

Sesión del 17 de diciembre de 1921

Tratamiento quirúrgico de la inversión uterina aguda

POR EL DOCTOR F. TERRADES

Afección bastante rara es la inversión uterina, y si de ella descartamos los casos debidos a neoplasias, frecuentemente miomas submucosos insertados en el fondo, que por fenómenos naturales de expulsión arrastran en su descenso las paredes uterinas produciendo una inversión de las mismas más o menos grande, de los cuales he observado algunos, si nos concretamos a la inversión puerperal, queda muy reducida la casuística; no es extraño, pues, que la literatura médica sea tan escasa (en 20 años se han publicado unos 700 casos), lo cual me ha movido a presentaros el que luego relataré, notable por más de un concepto.

No es mi propósito entrar en detalles diagnósticos ni sintomáticos, pero me conviene insistir en un punto de patogenia digno de ser notado. En las tres cuartas partes de 400 casos bien estudiados, la inversión no fué producida por tracciones intempestivas del cordón ni por la expresión a lo Credé; en el presente tampoco se hizo la menor maniobra provocadora; es preciso, pues, que haya condiciones productoras especiales que yo creo que pueden sintetizarse en las siguientes: 1.^a Completa flacidez del globo uterino. 2.^a La placenta incompletamente despegada del fondo del útero inicia un pequeño grado de inversión. 3.^a Una contracción vermiforme empezada en el punto inicial de inversión que se propaga de arriba abajo. El fenómeno sería parecido a cuando arrollamos un dedo de guante de goma bastante elástico, que si le empezamos el desdoblamiento, paulatinamente se va desarrollando él solo.

Establecida la inversión con todo el cortejo de síntomas alarmantes, hemorragia y choc, puede ser parcial, casi total, quedando sólo el cuello no invertido, formando un rodete al útero, o total completamente, como en nuestro caso, continuándose directamente la vagina con el útero sin que haya reborde alguno; estos últimos son los casos de más difícil reducción.

Las maniobras reductoras, hechas simplemente con las manos ayudadas o no de la anestesia general y la posición de Trendelenburg, o con taponamientos compresivos repetidos, o con globos vaginales, dan cuenta de la inversión la mayor parte de las veces; por esto, sin duda, algunos casos dejarán de publicarse. La taxis manual, como la de una hernia, debe ser metódica, procurando hacerla por el lado más asequible y a partir del sitio de reflexión; el momento más a propósito es el inmediato al accidente y cuando la enferma se ha repuesto del choc, pero cuando aun conservan su flexibilidad las paredes del útero. La reducción lenta por medio de taponamientos repetidos o de los globos vaginales, si bien tiene sus partidarios—hasta se citan éxitos logrados después de unos meses, ftiene ya sus peligros, como son la infección y hasta la necrosis por compresión de las paredes uterinas, cuyo riesgo sanguíneo está de por sí comprometido; y si éstos eran procedimientos aconsejables años atrás, actualmente deben dejar paso a los procedimientos quirúrgicos reglados y poco graves.

Menciono, para rechazarla, la histerectomía, que como operación mutilante sólo debe hacerse en caso que haya una grave infección uterina, porque entonces debemos atender a ésta y no a la inversión concretándose sólo a las operaciones conservadoras.

Cuando la inversión es parcial quedando en su sitio todo el cuello y parte del cuerpo, bastará la incisión de Doyen en el labio anterior del cuello, como para hacer el primer tiempo de la histerectomía vaginal del mismo autor, para romper la constricción y reponer el útero con una taxis sencilla; podríamos llamarle un proceder mixto, útil para casos medianos.

Para casos completos podemos optar por la vía vaginal o la abdominal. La primera es la que priva actualmente, dividiéndose sus partidarios entre la colpohisterotomía posterior de Küstner modificada por Piccoli y la colpohisterotomía anterior de Kehrer modificada por Spinelli. Ambas están informadas por los mismos principios; incisión del fondo de saco vaginal correspondiente hasta abrir el peritoneo, despegando en la anterior la vejiga; incisión media de toda la pared uterina posterior o anterior, respectivamente; ranversamiento del útero cogido por los labios de la incisión de modo que la incisión posterior quede anterior y la anterior posterior, y que la mucosa de externa que es, quede interna; sutura de esta misma incisión; media vuelta de campana al útero para internarlo

en el abdomen a través de la incisión del fondo de saco; sutura de éste. La operación no debe ser difícil, sobre todo en los casos crónicos de útero ya involucionado, según un caso que he visto en la Clínica oficial, operado por el doctor Bonafonte. A la colpohisterectomía posterior se le achaca el dar lugar a retroflexiones adherentes, cosa que no sucede con la anterior; en cambio, ésta es algo más peligrosa por la presencia en el campo operatorio, de la vejiga, que a veces puede ser arrastrada al embudo uterino.

La vía abdominal ha sido utilizada de muy diversa manera. Thomas, hace unos 50 años, abrió el abdomen, dilató el embudo uterino con un divulsor de ramas, al par que por la vagina se hizo la taxis con buen resultado; pero posteriormente, en sus mismas manos y en las de otros, dió bastantes más fracasos que éxitos y fué abandonado el proceder. Otros han utilizado la laparotomía para tirar de los ligamentos redondos y útero-ováricos, combinándolo con la taxis vaginal; los resultados tampoco fueron satisfactorios. Núñez, de la Habana, refiere un caso en que, abierto el abdomen, hizo una incisión media posterior del cuello hasta abrir la vagina, introdujo por ella un dedo y haciendo presión sobre la pared posterior del útero lo redujo con éxito. Everer trató también un caso por esta vía. Pero todos estos casos operados diversamente y sin método y con escasos éxitos contribuyeron más a su descrédito, quedando casi abandonada la vía abdominal, a mi parecer injustamente según tendré ocasión de demostrar en el presente caso.

Caso clínico. — N. N., de 35 años, nulípara; embarazo algo accidentado por sufrimientos morales y materiales, con albuminuria en sus últimos tiempos, de modo que llegó al parto bastante agotada; éste duró 3 días, terminando con una aplicación de fórceps que hizo el doctor Mur, por la tendencia a la atonía uterina; no pudo evitarse un desgarro total del periné. A los 10 minutos, expulsión espontánea de la placenta, *sin que se hicieran tracciones del cordón ni expresión abdominal*, e inmediatamente gran hemorragia que pone en peligro la vida de la enferma, con aparición en la vulva de un cuerpo esférico, rojo y blando, que se reconoció ser el útero. Intento de reposición por taxis manual y luego por presión con un taponamiento que al propio tiempo es hemostático, pero todo es inútil; inyecciones de ergotina y de aceite alcanforado. A las 2 ó 3 horas nuevo intento de reducción manual que fué luego repetido en las 40 horas siguientes por tres distinguidos colegas, entre ellos el doctor Nubiola, sin ningún resultado. En este estado me encargo de la enferma, a las 48 horas del parto, agotada por el insomnio, la anemia y el dolor de estos dos días, con pulso débil y frecuente y algunas décimas de temperatura. El útero está completamente invertido, sin reborde de cuello, pero está todo él alojado en la vagina. La enferma es llevada a la clínica, donde la dejo dos días en descanso, sin taponamientos y sometida a irrigaciones vaginales, y observando la temperatura, por si el desarrollo de una infección grave obligase a hacer una histerectomía.

Al 5.º día del puerperio es llevada la enferma a la sala de operaciones con intento de anestésicarla, probar por última vez la taxis manual en Trendelenburg y en último término la colpohisterotomía. La taxis fracasa. Pero al intentar la colpohisterotomía me doy cuenta de la imposibilidad de hacerla, porque, por más que busque, me es imposible poner al descubierto el fondo de saco vaginal posterior ni el anterior: el útero ocupa toda la vagina. Como no hay reborde de cuello, no hay modo de insertar una pinza de garfios para servir de referencia, ni es posible sacar el útero fuera de la vulva. En estas condiciones, estimo temerario ir a ciegas y empezar por incindir el fondo del útero, a mayor abundamiento habiendo un desgarro completo del periné que mantiene sucio el campo, por lo cual no queriendo exponer a la enferma a una operación larga y de grandes manipulaciones en un campo sucio, abandono la partida y dejo para otro día la operación abdominal, que en aquel momento se me ocurrió. Esta se hizo dos días después, en la siguiente forma:

Laparotomía media subumbilical. Despegamiento de los intestinos adheridos al embudo uterino y que lo obturaban. Desinserción del peritoneo véstico-uterino replegando hacia arriba la vejiga, que era arrastrada hacia el infundíbulo del útero invertido. Corte medio, con las tijeras, del rodete uterino hasta llegar al fondo de saco vaginal anterior. Con dos pinzas de garfios se cogen los labios de la incisión y tirando hacia arriba se prolonga ésta por la pared anterior del útero, cogiendo con las pinzas de garfios más abajo y tirando, como cuando se hace la histerectomía vaginal a lo Doyen, hasta llegar a reinvertir todo el útero. No falta más que suturar la pared anterior del útero ya en su sitio, rehacer el peritoneo pelviano y cerrar el vientre. Así se hubiera hecho, pero el fondo del útero estaba en principio de mortificación y no hubo más remedio que sacrificarlo haciendo una histerectomía. La enferma curó sin incidente digno de mención.

Antes de terminar, creo pertinente hacer alguna reflexión sobre el caso. Es indudable que en presencia de una inversión uterina puerperal debemos intentar su reducción inmediata por medio de la taxis, después de haber combatido el choc; si ésta no da resultado, debemos repetirla con anestesia y en posición de Trendelenburg, dentro de las primeras 24 horas; pero si tampoco resulta eficaz

estimo temerario e imprudente hacer nuevos intentos, ni hacer taponamientos o aplicación de globos vaginales compresivos. Con ello sólo lograremos, a cambio de alguno que otro éxito, provocar infecciones o comprometer la vitalidad del útero (como pasó en el presente caso); al fin y al cabo, la intervención quirúrgica pronta y en buenas condiciones es menos peligrosa y de resultados seguros.

¿Qué operación debe hacerse? Para los casos crónicos, la colpohisterotomía anterior o posterior. Pero para los casos agudos no vacilo en declararme partidario de la vía abdominal ajustándome a la técnica expuesta. Ella tiene sobre la vía vaginal las siguientes ventajas. Dado el ancho campo en que se trabaja, el tamaño del útero no involucionado no estorba las maniobras. La sutura uterina puede hacerse mucho mejor, quedando, por tanto, en mejores condiciones para ulteriores embarazos. El útero queda en mejor posición. Es operación corta y reglada, factible siempre y que no dura más de veinte minutos. Por último, es poco grave, menos que una cesárea.