Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 5(3), 65–70, 2026
https://doi.org/10.62574/a49mnq97

Inversión uterina: Prevención, diagnóstico y manejo

Uterine inversion: Prevention, diagnosis and management

Ángeles Daniela Carrión-Muso
angelesdcm94@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0009-6366-2793

Dayana Abigail Flores-Toapanta
dayanaft66@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0003-3010-2366

Maura Alejandra Tierra-Arias
maurata98@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0006-6705-2595

RESUMEN

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre la frecuencia, los factores de riesgo, el diagnóstico, la prevención y el manejo de la inversión uterina. **Método:** estudio documental descriptivo basado en 15 documentos indexados en PubMed, SciELO y LILACS, publicados entre 2000 y 2024. **Resultados:** la incidencia varió entre 1 por 20 000 partos vaginales en los Países Bajos y 2,9 por 10 000 partos en Estados Unidos; la hemorragia posparto complicó entre el 37,7 % y el 65 % de los casos; tras implantar el manejo activo del alumbramiento, la incidencia posterior al parto vaginal descendió 4,4 veces en un hospital canadiense; la reposición inmediata del útero constituyó el tratamiento de elección, y la cirugía se reservó para los casos refractarios o crónicos. **Conclusiones:** el manejo activo del alumbramiento, evitando la tracción del cordón sin signos de desprendimiento, y la reposición precoz del útero son los pilares para reducir la morbimortalidad asociada.

Descriptores: inversión uterina; hemorragia posparto; tercer periodo del trabajo de parto. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: to synthesize the evidence on the frequency, risk factors, diagnosis, prevention and management of uterine inversion. **Method:** descriptive documentary study based on 15 documents indexed in PubMed, SciELO and LILACS, published between 2000 and 2024. **Results:** incidence ranged from 1 per 20,000 vaginal births in the Netherlands to 2.9 per 10,000 deliveries in the United States; postpartum hemorrhage complicated between 37.7% and 65% of cases; after implementing active management of the third stage of labor, incidence following vaginal birth fell 4.4-fold in a Canadian hospital; immediate uterine replacement was the treatment of choice, and surgery was reserved for refractory or chronic cases. **Conclusions:** active management of the third stage of labor, avoiding cord traction without signs of placental separation, and early uterine replacement are the cornerstones for reducing associated morbidity and mortality.

Descriptors: uterine inversion; postpartum hemorrhage; labor stage, third. (DeCS).

Recibido: 05/07/2026. Revisado: 06/08/2026. Aprobado: 12/08/2026. Publicado: 01/10/2026.

Original breve

INTRODUCCIÓN

La hemorragia constituye la principal causa directa de muerte materna en el mundo (1), y entre sus orígenes menos frecuentes, aunque más dramáticos, figura la inversión uterina. Pararajasingam et al. la definen como la protrusión del útero hacia la cavidad endometrial y, en ocasiones, a través del orificio vaginal; puede ser puerperal o no puerperal, y cada forma difiere en su causa y su manejo (2). Según el grado de descenso del fondo se distinguen cuatro grados, desde la invaginación limitada a la cavidad hasta la salida completa del útero y la vagina a través del introito (2,3).

En relación con el momento de aparición, la forma puerperal se clasifica en aguda, cuando ocurre en las primeras 24 horas; subaguda, durante el primer mes; y crónica, después de los 30 días (4). Hostetler y Bosworth advirtieron que la mortalidad materna es muy elevada si la condición no se reconoce y corrige a tiempo (5). Por su rareza, la mayoría de los profesionales la enfrentarán pocas veces a lo largo de su carrera, lo que dificulta el reconocimiento oportuno.

En tal sentido, el presente trabajo se propuso sintetizar la evidencia sobre la frecuencia, los factores de riesgo, el diagnóstico, la prevención y el manejo de la inversión uterina.

MÉTODO

Se desarrolló un estudio documental y descriptivo. Para ello, se consultaron PubMed, SciELO y LILACS con los descriptores Inversión Uterina, Hemorragia Posparto y Tercer Periodo del Trabajo de Parto, en español e inglés. Dada la baja frecuencia de la entidad, no se limitó el período de publicación. Se incluyeron cohortes poblacionales, series de casos, revisiones de autoría identificable, revisiones sistemáticas y casos clínicos publicados en revistas indexadas; en cambio, se excluyeron libros, páginas divulgativas, herramientas de inteligencia artificial, tesis y documentos sin autores. En consecuencia, el corpus quedó

integrado por 15 documentos publicados entre 2000 y 2024, analizados mediante lectura crítica y organizados en cuatro ejes: frecuencia y desenlaces, factores de riesgo, diagnóstico y manejo.

RESULTADOS

Frecuencia y desenlaces. En un estudio de cohorte nacional con los 98 hospitales con unidad de maternidad de los Países Bajos, Witteveen et al. identificaron 15 casos, lo que representó una incidencia aproximada de 1 por 20 000 partos vaginales; el 93,3 % de las pacientes se había clasificado como de bajo riesgo al inicio del control (6). En Estados Unidos, con más de 8,2 millones de partos entre 2004 y 2013, Coad et al. registraron 2427 casos, equivalentes a 2,9 por 10 000 partos, sin cambios en la tendencia temporal y con una muerte materna (3). En esa cohorte, el 37,7 % de las pacientes presentó hemorragia posparto (2).

Por su parte, Baskett revisó 40 casos en 125 081 nacimientos atendidos durante 24 años en Halifax, con una incidencia de 1 por 3737 partos vaginales y 1 por 1860 cesáreas. En esa serie, la hemorragia posparto complicó el 65 % de los casos, el 47,5 % requirió transfusión y no hubo recurrencia en 26 partos posteriores (7).

Factores de riesgo. Entre los factores descritos figuran la atonía uterina, las anomalías estructurales del útero y los tumores uterinos (2), además de la tracción del cordón con placenta de inserción fúndica, la placentación anormal y el cordón corto (5). En una serie de seis casos en León, España, González-Díaz et al. observaron que en el 83 % se había usado oxitocina durante la dilatación (8). No obstante, que la mayoría de los casos neerlandeses ocurriera en gestantes de bajo riesgo (6) demuestra que la inversión no siempre es predecible.

Formas no puerperales. Martínez-Rodríguez et al. describieron una inversión total en una mujer de 49 años con leiomioma submucoso, sepsis y choque, tratada con histerectomía abdominal; en su revisión, los leiomiomas estuvieron presentes en el 71,6 % al 85 % de los casos no puerperales (9). Montañez et al. reportaron un caso

similar inicialmente confundido con un mioma nascens, que requirió histerectomía abdominal total de urgencia (10).

Diagnóstico. La forma aguda se presenta con hemorragia y choque, que puede tener un componente neurogénico y resultar desproporcionado respecto del sangrado visible (4). Pararajasingam et al. subrayan que el dolor suele ser intenso y puede pasar inadvertido ante la inestabilidad hemodinámica (2). Las formas crónicas son más insidiosas: Rodríguez et al. describieron un caso con sangrado genital persistente y dispareunia de 14 meses de evolución (11), y Clavijo Balart et al., otro diagnosticado dos meses después del parto (12).

Manejo. El tratamiento definitivo es la reposición del útero en su posición anatómica lo antes posible (2). Pararajasingam et al. proponen una ayuda cognitiva que integra la reanimación, la analgesia y la relajación uterina con nitroglicerina o sulfato de magnesio cuando el anillo de constricción impide la reposición (2). Clavijo Balart et al. describen la reposición hidrostática de O'Sullivan, con agua tibia instilada en la vagina (12). Tosal y Pastor reportaron una inversión espontánea de grado III en una primípara, corregida manualmente durante el alumbramiento (4). Cuando las maniobras fracasan, se recurre a la reposición por laparotomía (13); en las formas crónicas, la histerectomía fue el tratamiento definitivo en algunos casos (12).

DISCUSIÓN

Así las cosas, la variación en la incidencia entre estudios (3,6,3) probablemente responde tanto a diferencias en el manejo del alumbramiento como a la forma de registrar los casos. Cabe destacar el hallazgo de Baskett: tras implantar el manejo activo del tercer período en 1988, la incidencia posterior al parto vaginal descendió 4,4 veces (7). Este dato respalda la prevención mediante la administración de uterotónicos y la tracción controlada del cordón solo ante signos de desprendimiento placentario. En la misma línea, la revisión Cochrane de Begley et al. mostró que el manejo activo reduce el riesgo de hemorragia posparto grave, aunque con evidencia de baja certeza (14). La maniobra de Credé y la tracción del cordón sin

desprendimiento, en cambio, son prácticas que favorecen la inversión y deben evitarse (5). Cuando ya se administró oxitocina, el masaje uterino rutinario no ha mostrado un beneficio adicional claro (15).

En cuanto al manejo, la evidencia disponible procede sobre todo de series y casos clínicos, lo que impide establecer comparaciones formales entre técnicas. Aun así, existe coincidencia en que el tiempo es determinante: el anillo de constricción se forma con rapidez y dificulta la reposición manual, lo que aumenta la necesidad de relajantes uterinos o cirugía (2,5). Una vez repuesto el útero, deben suspenderse los tocolíticos e iniciarse uterotónicos para evitar la atonía y la reinversión (2).

Respecto de las formas no puerperales, su asociación con leiomiomas y su presentación tardía, a menudo con infección o choque, las convierten en un reto diagnóstico en el que la histerectomía suele ser la solución definitiva (9,10). Entre las limitaciones de este trabajo figuran la naturaleza documental, la escasez de estudios comparativos y el predominio de casos aislados en la literatura hispanoamericana.

CONCLUSIÓN

En síntesis, la inversión uterina es infrecuente, pero se asocia con hemorragia posparto en una proporción elevada de casos y puede afectar a gestantes sin factores de riesgo identificables. El manejo activo del alumbramiento, con tracción controlada del cordón solo ante signos de desprendimiento y evitando la compresión del fondo uterino, se asoció con una reducción notable de su incidencia. Ante el diagnóstico, la reposición inmediata del útero, con apoyo de relajantes uterinos cuando es necesario, es la conducta de elección; la cirugía queda para los casos refractarios y las formas crónicas o no puerperales. A manera de colofón, el entrenamiento periódico del personal en esta emergencia resulta indispensable, dada su rareza.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):e323-33. doi:10.1016/S2214-109X(14)70227-X
2. Pararajasingam SS, Tsen LC, Onwochei DN. Uterine inversion. BJA Educ. 2024;24(4):109-12. doi:10.1016/j.bjae.2024.01.004
3. Coad SL, Dahlgren LS, Hutcheon JA. Risks and consequences of puerperal uterine inversion in the United States, 2004 through 2013. Am J Obstet Gynecol. 2017;217(3):377.e1-6. doi:10.1016/j.ajog.2017.05.018
4. Tosal B, Pastor R. Inversión uterina puerperal. Análisis de un caso y revisión de la literatura médica. Clin Invest Ginecol Obstet. 2007;34(1):31-4.
5. Hostetler DR, Bosworth MF. Uterine inversion: a life-threatening obstetric emergency. J Am Board Fam Pract. 2000;13(2):120-3. doi:10.3122/15572625-13-2-120
6. Witteveen T, van Stralen G, Zwart J, van Roosmalen J. Puerperal uterine inversion in the Netherlands: a nationwide cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92(3):334-7. doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01514.x
7. Baskett TF. Acute uterine inversion: a review of 40 cases. J Obstet Gynaecol Can. 2002;24(12):953-6. doi:10.1016/S1701-2163(16)30594-1
8. González-Díaz E, Fernández Fernández C, Fernández Corona A, García González C, González García C. Inversión uterina puerperal. Prog Obstet Ginecol. 2007;50(9):537-44.
9. Martínez-Rodríguez JJ, Velázquez-Castellanos PI, Macías-Vera NN, Antonio-Matías JA. Inversión uterina total, secundaria a leiomioma submucoso. Ginecol Obstet Mex. 2021;89(1):58-70.
10. Montañez MA, Arévalo S, Arias-Duarte ML, Acosta CA, Barrera C. Inversión uterina no puerperal en paciente con leiomioma uterino: caso clínico. Rev Chil Obstet Ginecol. 2024;89(1). doi:10.24875/rechog.23000055
11. Rodríguez JA, Calderón AP, López LA, Montenegro D. Inversión uterina puerperal crónica: presentación de caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005;56(3):249-55.
12. Clavijo Balart IM, Rodríguez Tabares A, López Barroso R, Estrada Hidalgo E. Inversión uterina puerperal crónica. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014;40(1):89-95.
13. González López AB, Garrido Moya N, Losa Pajares EM, González de Merlo G. Inversión uterina total: reposición mediante expresión manual del cuerpo uterino por vía laparotómica. Prog Obstet Ginecol. 2012;55(9):449-52.
14. Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biesty LM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2019;2(2):CD007412. doi:10.1002/14651858.CD007412.pub5
15. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(7):CD006431. doi:10.1002/14651858.CD006431.pub3

Derechos de autor: 2026. Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/