist Tomogr*. 1989;13:357-9. doi: <https://doi.org/10.1097/00004728-198903000-00038>
15. Lascarides E, Cohen M. Surgical management of non-puerperal inversion of the uterus. *Obstet Gynecol*. 1968; 32:376-81. PMID: 5754584.