

# Anales de Medicina y Cirugía

PUBLICADOS BAJO LA DIRECCIÓN DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

Año XXIV - II Época

FEBRERO, 1948

Vol. XXIII - Núm. 32

Real Academia de Medicina de Barcelona

## INVERSIÓN UTERINA (\*)

Prof. J. GENATO MUÑIZ

Catedrático de la Universidad de Santo Tomás de Manila.

**E**MPEZARÉ diciendo que la inversión uterina, tomando las palabras de CONILL en su libro «Tratado de Ginecología», es la vuelta del útero como dedo de guante. La inversión uterina en el período de alumbramiento es una de las complicaciones más graves.

Todos los autores están de acuerdo de la rareza de esta complicación, y algunos con extensa experiencia no lo han visto nunca. ZANGEMEISTER calcula que la proporción es de 1 x 400.000 partos. En mis veintisiete años en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Santo Tomás, sólo he visto tres casos. El primero el año 1938 y los dos últimos el año 1947. Todos los tres casos eran crónicos y causados por un parto. El mecanismo de producción no lo hemos podido determinar con exactitud porque dieron a luz fuera de nuestro servicio y sus contestaciones a la historia eran muy vagas, pero aparentemente sin ningún factor de tracciones o manipulaciones violentas.

Para ser mejor comprendido, diré algunas palabras sobre su etiología y patogenesis. Hay dos condiciones que más frecuentemente producen la inversión del útero: el parto y un tumor intrauterino. Aparte de esto, muy raras veces la inversión uterina se produce espontáneamente, sin causa aparente o que sea de un origen idiopático. De este origen, STEPHEN sólo ha podido recoger 17 casos en la literatura.

Las inversiones no puerperales o las ginecológicas, las llamadas oncogénicas son las producidas por tumores intrauterinos que en su desarrollo se comportan como cuerpos extraños dentro de la cavidad uterina, evitando las contracciones de sus paredes para su expulsión, estirando y arrastrando consigo en su descenso la pared a la cual está adherida, iniciando de este modo la inversión uterina.

Las inversiones más frecuentes son las puerperales o tocogénicas, y la mayor parte de ellas son causadas por tracciones en el lugar de la implantación de la placenta, ya sea por tracciones sobre el cordón por el cordólogo o la comadrona, cuando la placenta está aún adherida, ya sea por un cordón corto o vueltas del mismo alrededor del cuello que en el período expulsivo el feto tira del cordón, un parto rápido estando la mujer de pie que con el peso del feto pueda arrastrar la pared uterina a la que la placenta está adherida o por una maniobra de Crede impropriamente hecha y a destiempo.

Algunas inversiones se producen aparentemente de una manera espontánea durante el curso del puerperio, aunque la inversión pudiera haberse iniciado ya por alguno de los factores etiológicos ya mencionados. También pueden ser debidos a alguna relajación o parálisis de una mayor o menor porción de las paredes uterinas y generalmente en el sitio de implantación de la placenta, que es la parte más fina y la más blanda. Esta parte fina y relajada se hunde e invagina en la cavidad, dándole un parecido al fondo de una botella o al de una pelota hueca de goma pinchada con un alfiler cuando se la comprime.

En el borde de esta invaginación la pared uterina que la circunda forma un anillo contraído que presiona la parte parcialmente invaginada, aumentando más y más la invaginación. Más aún, esta parte invaginada actúa también aquí como

(\*) Conferencia pronunciada el día 14 de enero de 1948. Presidencia Prof. Peyrí.

en los casos de tumores cavitarios, como un cuerpo extraño intrauterino que excita una relajación y contracción de sus paredes con los esfuerzos de expulsar el cuerpo extraño, que en este caso es la parte invertida, hasta que se produce una más o menos completa inversión.

Sin embargo, todos estos casos o factores etiológicos mencionados, por sí solos no pueden ni son suficientes para causar una inversión, porque las tracciones sobre el cordón, la maniobra de Crede impropia o mal hecha se hace con mucha frecuencia, y los mismos cavitarios frecuentemente se han expulsado sin que ocurra una inversión uterina.

Para que se produzca una inversión es necesario, además de las causas mencionadas, que coexista otro factor etiológico, u otro factor concomitante que yo podría llamarlo predisponente, para mí más importante que los otros factores excitantes mencionados. Este factor predisponente es la atonía y flaccidez de toda o parte de la pared uterina. No puedo concebir una inversión uterina sólo por los factores de presión abdominal o tracción sobre el cordón si el útero conserva su propia tonicidad, contracción y dureza.

La importancia de esta pérdida de tonicidad y relajación de las paredes uterinas en las inversiones ha sido demostrada por REIMANN, que encontró 7 casos de inversiones, en 64 casos de partos inmediatamente después de la muerte. Si no se admite este factor etiológico no se podría explicar esta proporción tan grande en los partos postmortem de casi el 9 por 100 en los casos de REIMANN, considerando que las inversiones son tan raras del 1 x 400.000 calculados por ZANGEMEISTER, y que muchos de nosotros con años de experiencia y práctica activa no hemos visto siquiera un caso de inversión aguda.

Existe una divergencia de opinión entre diferentes autores en la clasificación patológica de las inversiones. La más frecuente y aceptada división es la de completa e incompleta. En la interpretación de estos términos no todos están de acuerdo, porque mientras algunos consideran la inversión completa cuando el cuerpo está por fuera del cuello, otros, sin embargo, consideran la inversión completa sólo cuando todo el útero está completamente invertido, incluyendo el cuello.

Para subsanar esta falta de conformidad en la clasificación, yo propondría otra que a mi juicio abarcaría todas las variedades patológicas. Esta división patológica sería: Parcial, Incompleta, Completa y Total. Llamaría Parcial a las inversiones locales del útero cuando la parte invaginada está aun retenida dentro de la cavidad uterina sin sobrepasar el orificio externo.

Incompleta, cuando la parte invertida en parte o todo haya rebasado el orificio externo, sin incluir en la parte invertida el cuello.

Completa, cuando en la inversión del cuerpo toma también parte la inversión del cuello, y total, cuando en la inversión completa queda arrastrada e invertida más o menos porción de la vagina.

La clasificación clínica en aguda y crónica es absolutamente arbitraria y sólo indica la duración de la inversión y la condición del útero. Aunque arbitraria, es aceptable esta división porque indica no solamente el estado del útero, sino también el tratamiento a seguir.

Llamaré agudas las inversiones puerperales durante todo el tiempo que el útero sufre los cambios de involución. En general, la inversión se considera aguda cuando tiene menos de seis semanas de duración después del parto. Cuando ya han terminado los procesos de involución se las considera crónicas y bajo el dominio de la Ginecología.

Los tres casos que he visto todos eran crónicos y de origen puerperal.

La primera, una multipara, Para VII, de veintisiete años de edad, ingresó en el hospital de San Juan de Dios, de Manila (ahora completamente destruído), Hospital de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santo Tomás, el día 7 de noviembre de 1938.

El día 1.º de octubre dió a luz espontáneamente a un feto a término. Doce horas después del parto, debido a sus esfuerzos a evacuar una vejiga llena, sintió salir por la vulva una masa sangrienta del tamaño de la cabeza de un feto. Esta expulsión no fué acompañada de dolor ni hemorragia muy abundante.

Los esfuerzos del médico en reducir la inversión bajo morfina y anestesia general fueron vanos e inútiles, en vista de lo cual colocó la masa sangrante dentro de la vagina con un ligero taponamiento.

Al día siguiente se le efectuó una transfusión sanguínea y la hemorragia fué

cesando paulatinamente, siendo sustituida por una leucorea serosanguínea. Al décimo día salió del hospital, contra los consejos de su médico.

A su ingreso en nuestro hospital, la piel estaba pálida, también las mucosas, ligeramente febril, quejándose de un flujo serosanguinolento.

El recuento globular acusaba 3.070.000 glóbulos rojos, con 7.600 leucocitos.

A la exploración se encontraba el útero invertido contenido dentro de la cavidad vaginal con el cuello formando un anillo o rodete resistente. La mucosa uterina presentaba un color rojizo y fácilmente sangrante al tacto. El tamaño del útero, el de un útero en involución completa.

El fondo de Douglas estaba muy profundo y difícilmente accesible a los dedos, haciéndose muy difícil su exploración por el tacto por la presencia de la masa uterina en la vagina.

Estuvo bajo observación y preparación durante diez días, con una temperatura que oscilaba de 37 a 38° C.

El día 18 de noviembre fué operada por vía vaginal y dada de alta el 14 de diciembre.

El segundo caso, primípara, fué también de un parto cugroso en el hospital de la Facultad el año 1947. En su historia no se encuentra tumoración sangrante fuera de la vulva después del parto, como en la primera, sino que siguió sangrando después del parto unos días más y otros días menos hasta la fecha, que la vi, dos meses después del parto. El útero se hallaba invertido dentro de la cavidad vaginal con el cuello no invertido formando anillo, la mucosa muy sangrante al ligero tacto y el fondo de Douglas muy alto y poco accesible.

Fué operada por vía vaginal a los pocos días de su ingreso y salió del hospital en buenas condiciones.

El tercer caso, primípara, también como la anterior, fué causada por un parto. La inversión en este caso probablemente fué inmediata después de él, pues el síntoma de hemorragia abundante apareció inmediatamente después del parto.

Desde entonces la hemorragia no cesó, aunque en menor cantidad, hasta su ingreso en el hospital de la Facultad el año 1947.

Presentaba la enferma a su ingreso un cuadro de extrema anemia en la piel y mucosas palidísimas, quejándose de hemorragia por vagina.

A la exploración se encontró el útero invertido en completa involución, ocupando la cavidad vaginal con la mucosa muy sangrante y el cuello formando anillo. El Douglas alto y detrás de la masa uterina.

Debido al estado muy debilitado y precario de esta enferma, se le hizo a su ingreso una transfusión de un litro de plasma y se taponó ligeramente la vagina. A las veinticuatro horas se le quitó el tapón y la hemorragia había cesado casi por completo. La enferma recuperó gradualmente y estuvo bajo tratamiento y observación durante un mes. Al mes comenzó a sangrar y al día siguiente tuvo una hemorragia tan abundante que cayó en shock con todo su aparatoso cuadro clínico. Se le volvió a dar una transfusión de un litro de plasma. Cuando comenzó la hemorragia se le hicieron varios taponamientos, ligeros al principio y apretados después, pero a través de las gasas de taponar fluía la sangre. En vista de esto, taponamos la vagina con gasa empapada con Trombin Tropical P. & D, y sólo entonces conseguimos cohibir la hemorragia.

A los pocos días, temiendo otra hemorragia, se le practicó la operación por vía vaginal y fué dada de alta quince días después.

Muchas y variadas son las técnicas operatorias para el tratamiento quirúrgico de las inversiones, algunas de ellas muy elaboradas; unas, por la vía abdominal, como la de THOMAS, y otras, por la vía vaginal, como las de SPINELLI, KUTSNER y PICCOLLI.

Entre estos últimos tenemos dos procedimientos muy similares entre sí y actualmente los más aceptados. Estos son el de KUTSNER, practicado el año 1890, y el de SPINELLI, que viene a ser una modificación del principio de la operación de KUTSNER.

La operación de KUTSNER, atribuida por HARTMAN a PICCOLLI, de Italia, consiste en una colpohisterotomía posterior. En esta operación, con unas pinzas de garfios colocados en el fondo del útero se tira y se lleva para fuera de la vulva, basculándolo hacia delante para poner al descubierto la cara posterior del útero y el fondo de saco posterior.

A través del fondo de saco se practica una incisión transversal, incluyendo el peritoneo de Douglas.

Por el Douglas abierto se inserta el índice en el infundíbulo formado por la invasión y el útero se circunda en la línea media posterior desde el cuello hasta el fondo.

El útero circundado se reduce colocando los pulgares en la cara anterior, hundiéndola y empujándola mientras los otros dedos forman un gancho cogiendo los bordes de la incisión, que enrollan para afuera y adelante hasta que se reduzca la invasión.

Se entierran los bordes de la incisión desde el fondo hasta el cuello y se repone el útero reducido y suturado dentro de la cavidad pélvica, cupulándolo y basculándolo a través del fondo de Douglas, la que se cierra o se deja parcialmente abierta con un drenaje.

La operación de SPINELLI tiene el mismo principio de KUTSNER, con la única diferencia que en vez de hacer la incisión en la cara posterior del útero y en el Douglas, la hace en el fondo del saco vaginal anterior y en la cara anterior del útero.

Parece ser que la operación de KUTSNER es más simple y sin ningún peligro de herir la vejiga, pero por otro lado en la de SPINELLI el campo operativo es más accesible.

En el tratamiento de mi primer caso mi intención era la de practicar la operación clásica de KUTSNER. Esta operación no es tan sencilla y fácil como la describen los libros. Puede ser que en otros casos se pueda bajar fácilmente el útero, y probablemente algunos de los que me escuchan ahora aquí lo hayan podido hacer.

En mi primer caso me sorprendió que no se pudiera fácilmente estirar y bajar el útero, y no me fué posible practicar la incisión del Douglas a la vista, primero porque estaba muy alto, y segundo porque estaba cubierto por la masa uterina y hubiese tenido que hacerlo a ciegas.

Viendo esta dificultad, decidí hacer una incisión longitudinal del fondo del útero, por la que introduce el índice para explorar el embudo de la invasión, y luego continué la incisión teniendo mi dedo siempre como guía a la cara posterior del útero al cuello y luego la incisión transversal del fondo del saco vaginal. Al hacer la reducción encontré otra dificultad, y fué que no podía hacerlo con facilidad. El útero estaba frágil y se rasgaba a los intentos de reducción. Continué la incisión del fondo a la cara anterior y la reducción pude hacerla con mucha facilidad. La continuación de la incisión del fondo a la cara anterior, creo que es una condición esencial para facilitar la reducción.

Otra dificultad encontrada en este caso fué que la colocación de las pinzas de garfios en el fondo del útero para traccionarle me produjeron rasgaduras que tuve que suturarlas después.

Una vez reducida la invasión y suturada la incisión uterina, reduje el útero a la cavidad pélvica y dejé un drenaje en el Douglas.

Tuvo un curso postoperatorio bueno, con una elevación de la temperatura que llegó hasta 40° C. Los dos primeros días fué decendiendo gradualmente. Se le dió de alta el 14 de diciembre.

Debido a esta lección, en mis dos últimos casos quise comprobar si me era fácil bajar el útero y exponer el fondo de saco posterior, pero en ambos encontré las mismas dificultades que en el caso descrito.

Para evitar la rasgadura uterina por la pinza de garfios, hice la tracción con dos hilos de seda gruesos pasando uno en cada cuerno uterino. Hice la incisión del fondo y de la cara posterior, alargando ya desde el primer momento la incisión del fondo a la pared anterior, por la que me fué fácil la maniobra de reducción. Una vez reducida la invasión y suturada la incisión uterina y reemplazada a la cavidad pélvica, dejé un drenaje en el Douglas.

Ambos tuvieron un curso postoperatorio bueno y se las dió de alta completamente recobradas.

Como se puede ver, la técnica por mí seguida se diferencia en algo de la de KUTSNER, aunque el principio sea el mismo, en que en vez de usar pinzas de garfios para traccionar, usé hilos de seda, y que en vez de abrir primero el Douglas para ser seguido de la incisión uterina del cuello al fondo, comencé la incisión

desde el fondo a la cara posterior y cuello, y luego al Douglas, continuando algo la incisión del fondo a la cara anterior.

Conclusiones y sumario. Resumiendo lo expuesto como conclusión y sumario:

1. Importancia de la relajación de las paredes uterinas en la etiología de las inversiones considerándolo como condición indispensable.
2. Se propone una clasificación uniforme que abarque las distintas variedades.
3. Se aportan tres casos de inversiones completa y crónica.
4. Se describe una modificación de la técnica de KUTSNER.