

INVERSIÓN UTERINA GINECOLÓGICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO SECUNDARIO A AMPUTACIÓN DE CÉRVIX

Dr. Alfredo Borrego Ruiz*

■ INTRODUCCIÓN

La inversión uterina no puerperal es una eventualidad excepcional, de la que pocos profesionales tienen suficiente experiencia, y que en ninguna de las estadísticas consultadas alcanza el 15-20 % del conjunto de las inversiones observadas.

El estudio de la inversión uterina ginecológica (I. U. G.) se puede afrontar desde una triple perspectiva: etiológica, anatomo-patológica y clínica.

a) Clasificación etiológica de la I. U. G.

a.1.) *I. U. G. secundaria a tumores* —sobre todo miomas intracavitarios pediculados—, que asentando en el fondo del útero dan lugar a una inversión progresiva secundaria al parto a través del cuello, del tumor intrauterino.

a.2.) *I. U. G., mal llamada idiopática*, aquella que asienta sobre un útero sin tumor y que se ve favorecida por la atrofia del útero y de los medios de suspensión o, como en el caso que presentamos, por una amputación supravaginal del cuello siguiendo la técnica de MANCHESTER.

* Adjunto de Obstetricia y Ginecología de la Residencia San Agustín de Linares. Expresidente del Centro Maternal de la Residencia «Capitán Cortés» de Jaén.

a.3.) *I. U. G. yatrógena*; en realidad se debe incluir en el grupo de las secundarias a tumores, ya que es la que se produce al intentar la extirpación por vía vaginal de una tumoración intrauterina.

b) Clasificación anatomopatológica de la I. U. G.

b.1.) *Inversión incompleta*: El fondo uterino no rebasa el orificio externo del cuello.

b.2.) *Inversión completa*: El fondo uterino rebasa el orificio cervical externo y arrastra con él la totalidad o una porción del cuerpo y del cuello.

b.3.) *Inversión completa con inversión de la vagina* más o menos importante.

c) Clasificación clínica de la I. U. G.

c.1.) *Inversión crónica*; que constituye la forma más frecuente.

La enferma suele consultar por:

- «descenso de la matriz», que es en realidad el útero invertido y exteriorizado a través de la vulva, acompañado de su tumor.
- trastornos asociados al tumor: meno- o metrorragias, leucorrea, trastornos vesicales o rectales, etc.

c.2.) *Inversión aguda*: es una complicación excepcional del intento de exéresis por vía vaginal de una tumoración intrauterina, y se acompaña de un cuadro de shock.

■ CASO PRESENTADO

Paciente de 79 años que nos es remitida por su médico de cabecera con el diagnóstico de prolapso genital de III grado.

— *antecedentes obstétricos*: 5 partos eutócicos y dos abortos.

— *antecedentes ginecológicos*: menarquía a los 14 años. Eumenorreica. Menopausia a los 44 años. Intervenida a los 56 años de amputación cervical (MANCHESTER) por prolapso genital de I grado.

— *Antecedentes familiares y personales*: sin interés.

— *Exploración*: a la exploración ginecológica se aprecia prolapsada a través de la vulva una masa carnosa de unos 13 cm. de longitud, en la que es posible diferenciar dos porciones (figura 1).

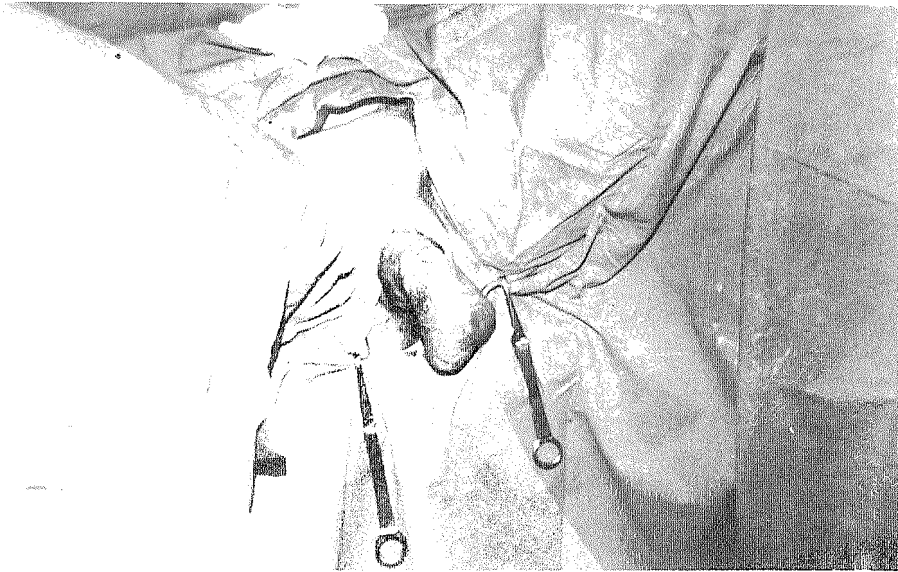


Figura 1. Aspecto macroscópico de la inversión uterina.

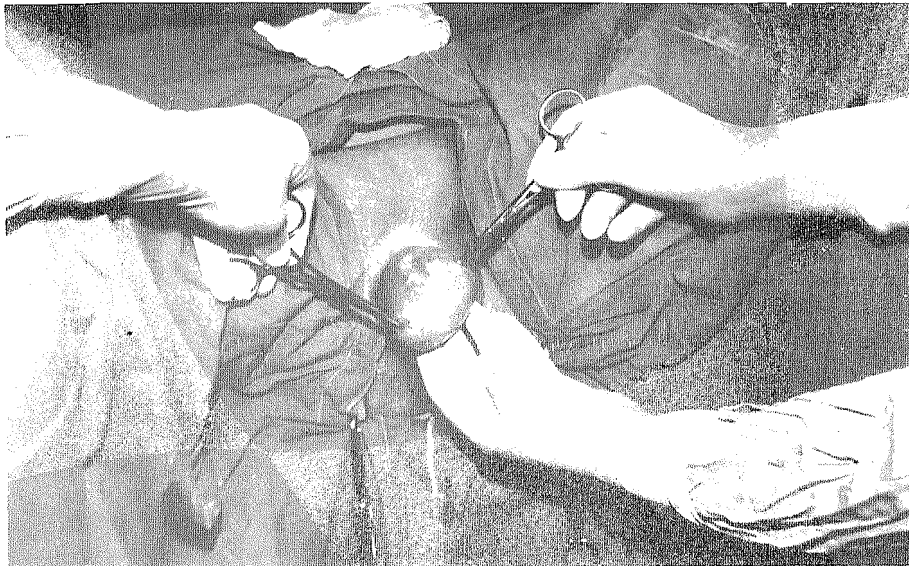


Figura 2. Señalización de los ostium tubáricos uterinos por los ayudantes de la intervención.

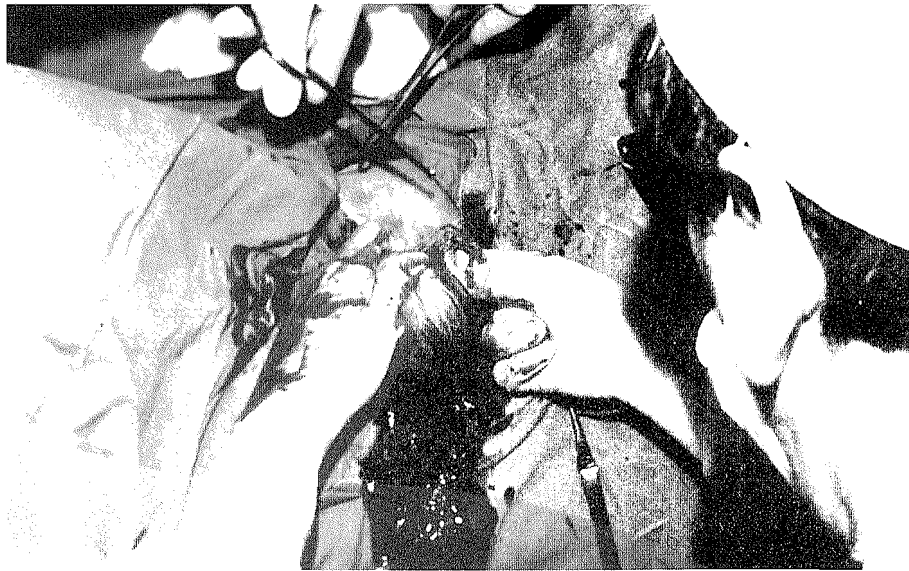


Figura 3. Incisión de la cara anterior del útero invertido a cuyo través se aprecia la superficie peritoneal de la cara posterior del mismo.

a) proximal, constituida por un tejido de aspecto mucoso, sin lesiones hemorrágicas o ulcerativas evidenciables y que corresponde a la pared vaginal invertida.

b) distal, constituido por un tejido infectado y ulcerado, en cuyo extremo caudal no se aprecia hendidura cervical, sino, por el contrario, una superficie redondeada en la que es posible diferenciar dos orificios, que ante la sospecha de que pueda tratarse de una inversión uterina son interpretados como los ostium tubáricos del útero (figura 2).

El diagnóstico se ratifica mediante el tacto rectal, el cual pone de manifiesto que la forma redondeada que correspondería al fondo uterino ha sido sustituida por una hendidura correspondiente al cuello.

Con el diagnóstico de inversión uterina completa con inversión parcial de vagina, se decide tratamiento quirúrgico mediante histerectomía vaginal, tras incisión de la pared anterior del útero y eversión de la pared del mismo (figura 3).

El estudio anatomopatológico de la pieza operatoria mostró pequeños focos de adenomiosis, con células inflamatorias inespecíficas. No se evidenciaron células tumorales.

■ COMENTARIO

Como ya quedó señalado anteriormente, la inversión uterina de causa ginecológica se presenta en la clínica con escasa frecuencia, y cuando lo hace suele ser secundaria a una tumoración intrauterina.

El caso que nos ocupa, es decir, una inversión uterina completa con inversión parcial de la vagina, de curso crónico y secundaria a amputación del cuello y atrofia uterina senil, es extremadamente raro. En la literatura revisada por nosotros a este fin, sólo hemos descubierto un caso similar al nuestro, descrito por ROUX y MARCHAL en 1955.

Nuestra paciente fue sometida a la edad de 56 años a una amputación cervical, según la técnica de MANCHESTER. Esta intervención ha sido sustituida hoy en día, y en mujeres de esa edad, por la histerectomía vaginal, ya que la conservación del útero no reporta ninguna ventaja y puede constituir una posterior localización carcinomatosa.

La amputación del cuello según DONALD-FOTHERGILL-MANCHESTER, es una técnica muy difundida, pero con frecuencia se olvida, que no sólo debe producir una elevación del útero, sino también una anteversión de éste,

mediante el acortamiento y fijación de los ligamentos cardinales a la cara anterior del istmo uterino, con lo que evitamos las recidivas.

En cuanto a la reducción de la inversión uterina, diremos que el método manual fracasa en la mayoría de los casos, por lo que se recurre a la cirugía:

a) **Conservadora.**

a.1.) *Técnica de SPINELLI, por vía vaginal.* Una colpotomía anterior permite rechazar la vejiga y explorar la depresión del «fondo» uterino. El útero se incide en la línea media de la cara anterior, desde el cuello al fondo, y después se evierte de forma que su cara mucosa pase a ser interna y externa su cara serosa. El útero se sutura finalmente en dos planos y se reintegra en la pelvis.

a.2.) *Técnica de HAULTAIN, por vía abdominal:* Se practica una histerotomía incidiendo por detrás el reborde cérvico-vaginal. Una vez seccionada la estrangulación, es fácil reponer el útero por vía vaginal o elevar el fondo uterino deslizando un dedo por la brecha.

b) **Radical.**

Histerectomía vaginal. Se recurre a ella en los casos en que es imposible la reducción, o en los que la conservación del útero no es importante para la mujer como en el caso que presentamos. Se practicará una histerectomía media de la cara anterior del útero y se evierte con el fin de recobrar las relaciones anatómicas y permitir el acceso a los pedículos uterinos, con el fin de realizar la histerectomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. CARRANZA, «A propósito de un caso de inversión uterina», *Revista clínica española*, 30 noviembre 1962, 87, núm. 4, 233-234.
2. CONGER, G. T., W. C. KEETEL: «The Manchester-Fothergill Operation. Its place in gynecology, Review of 960 cases», *Amer. J. Obstet Gynec.*, 76 (1958), 634.
3. GIRAUD, J. R., *Encyclopédie medico-chirurgicale*, 339, A-10, 7-1966, París.
4. KASER, O., IKLE, F. A., HIRSCH, H. A.: *Atlas de operaciones ginecológicas*, Ediciones Toray. Barcelona, 1975.
5. NELSON, J. H.: «Non puerperal inversión of the uterus», *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 72 (1956), 660.
6. HERVET E.: «Suites éloignées des amputations du col pour allongement hypertrophique», *Bulletin Fed. Gynecologie-Obst. Française*, 1956-8, núm. 2, 169-178.
7. ROUX, G., MARCHAL, G.: *Inversion utérine complète 9 ans après une opération de Bouilly*.