

TRABAJOS DE LA CLÍNICA MATERNAL DE SANTA MADRONA

UN CASO DE INVERSIÓN UTERINA

Nota clínica por el doctor

MIGUEL SALARICH

Médico ayudante de la Obra Maternal del Instituto de la
Mujer que Trabaja

P. P., I para. de 24 años. Ingresa en la Clínica el día 21 de diciembre de 1928, con el diagnóstico de inversión uterina. Tuvo un parto espontáneo dos días antes en su domicilio. Los facultativos que asistieron el parto nos dicen que la inversión se ha verificado espontáneamente. Confirmamos el diagnóstico de inversión puerperal y decidimos intervenir seguidamente.

Intervención (S. DEXEUS, ayudado por M. SALARICH). —Raquianestesia con 0'12 grs. de novocaína-suprarrenalina Meister-Lucius, entre la 11 y 12 v. dorsal. Se intenta la taxis, sin resultado. Las dificultades para lograrla son grandes, pues aunque por palpación abdominal se consigue encontrar el cuerpo uterino por encima del pubis, relativamente repuesto, esta reposición es incompleta a causa de la estricción del anillo cervical que no deja evolucionar esta parte del útero. Frente a esta dificultad, después de repetidos intentos, nos proponemos incidir el cuello uterino; mas al hacer presa del mismo con una pinza de garfios, a consecuencia de la friabilidad de los tejidos puerperales, se desgarró en tal forma, que nos vemos obligados, por la calidad del desgarro y el fracaso de todos estos procedimientos de reducción, a practicar una histerectomía vaginal. Al buscar el plano de *chivage* vésivo-uterino, ayudado del desgarro cervical que se prolonga, se produce una lesión vesical fluyendo orina a la vulva. Haciendo entonces presa del fondo uterino invertido, previa hemisección del órgano, practicamos su ablación. Las dificultades operatorias son grandes. El estado general de la enferma es comprometido, palidez acentuada, pulso frecuentísimo y en algunos momentos pseudo-sineopada. Practicada la hemostasia del lado izquierdo, se dejan colocadas pinzas a *demeure* en los muñones uterinos derechos. Se respeta el ovario izquierdo. Se coloca un taponamiento vaginal y sonda vesical permanente.

Curso post-operatorio.—Los primeros días son críticos para la enferma; no se deja de administrarle tónicos cardíacos, suero glucosado intravenoso, etc. La temperatura sube hasta el cuarto día en que llega a 39'8°. Pulso de 120 a 140.

Día 25-XII.—Retiramos pinzas y taponamiento. Por la sonda fluye orina en bastante cantidad, pero además el apósito vulvar está continuamente mojado de orina, que indica la salida de la misma por la fístula vesical.

A partir de este día la temperatura empieza a descender hasta 37 y décimas por la mañana, y 38 y décimas por la noche. Pulso entre 100 y 120.

Día 30-XII.—Practicamos un reconocimiento vaginal con espéculum. Los tejidos de la cúpula vaginal se hallan intensamente esfacelados y con pus abundante. Asimismo está esfacelado un desgarro perineal de primer grado, que se efectuó en el momento del parto.

Día 4-1-29.—Se cambia la sonda permanente; la instilación de azul de metileno por dicha sonda no fluye por la vulva. Dos días después, se retira definitivamente la sonda, completamente curada la lesión vesical. Las temperaturas continúan evolucionando a 39° con remisiones matinales a 37'5°. Pulso entre 100 y 120. Palidez acentuada de tegumentos, sin trastornos generales.

Día 11-1.—Transfusión de unos 100 gramos de sangre, actuando de dador el marido de la enferma, que pertenece al IV grupo (la enferma pertenece al primer grupo).

Mejoría inmediata a la transfusión; ligera tos y disnea (¿a consecuencia de la inyección de pequeña cantidad de aire por funcionamiento ligeramente defectuoso de la jeringa de Jubé?)

La temperatura descendió alrededor de 37° durante 4 ó 5 días, a partir de los cuales, ascendió nuevamente hasta los 40°.

Día 18-1.—Nuevo examen vaginal. Cauterización de los tejidos esfacelados con el termo. El cuello uterino se halla bastante reconstruído.

Día 23-1.—Dolor en la pierna derecha, con marcado éxtasis venoso, que cede a los 3 ó 4 días sin edema. La temperatura oscila entre 37° y 39°, ascendiendo hasta cerca de 40° los días 2 y 3 de febrero en que se inicia el descenso hacia la normalidad definitiva. En los días 4 y 5 se le aplica una inyección intravenosa de mereurocromo al 1 %.

La enferma sale de la Clínica el 17-II-29, o sea 58 días después de su ingreso.

Durante el curso post-operatorio, se practicaron los siguientes análisis de sangre:

Día 20-I-29.—Hemocultivo aerobio de resultado negativo.

Día 31-I-29.—Cuádruple reacción de sero-aglutinación frente a los gérmenes Eberth, Paratifus A, Paratifus B y M. melitensis, con resultados totalmente negativos.

Día 17-II-29.—Nueva reacción de sero-aglutinación para los mismos gérmenes, también negativa.

Día 3-III-29.—Hemocultivo adaptado exclusivamente a la búsqueda del *Micrococcus Melitensis*, con resultado negativo. (Hemocultivos practicados por el doctor M. Armangué).

Actualmente sabemos que dicha enferma, empezó a menstruar al año de la intervención, aunque la pérdida periódica sanguínea es muy escasa. Además, aqueja ligera incontinencia de orina por las tardes, con buena continencia por las mañanas. Micciones abundantes voluntarias.

Comentario.—No pretendemos con la publicación de esta observación decir nada nuevo por lo que se refiere a la clínica y a la terapéutica de la inversión uterina.

Sólo nos mueve el deseo de añadir un caso a la casuística de esta afección, rara ya de sí, y más rara todavía en nuestros tiempos. Recordemos que BEIGEL da un porcentaje de 1 por 190.000 partos y RIBEMONT-DESSAIGNES 1 por 200.000. En un cuarto de los casos, se efectúa después del alumbramiento, contra el 3 por 4 de los restantes, en que tiene lugar entre la expulsión fetal y la de los anejos.

En nuestro caso, probablemente se efectuó después del alumbramiento, pero no sabemos si inmediatamente a aquél o más tarde, puesto que la inversión fué observada varias horas después. El diagnóstico se hizo gracias al examen genital practicado por el médico de la población, llamado de urgencia para cohibir una hemorragia amenazadora pocas horas después del parto.

No pudimos averiguar, tampoco, si alguna maniobra intempestiva durante el alumbramiento, para facilitar lo, fué la causa productora de la afección. Esta incógnita nos veda de hacer cargo alguno a la causa que la motivó.

Cabe anotar en nuestra observación las graves dificultades con que infructuosamente luchamos para lograr una reposición, tanto que tuvimos que terminar, por los intereses de la enferma que, como hemos dicho, estaba en un estado de *shoc* alarmante, con una histerectomía vaginal, de técnica laboriosa. El fracaso de la taxis no fué imputable más que a la serie de horas (más de 48) que sucedieron desde el accidente hasta la intervención, que determinaron la estricción del anillo cervical uterino.

Si las condiciones anatómicas desfavorables de la región (fragilidad e infección de los tejidos genitales) no hubieran dado lugar al desgarro cervical, que se produjo al hacer presa sobre el cuello con unos garfios, tal vez hubiera sido posible realizar la reposición mediante una histerectomía anterior o posterior (operaciones de KEHRER y KÜSTNER, respectivamente). La lesión producida en este momento obligó a practicar una histerectomía vaginal con las complicaciones y dificultades descritas.

Todo esto nos confirma la opinión general de la necesidad de practicar la reducción de una inversión uterina lo más pronto posible a la producción de la misma. Es de creer que en nuestro caso si la intervención hubiera podido efectuarse inmediatamente al accidente, no sólo nos hubiéramos ahorrado, y lo que es más importante, hubiéramos ahorrado a la enferma, joven primípara, una histerectomía, sino que, probablemente, hubiéramos podido lograr fácilmente una reducción in-cruenta.

Otro punto interesante a discutir en nuestra observación, es el curso febril post-operatorio. Los repetidos exámenes sanguíneos que se practicaron excluyeron una supuesta causa generalizada de la pirexia. La ausencia de síntomas locales, excepción hecha de ligerísimos fenómenos flebíticos que aparecieron 32 días después de la intervención, remitiendo totalmente a los 3 ó 4 días, dejó sin explicación clara el origen de esta curva febril.

Únicamente cabía pensar en la presencia de tejidos esfacelados en la zona de amputación uterina, pero el tipo de curva térmica con todas sus variadas oscilaciones y la duración excesiva de la misma, hacen creer que no fué verdaderamente éste el origen de la temperatura.

También excluimos, por el tipo de la pirexia, por las relaciones recíprocas entre pulso y temperatura y la ausencia de fenómenos locales—aunque cabe reconocer la poca importancia de éstos en muchos de estos casos—la posibilidad de encontrarnos frente a una tromboflebitis genital.

La enferma salió de la clínica sin haber podido hacerse un diagnóstico etiológico de su accidentada pirexia.

Omitiremos más comentarios referente a este punto, por creer cumplido ya con esto el objeto puramente positivo que queremos dar a esta nota.

RESUMÉ

Cette note se réfère à un cas d'inversion utérine puerpérale, intervenue 48 heures après que l'accident s'était produit. Il fut nécessaire de pratiquer une hystérectomie vaginale, à cause des difficultés qui se présentèrent durant l'intervention à conséquence de la fragilité des tissus puerpéraux.

Comme conséquence logique on peut déduire que l'intervention doit se faire dans ces cas le plus tôt possible afin d'éviter un traitement si radical.

SUMMARY

This note refers to a case of uterin puerperal inversion, treated 48 hours after the accident. It was necessary to realize the vaginal hysterectomy, owing to the difficulties presented during the intervention because of the frailty of the puerperal tissues.

As logical consequence must be deduced that the intervention must be done as soon as possible in order to avoid such a radical treatment.