

INVERSIÓN UTERINA NO PUERPERAL

AUTORES: Arri Camila, Rodriguez María de los Milagros, Sañudo Mercedes, Negretti Natalia, Froullet Cristian

Los autores no presentan conflictos de interés.

Santa Fe, Argentina

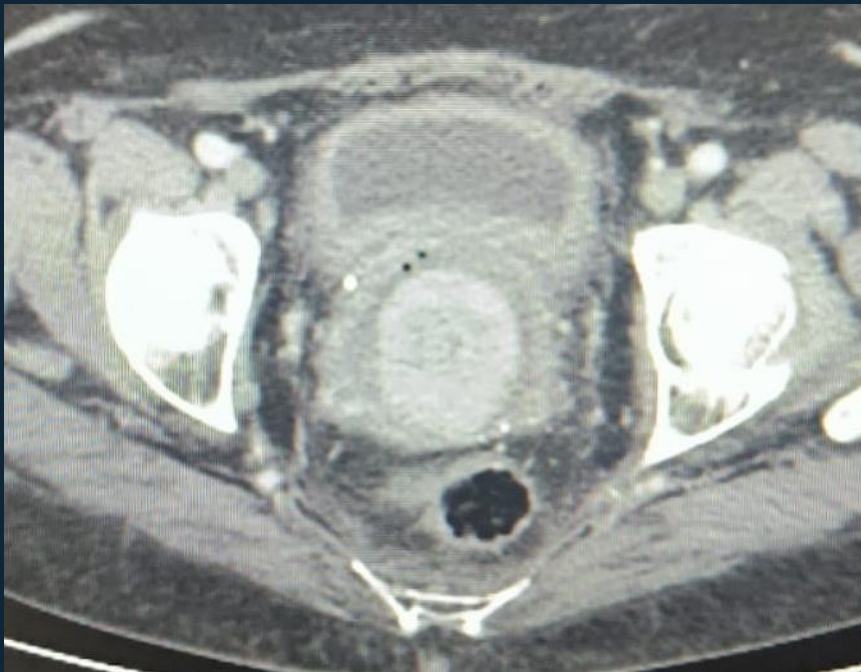
Correo electrónico: arricamila98@gmail.com



DIAGNÓSTICO
POR IMÁGENES

PRESENTACIÓN DEL CASO

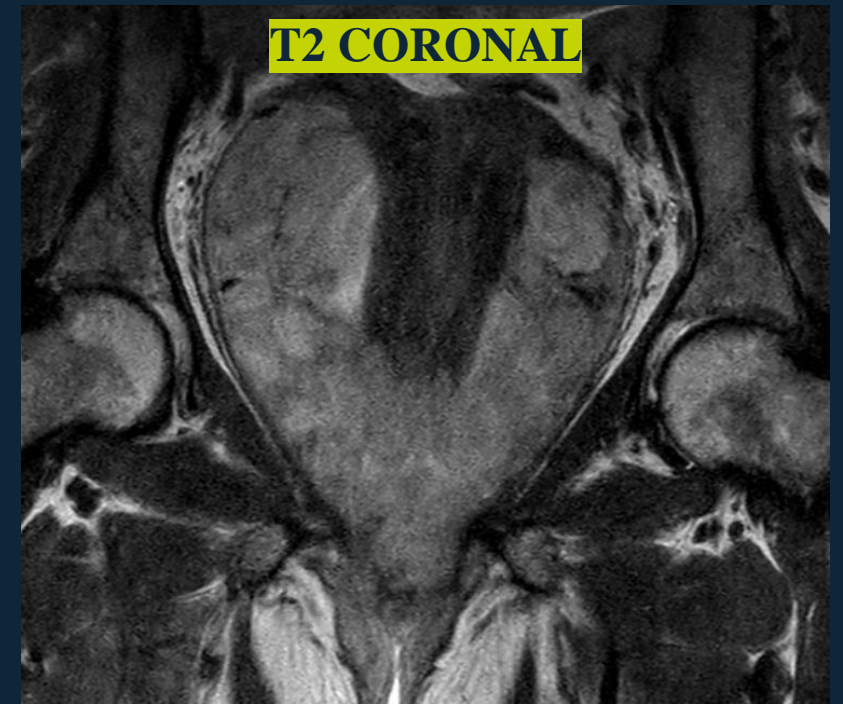
Paciente femenina de 75 años, consulta por expulsión de tumoración por vagina asociada a metrorragia crónica, con posterior diagnóstico de carcinoma endometrial.



TC de abdomen y pelvis C/C en fase venosa portal, corte axial:
Lesión ocupante de espacio que protruye en cavidad vaginal y presenta realce tras la administración de contraste endovenoso

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

RMN de pelvis C/C: cavidad vaginal ocupada por formación sólida heterogénea, hiperintensa con tejido central de señal isointensa al músculo en T2, que restringe en secuencias de difusión. Distiende el introito vaginal ejerciendo compresión de la uretra y el recto, con distensión vesical y colapso rectal.



DISCUSIÓN

La inversión uterina no puerperal es una rara condición en la que el fondo uterino se invierte y prolapsa a través del cérvix, secundario a lesiones expansivas como leiomiomas, sarcomas o carcinomas endometriales.

Se manifiesta con dolor abdominal, metrorragia, sensación de presión y/o masa que protruye en vagina, dismenorrea y dispareunia.

La primer línea de investigación es el US, visualizando en un plano longitudinal la indentación fúndica y un surco (miometrio invertido) que se extiende hacia el centro de la lesión. En un plano transversal, se identifica el “*signo de la diana*”, visualizando al fondo uterino en el centro, rodeado por líquido y las paredes de la vagina. Al examen Doppler color, se advierten arterias uterinas con localización central, en lugar de ser visualizadas a ambos lados del mismo.

La TC identifica la ausencia de cuerpo uterino y una masa protruyendo en la cavidad vaginal, que realza tras la administración de contraste EV.

La RMN es el *estudio más sensible*, permitiendo visualizar con mayor exactitud los signos previamente mencionados.

CONCLUSIÓN

Aunque rara, esta patología se debe considerar en la evaluación de pacientes con masa pélvica. La RMN sumada a la sospecha clínica guiará al correcto diagnóstico y tratamiento, que ayudará a disminuir la morbimortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. R. P. Herath, M. Patabendige, M. Rashid, P. S. Wijesinghe, "Nonpuerperal Uterine Inversion: What the Gynaecologists Need to Know?", *Obstetrics and Gynecology International*, vol. 2020, Article ID 8625186, 12 pages, 2020.
<https://doi.org/10.1155/2020/8625186>
2. Zohav, E., Anteby, E.Y. & Grin, L. U-turn of uterine arteries: a novel sign pathognomonic of uterine inversion. *J Ultrasound* **23**, 77–79 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40477-018-0319-0>
3. Kesrouani A, Cortbaoui E, Khaddage A, et al. (February 15, 2021) Characteristics and Outcome in Non-Puerperal Uterine Inversion. *Cureus* 13(2):e13345. DOI 10.7759/cureus.13345
4. Shasindran R, Dharshini N, Aruku N, et al. (January 27, 2024) Exploring Non-puerperal Uterine Inversion: A Case Series. *Cureus* 16(1): e53071. DOI 10.7759/cureus.53071
5. Leconte, I et al 2016 Non-Puerperal Uterine Inversion. *Journal of the Belgian Society of Radiology*, 100(1): 47, pp. 1–5, DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/jbr-btr.974>
6. WANG, W., WANG, J.. Uterine Inversion Secondary to Endometrial Carcinoma. *Journal of Medical Cases*, North America, 14, jan. 2023. Available at: <https://www.journalmc.org/index.php/JMC/article/view/4023/3403>. Date accessed: 03 Jun. 2024.