

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

# Inversión uterina

Grado: 8vo Grupo: A

Presenta: López Hernández Yesenia Arlette

 UDS Mi Universidad

 @UDS\_universidad

[www.uds.mx](http://www.uds.mx)

**Mi Universidad**

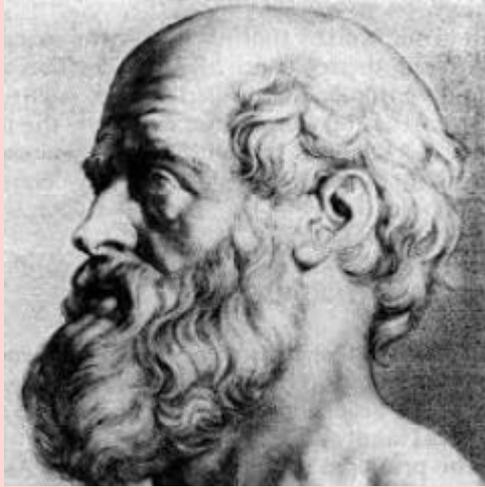
Tel. 01 800 837 86 68

# Historia

El conocimiento de la anatomía uterina se remonta al año 2500 a.C.



Hipócrates (460 –370 a.C.) a quien se ha dado el crédito de ser el primero en reconocerla



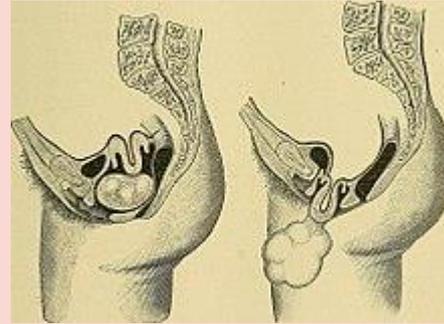
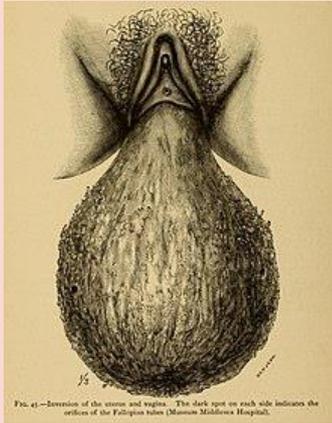
Sorano (200d.C.) definió claramente la inversión

Avicenna en Arabia (980 - 1037 d.C.)



# Introducción

La inversión uterina consiste en la salida de la cara endometrial del útero hacia la vagina, y en su expresión máxima hacia la vulva.



- ✓ Hemorragia masiva
- ✓ Shock como respuesta neurológica
- ✓ La rotura uterina o la histerectomía



# Definición

Emergencia obstétrica y una rara complicación mayoritariamente relacionada con el tercer estadio del trabajo del parto.



Fig. 1. Fondo del útero que ocupa vagina y protruye a través del orificio cervical externo.

- ✓ Presión del fondo uterino
- ✓ Tracción indebida del cordón umbilical

# Etiopatogenia

Inercia  
uterina

Tracción del  
cordón  
umbilical

Placenta  
fundica

Acretismo  
placentario

Presión del  
fondo  
uterino

Debilidad  
congénita  
del útero

Extracción  
manual de  
placenta

# Clasificación



## Según la relación con el parto

- ✓ Puerperales
- ✓ No puerperales



## Segun el tiempo

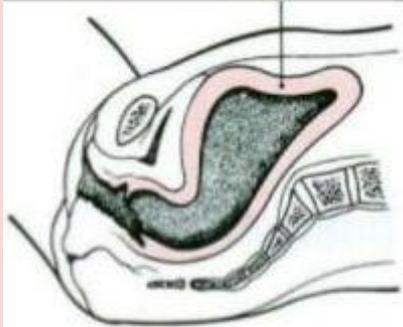
- ✓ Aguda (24 hrs)
- ✓ Subaguda (24 hrs hasta el 1 mes)
- ✓ Crónica (x mas 4 semanas)



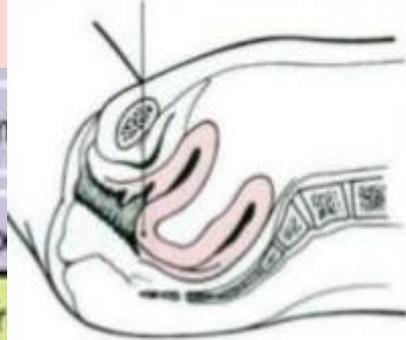
## De acuerdo a la extensión

- ✓ Grado I
- ✓ Grado II
- ✓ Grado III
- ✓ Grado IV

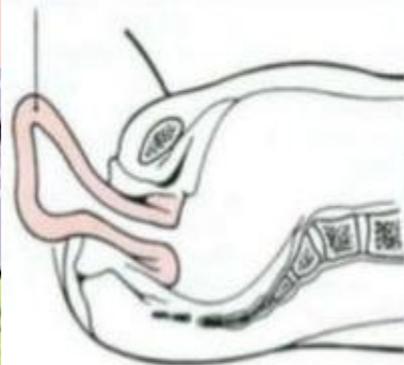
PUERPERALES	NO PUERPERALES	IDIOPÁTICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tracción exagerada del cordón umbilical durante el tercer estadio del parto, particularmente cuando la placenta tiene localización fúndica.</li> <li>• Presión fúndica excesiva</li> <li>• Cérvix, istmo y útero relajados</li> <li>• Placenta accreta</li> <li>• Cordón umbilical corto</li> <li>• Extracción manual</li> <li>• Anomalías congénitas uterinas</li> <li>• Uso intraparto de sulfato de magnesio u oxitocina.</li> <li>• Primiparidad con expulsivos rápidos después de una fase de dilatación prolongada</li> <li>• Primípara, con analgesia epidural y parto instrumental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tumores benignos o malignos del cuerpo uterino, comúnmente miomas submucosos (71,6%)</li> <li>▪ Pólipos endometriales, sarcomas uterinos y cervicales (13,6%).</li> <li>▪ Cáncer endometrial (6,8%) y pacientes ancianas con antecedente de amputaciones altas del cuello uterino.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">8%</p>



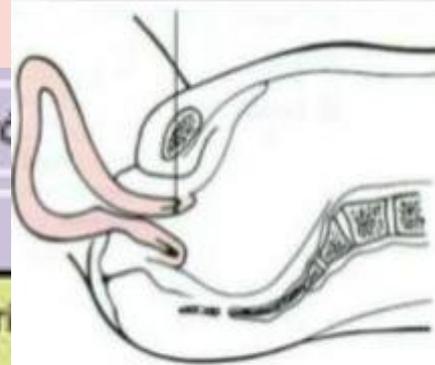
1 Inversión uterina de primer grado.



2 Inversión uterina de segundo grado.



3 Inversión uterina de tercer grado.



4 Inversión uterina de cuarto grado.

Grado II	Protusión del fondo por debajo del anillo cervical pero que no alcanza el orificio vaginal.
Grado III	Completa. Extensión del fondo hasta el orificio vaginal.
Grado IV	Total o prolapso. Vagina invertida con el útero por debajo del orificio vaginal.

# Cuadro clínico



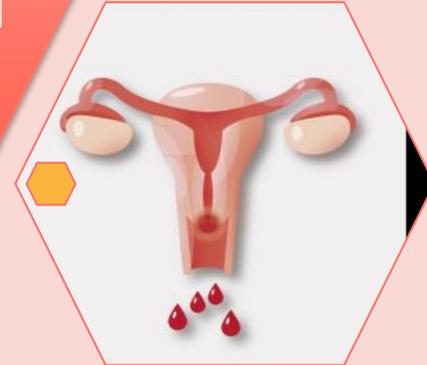
Dolor  
pélvico



do del útero que ocupa vagina  
vical externo.

Masa roja  
visible en el  
canal de  
parto

Hemorragia  
transvaginal



# Diagnostico

1

Triada  
característica

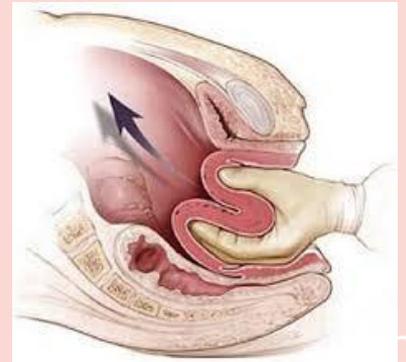
- ✓ Dolor
- ✓ Hemorragia
- ✓ Protrusión



2

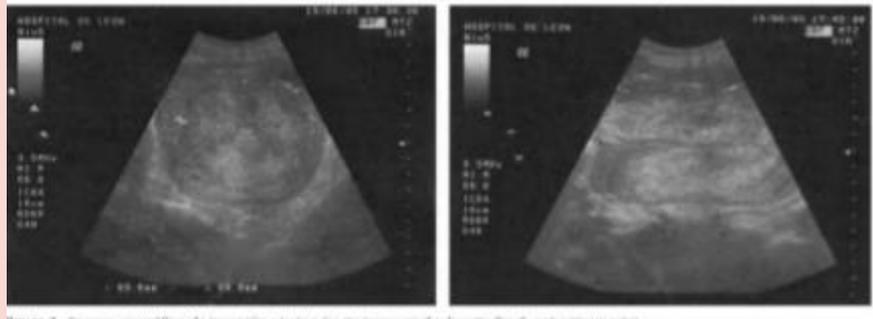
Exploración  
física

Inspección: masa roja que protruye o no por el orificio vaginal  
Palpación abdominal: no es recomendable



3

Ultrasonografico



# Tratamiento

## MEDIDAS DE SOPORTE

- Reposición de líquidos por dos líneas venosas de acceso.
- Sondaje vesical.
- Tratamiento analgésico.

## REPOSICIÓN UTERINA

### TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

- Huntington
- Haultain
- Spinelli

### TÉCNICAS NO QUIRÚRGICAS

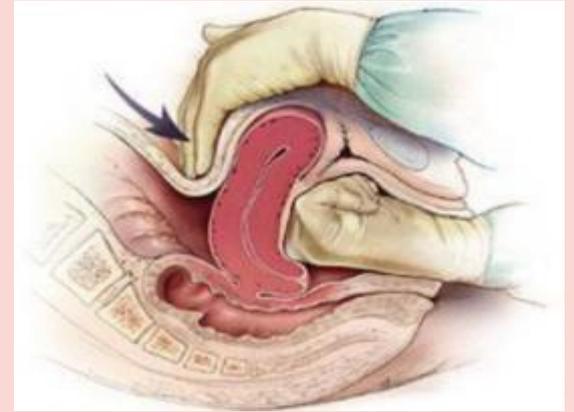
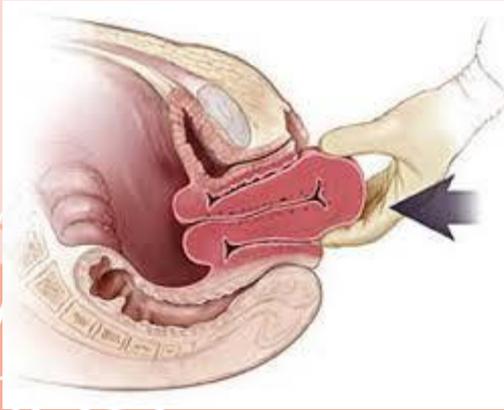
- Johson
- O'Sullivan

## POSTERIOR A REPOSICIÓN

- Masaje uterino
- Uterotónicos:
  - oxitocina
  - ergonovina
  - carbetocina
  - gluconato de calcio

# Técnicas no quirúrgicas

## Johnson



## Johnson

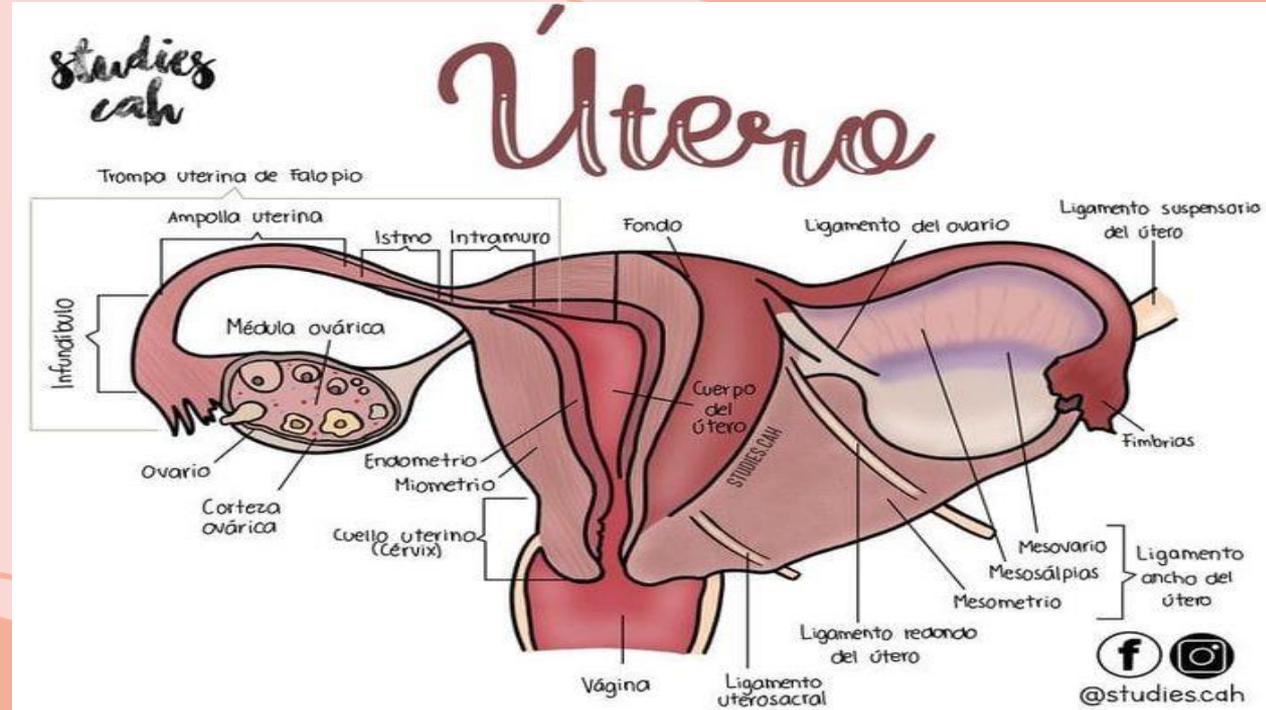
- ✓ Relajación uterina
- ✓ Con agonista  $\beta_2$ - adrenérgicos, como la terbutalina (0,125-0,250 mg por vía intravenosa o subcutánea)
- ✓ Un bolo de 2 a 4 g de sulfato de magnesio por vía intravenosa en 10 min.

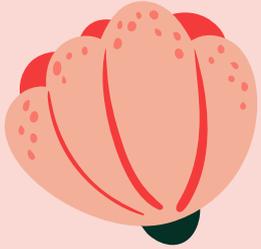


**O'Sullivan**



# Huntington





# Uteronicos

- ✓ OXITOCINA: 20 UI en 500 ml solución fisiológica o Hartmann goteo continuo
- ✓ ERGONOVINA: 1 amp (0.2 MG) IM dosis única
- ✓ CARBETOCINA: 1 amp (100 MG) IV dosis única
- ✓ GLUCONATO DE CALCIO: 1 a 3 gr. diluidos en 20 ml de solución glucosada, pasar lento.

## Aplicación de antibiótico profiláctico

- ✓ Ampicilina 2 gr IV + Metronidazol 500 mg IV
- ✓ Cefotaxima 1 gr IV + Metronidazol 500 mg IV

## Cuadro clínico. Choque hipovolémico

### Cuadro clínico en diversas etapas de choque hipovolémico\*

Signos clínicos	Temprana	Intermedia	Irreversible
Estado Mental	Alerta, ansiosa	Confundida	Extremadamente desorientada
Aspecto General	Normal, afebril	Pálida y fría	Cianótica y fría
Presión arterial	Normal o ligeramente disminuida	Hipotensión	Hipotensión intensa
Respiración	Taquipnea leve	Taquipnea	Diseña, cianosis
Diuresis	30-60 ml./hr.	30 ml./hr.	Anuria

### Manejo del choque hipovolémico

- Iniciar expansión con cristaloides como primera elección 3 ml por cada ml de sangre perdida
- Continúe con coloides a razón de 1 ml por cada ml de sangre perdida para hemodilución aguda hipervolémica, hasta lograr restablecer una presión arterial media por arriba de 60mmHg ( diastólica mas diastólica mas sistólica entre tres, la normal=93.3), evite sobrecarga, mantiene gasto cardíaco y evita falla orgánica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. González E., Fernández C., Fernández A., García C., González C., “Inversión uterina puerperal” Prog Obstet Ginecol. 2007;50(9):537-44.
2. Clavijo I., Rodríguez A., López R., Estrada E., “Inversión uterina puerperal crónica” Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014;40(1):89-95.
3. Jorge A. M.D., Adriana P., M.D., Luis L., M.D., Daniel M, M.D., “Inversión uterina puerperal crónica: presentación de caso y revisión de la literatura”, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No. 3 2005 (249-255).