

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Inversión uterina no puerperal: a propósito de un caso



Iria Fernández Grande*, Lucía Castro Vilar, José Esteban Araújo Fernández y M. Elena Borrajo Hernández

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España

Recibido el 6 de marzo de 2013; aceptado el 28 de octubre de 2013

Disponible en Internet el 5 de junio de 2014

PALABRAS CLAVE

Inversión uterina;
Mioma;
Perimenopausia;
Histerectomía

KEYWORDS

Uterine inversion;
Myoma;
Perimenopause;
Hysterectomy

Resumen La inversión uterina no puerperal es un suceso muy infrecuente. La presencia de un mioma submucoso fúndico es, a menudo, la causa de esta extraña entidad pero el diagnóstico es difícil y requiere un alto índice de sospecha.

Describimos el caso de una mujer de 53 años que presentaba sangrado, dolor abdominal y una gran masa protruyendo a través de vagina. Se practicó una histerectomía abdominal y se halló una inversión uterina completa.

© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Non-puerperal uterine inversion: Apropos of a case

Abstract Non-puerperal uterine inversion is a very infrequent event. The cause is often the presence of a fundal submucous leiomyoma, but diagnosis is difficult and requires a high index of suspicion.

We describe the case of a 53-year-old woman who presented with bleeding, abdominal pain and a large mass protruding through the vagina. An abdominal hysterectomy was performed, which revealed complete uterine inversion.

© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La inversión uterina no puerperal es un suceso muy infrecuente en la práctica ginecológica diaria. Muchos especialistas no presencian esta entidad en toda su vida laboral.

Su diagnóstico no suele ser fácil y en mujeres jóvenes se asocia en gran porcentaje a la presencia de un tumor uterino

maligno. En otros casos, el desencadenante es un mioma de localización preferentemente fúndica.

El tratamiento suele ser la histerectomía.

Describimos el caso de una paciente de 53 años con inversión uterina en el periodo no puerperal.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 53 años, perimenopáusicas y múltipara, sin antecedentes médicos de interés. Como antecedente quirúrgico, destaca la exéresis por torsión, en

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iria_fernandez@hotmail.com
(I. Fernández Grande).



Figura 1 Vía vaginal. Masa carnosa con sangrado superficial que protruye a través de la vagina.

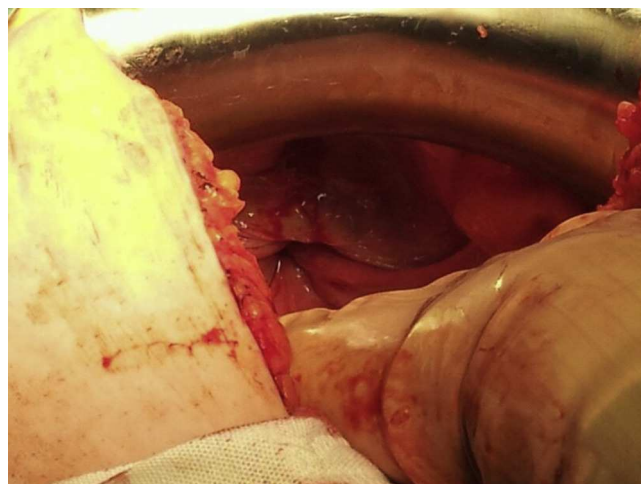


Figura 2 Vía abdominal. Excavación pélvica por la que se introducen los ligamentos redondos y trompas.

2001 y 2008, de 2 miomas pediculados que protruían de forma aguda a través de cérvix («miomas paridos»).

En su último control ginecológico (2010), el único hallazgo fue un nódulo submucoso posterior de 30 × 27 mm.

La paciente acude a nuestro servicio en 2012 por dolor abdominal brusco, náuseas, vómitos y masa que protruye a través de vagina, de aproximadamente un mes de evolución, acompañado de metrorragia.

Debido a los antecedentes, la paciente se refiere a la masa como otro mioma parido.

A la exploración, se evidencia una tumoración de unos 6 cm, que asoma en genitales externos, y se tactan el cérvix dilatado a través de la vagina y un pedículo muy ancho.

Se decide ingreso para analgesia y estudio, ante la sospecha de mioma parido vs. inversión uterina.

La ecografía por vía vaginal, rectal y abdominal resulta poco satisfactoria.

Ante la persistencia del dolor, se acuerda realizar una exploración bajo anestesia en quirófano, donde se objetiva una masa de aspecto carnoso, con sangrado superficial, que protruye a través de la vagina. No se palpan útero al tacto bimanual y el pedículo de la masa termina a nivel de cérvix (fig. 1).

Se concluye el diagnóstico como inversión uterina, por lo que se decide realizar una laparotomía. En ella se constata la ausencia de útero en la cavidad abdominal y un defecto en excavación pélvica por el que se introducen los ligamentos redondos y trompas (fig. 2).

Se procede a reponer el útero a su posición, mediante tracción alterna de redondos y fondo uterino, con ayuda de compresión por vía vaginal, y se realiza una histerectomía total con doble anexectomía.

La anatomía patológica de la pieza se informa como leiomioma submucoso pediculado y prolapsado, de 7 cm, con cambios necrótico-hemorrágicos secundarios a torsión.

La paciente es dada de alta a los 5 días de la intervención.

Discusión

La inversión del útero es una complicación poco común en el puerperio inmediato y aún más extraña si cabe cuando no

sucede tras el parto. Mientras la incidencia de inversiones puerperales oscila entre 1:2.000 a 1:30.000 partos, la incidencia de las no puerperales nunca ha sido estimada¹⁻³. Son prácticamente nulos los casos de inversión uterina no puerperal descritos en la literatura española.

Gomez-Lobo et al. publicaron un informe de 150 casos entre 1887 y 2006⁴. Takano et al. revisaron la bibliografía en inglés de 1940 al 2000 y encontraron 88 casos publicados, de los cuales 71,6% fue secundario a miomatosis², al igual que en nuestro caso. Rocconi et al., a través de *Medline*, encontraron 288 casos publicados durante el periodo de 1900 al 2002, la mayor parte debidos a leiomiomas³.

La clínica es variable: las pacientes pueden referir sangrado genital irregular, masa que protruye a través de la vagina, dolor abdominal y/o suprapúbico o molestias urinarias²⁻⁶. No es usual la entrada en shock, que tampoco sucedió en nuestro caso, lo que sí es frecuente cuando se trata de una inversión uterina en el puerperio.

El diagnóstico es difícil, aunque parece haber 2 puntos clave: 1) el cuerpo uterino no puede ser palpado mediante tacto vaginal combinado; 2) no se visualiza el orificio cervical⁷. En nuestra paciente, el diagnóstico fue más tardío debido al antecedente reiterado de mioma parido.

En general, es más frecuente a partir de los 45 años y se relaciona principalmente con miomas, aunque también con leiomiomas, siendo entonces más común que se presente la inversión en una paciente joven.

Mwinyoglee et al. hallaron que el 97,4% de los casos estaban asociados a tumores, de los cuales hasta el 20% eran malignos⁵. Del mismo modo, Takano et al. informaron de un 92% asociados con tumores, de los que un 71% fueron leiomiomas e igualmente un 20% malignos².

La etiología de esta entidad todavía no ha sido bien definida.

Se han propuesto diversas causas, como la existencia de una pared uterina fina, un rápido crecimiento tumoral y la localización fúndica del mismo, un pedículo muy delgado, dilatación del cérvix por distensión de la cavidad uterina y una expulsión repentina del tumor^{7,8}.

El diagnóstico es difícil y requiere un alto grado de sospecha, especialmente cuando la inversión es parcial y no total^{2,9}.

Lewin et al. recomiendan el uso de la resonancia magnética T2 para detectar una cavidad uterina en forma de U, un 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 uterina¹⁰.

Esto, no obstante, no es factible en muchos de los hospitales españoles.

La inversión uterina puede ser aguda o crónica, según su evolución. La aguda se caracteriza por el dolor intenso y la hemorragia, mientras que la crónica a menudo se presenta como dolor pélvico y vaginal, sangrado genital y anemia^{11,12}. En el caso de nuestra paciente, la evolución fue crónica y tuvo una reagudización que la llevó a consultar.

Respecto al tratamiento, la mayoría de los especialistas practican la histerectomía con doble anexectomía por vía abdominal, como sucedió en nuestro caso, debido a la edad de la paciente. Otra vía de abordaje es la vaginal, en la que hay varias técnicas descritas y publicadas en la literatura. Sin embargo, debido a la distorsión anatómica, puede resultar dificultosa, incluso para cirujanos expertos.

La reposición del útero es posible en pocos casos y suele ser eficaz solo en inversiones agudas. En los casos crónicos, es obligada la cirugía⁹.

Conclusiones

La inversión uterina es una entidad poco frecuente, asociada en la mayoría de los casos a miomas fúndicos pero también a leiomiomas.

La clínica es variable, aunque predominan la aparición de masa a nivel genital, el dolor abdominal y el sangrado vaginal.

El diagnóstico es difícil, aunque posible mediante una buena exploración física, dado que no se puede palpar el cuerpo uterino ni se visualiza el cérvix.

El tratamiento de elección suele ser la histerectomía, especialmente en mujeres de edad más avanzada, aunque es importante recordar que en pacientes jóvenes se asocia con mayor frecuencia a afección maligna, por lo que habría que diferir la histerectomía a un segundo tiempo, tras el diagnóstico anatomopatológico definitivo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Wendel PJ, Cox SM. Tratamiento obstétrico urgente de la inversión uterina. *Clin Obstet Gynecol.* 1995;2:243–55.
2. Takano K, Ichikawa Y, Tsunoda H, Nishida M. Uterine inversion caused by uterine sarcoma: A case report. *Jpn Clin Oncol.* 2001;31:39–42.
3. Rocconi R, Hun WK, Chiang S. Postmenopausal uterine inversion associated with endometrial polyps. *Obstet Gynecol.* 2003;102:Error: FPage (521) is higher than LPage (523)!
4. Gómez-Lobo V, Burch W, Khanna PC. Non-puerperal uterine inversion associated with an immature teratoma of the uterus in an adolescent. *Obstet Gynecol.* 2007;110:Error: FPage (491) is higher than LPage (493)!
5. 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.
6. Gowri V. Uterine inversion and corpus malignancies. A historical review. *Obstet Gynecol Surv.* 2000;55:703–7.
7. Lascarides E, Cohen M. Surgical management of non-puerperal inversion of the uterus. *Obstet Gynecol.* 1968;32:376–81.
8. Lupovitch A, England ER, Chen R. Non-puerperal uterine inversion in association with uterine sarcoma: Case report in a 26-year-old and review of the literature. *Gynecol Oncol.* 2005;97:938–41.
9. Kopal S, Seckin NC, Turhan NO. Acute uterine inversion due to a growing submucous myoma in an elderly woman: Case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001;99:118–20.
10. Lewin JS, Byon PJ. MR imaging of uterine inversion. *J Comput Assist Tomogr.* 1989;13:357–9.
11. Krenning RA, Dorr PJ, de Groot WH, Heuberger JJ. Non-puerperal uterine inversion Case report. *Br J Obstet Gynaecol.* 1982;89:247–9.
12. Safdarian L, Aleyassin A, Forootan M, Kamalian N, Ahmadzadeh A. Non puerperal uterine inversion: A case report. *Acta Medica Iranica.* 2003;41:59–61.