

Inversión uterina subaguda. Reporte de un caso clínico. Revisión de la literatura

Emilio Rosso¹, Ivanna Pertuso², Luis Russi³, Santiago Scasso⁴,
Julio Citera⁵

Resumen

La inversión uterina es un cuadro grave, poco frecuente, que se puede manifestar asociado o no al alumbramiento. Cuando se presenta el diagnóstico y tratamiento debe de ser inmediato para salvaguardar la vida de la paciente.

Objetivos. Analizar un caso clínico sobre inversión uterina subaguda que ocurrió en el Hospital Militar y revisión de la literatura.

Caso clínico. Estudio descriptivo en base a un caso clínico de una paciente de 24 años, obesa mórbida, primigesta que ingresa cursando 39 semanas de edad gestacional, con diagnóstico de estado hipertensivo del embarazo a forma de síndrome preeclampsia eclampsia. Al

ingreso se decide interrupción de la gestación mediante parto vaginal por lo que se coloca inducción del trabajo de parto. Evoluciona al trabajo de parto presentando un parto vaginal normal. Luego de 24 horas de puerperio presenta hemorragia moderada-severa con dolor intenso en hipogastrio, en el examen físico se evidencia de inversión uterina subaguda. Se realiza tratamiento quirúrgico inmediato logrando versión uterina, con conservación del útero.

Conclusiones. La inversión uterina es una complicación obstétrica grave que requiere un diagnóstico rápido e inmediato de acción clínica. A pesar de tratamiento, médico o quirúrgico, el mejor pronóstico ocurre en situaciones en las que el diagnóstico y las maniobras para la reversión uterina se realizan de forma temprana.

Palabras claves: inversión uterina, alumbramiento, hemorragia puerperal

1. Ginecólogo. Sanidad de las Fuerzas Armadas. Montevideo Uruguay
2. Residente Clínica Ginecotocológica C. Facultad de Medicina UdelaR
3. Asistente Clínica Ginecotocológica C. Facultad de Medicina UdelaR
4. Clínica Adj Ginecotocológica C Facultad de Medicina UdelaR
5. Jefe del Departamento gineco-obstetrico de Sanidad de las Fuerzas Armadas. Montevideo Uruguay

Correspondencia: contacto@ago.uy

Recibido: 20/12/2020 Aceptado: 20/02/2021

Abstract

Uterine inversion is a serious, rare condition that may or may not manifest itself associated with childbirth. When the diagnosis and treatment are presented, it must be immediate to safeguard the life of the patient.

Objectives: To analyze a clinical case of subacute uterine inversion that occurred in the Military Hospital and to review the literature.

Clinical case: Descriptive study based on a clinical case of a 24-year-old, morbidly obese, primiparous patient who was admitted at 39 weeks gestational age, diagnosed with a hypertensive state of pregnancy in the form of pre-eclampsia eclampsia syndrome. Upon admission, a decision was made to interrupt the pregnancy by vaginal delivery, for which induction of labor was placed. It progresses to labor presenting a normal vaginal delivery. After 24 hours of the puerperium, she presents moderate-severe hemorrhage with intense pain in the hypogastrum, the physical examination shows evidence of subacute uterine inversion. Immediate surgical treatment is performed, achieving a uterine version, with preservation of the uterus.

Conclusions: Uterine inversion is a serious obstetric complication that requires a rapid and immediate diagnosis of clinical action. Despite treatment, medical or surgical, the best prognosis occurs in situations in which diagnosis and maneuvers for uterine reversal are performed early.

Key Words: uterine inversion, delivery, puerperal hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia obstétrica sigue siendo una de las principales causas de muerte materna en los países desarrollados y en desarrollo. La inversión uterina es una emergencia obstétrica rara y grave que puede poner en

riesgo el pronóstico vital materno¹, por lo que resulta en una verdadera emergencia materna². Es de suma importancia el rápido diagnóstico de dicha complicación y la instauración inmediata de medidas terapéuticas para reducir dicho riesgo¹.

CASO CLÍNICO

Paciente de 24 años, obesa mórbida, primigesta. Ingresa cursando 39 semanas de edad gestacional por fecha de última menstruación del día 16/10/2017 acorde a ecografía precoz. Embarazo bien controlado y bien tolerado hasta ese momento.

Ingresa con diagnóstico de estado hipertensivo del embarazo (EHE) a clasificar. Se solicita índice proteinuria/creatininuria, funcional y enzimograma hepático, crisis, hemograma, funcionalidad renal y LDH.

Índice proteinuria/creatininuria 0,22 g/g (valor normal menor a 0,20 en laboratorio de HC.FF.AA).

Se destaca un índice proteinuria/albuminuria positivo: clasificamos a este EHE como un síndrome preeclampsia sin elementos de severidad, por lo que se decide la finalización del embarazo.

Dado score de Bishop menor a 6, no presentando contraindicaciones para parto vaginal, se decide maduración cervical mediante administración de misoprostol, 25 mcg, y luego iniciar inducción con oxitocina mediante bomba de infusión continua. Evoluciona a trabajo de parto.

Se asiste parto vaginal hora 00:20 del día 21/7, feto único en presentación cefálica, occipitopúbica. Peso -----. Sexo masculino, vigoroso. Se realiza alumbramiento activo mediante tracción mantenida de cordón sin incidente. Se administra oxitocina 10 UI intramuscular.

Se destaca como complicación inmediata hemorragia postparto de sangre roja rutilante de cantidad moderada a severa. Útero bien contraído. Se realiza inspección de canal de parto blando y se constata desgarro de cuello uterino. Dado la dificultad por biotipo de la paciente y comenzar con elementos de repercusión hemodinámica dado por hipotensión, taquicardia y leve tendencia al sueño se decide traslado inmediato a block quirúrgico.

En block quirúrgico, se realiza reposición de glóbulos rojos, plaquetas y plasma fresco guiado por anestesista. Bajo anestesia general se realiza inspección de canal de parto blando y se identifica desgarro de cuello hora 3 el cual se logra suturar sin incidentes, resto del canal sin lesiones. Se solicita ingreso a cuidados intermedios, ingresa hemodinámicamente estable.

En la evolución, luego de 24 agrega de forma brusca genitorragia de sangre roja rutilante moderada.

Paciente lúcida, dolorida, sudorosa, hipocoloreada, taquicardia. Presión arterial estable.

Abdomen depresible, útero bien contraído por debajo de cicatriz umbilical.

Al examen genital se tacta masa protruyendo a través del cuello uterino, indurada, que llega a vagina, por lo cual se plantea de inmediato el diagnóstico de inversión uterina puerperal subaguda.

Se decide ingreso urgente a block quirúrgico para resolución.

En block, bajo anestesia general y en posición ginecológica se confirma diagnóstico mediante colocación de valvas. Se intenta introducir esta masa que corresponde al útero mediante presión ascendente, maniobra de Johnson, no logrando el objetivo. Esta maniobra consiste en tomar el fondo ute-

rino con la palma de la mano y desplazarlo a través del cuello, ejerciendo presión hacia el ombligo para que la tirantez de los ligamentos uterinos corrija la inversión. Dado que no se logra corregir la inversión realizando esta maniobra se decide realizar laparotomía exploradora.

Se traslada a la paciente a block, incisión mediana infraumbilical. Abierto el peritoneo se visualiza fondo y cuernos uterinos totalmente invaginado, traccionando ligamentos redondos, trompas de Falopio y pedículos uteroováricos (Figura 1).

Se intenta reposicionar el útero, lo que fue imposible ya que presentaba una contractilidad importante del anillo cervical. (Figura 2). Se decide realizar histerotomía cérvico corporal longitudinal posterior, logrando rápidamente la reversión de la invaginación y restitución del útero a su forma normal. (Figuras 3 y 4).

Se realiza histerorrafia continuo en dos planos (Figuras 5 y 6). Se logra buena contractilidad uterina sin necesidad de útero-tónicos dado la buena contractilidad del útero de forma inmediata con una correcta hemostasia.

Se finaliza cirugía con cierre de pared por planos y se realizan puntos separados en piel con nylon 3.0. Se logra la conservación uterina.

Postoperatorio con buena evolución, se otorga alta a domicilio. Puerperio sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La inversión uterina es una emergencia obstétrica y una rara complicación del periodo del alumbramiento, lo que puede poner en riesgo la vida de la paciente. Su diagnóstico temprano es indispensable para poder op-

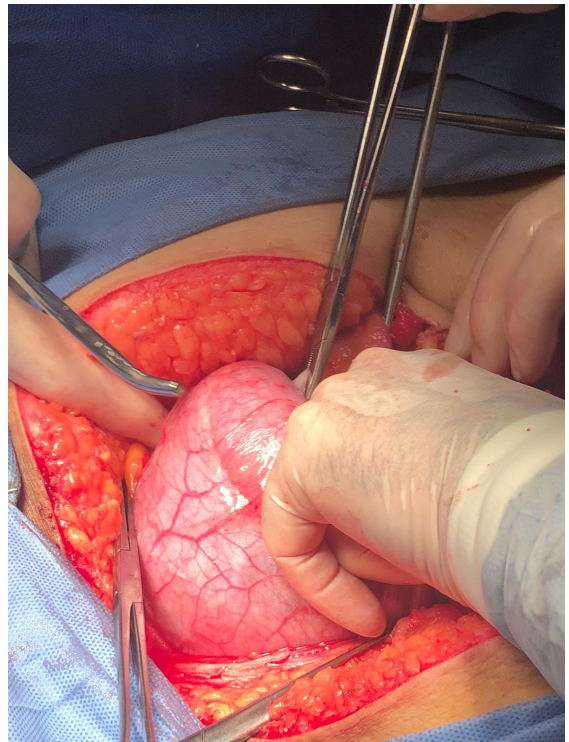
Figura 1

Definir texto



Figura 2

Definir texto



tar por un tratamiento que permita conservar la fertilidad de la mujer.

La incidencia varía según la vía del parto, situándose en 1 cada 1860 en caso de cesárea y 1 en 3737 en los partos vaginales³. Si bien es ampliamente discordante, algunos autores hablan de una incidencia de 1/20.000 en Europa y 1/2.000 en Estados Unidos⁴. No contamos con registros nacionales.

Figura 3

Definir texto

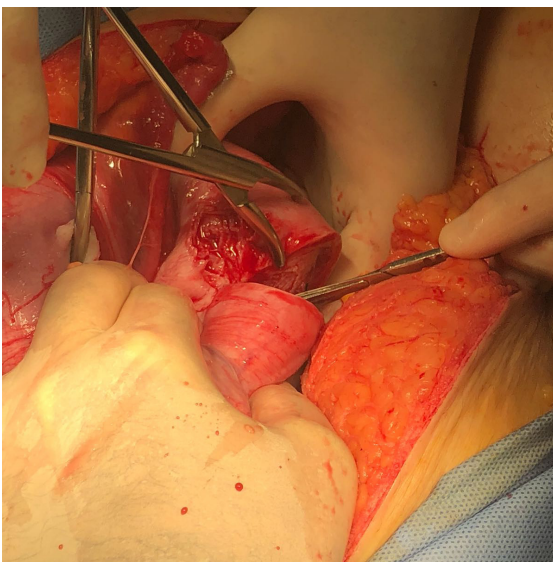


Figura 4

Definir texto

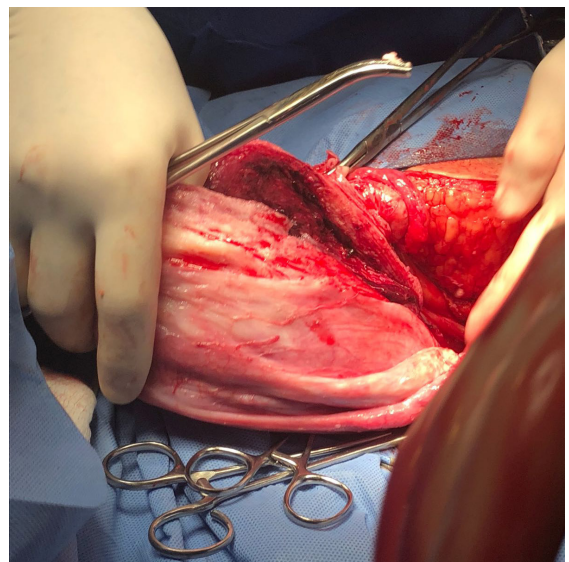


Figura 5

Definir texto

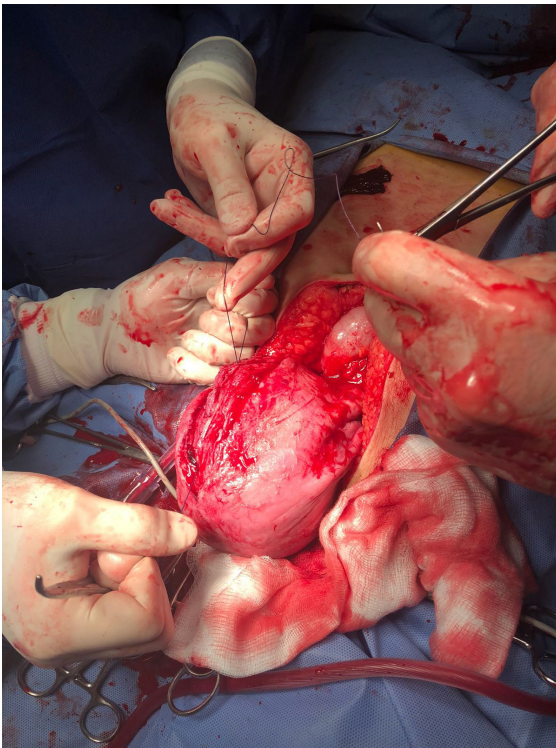
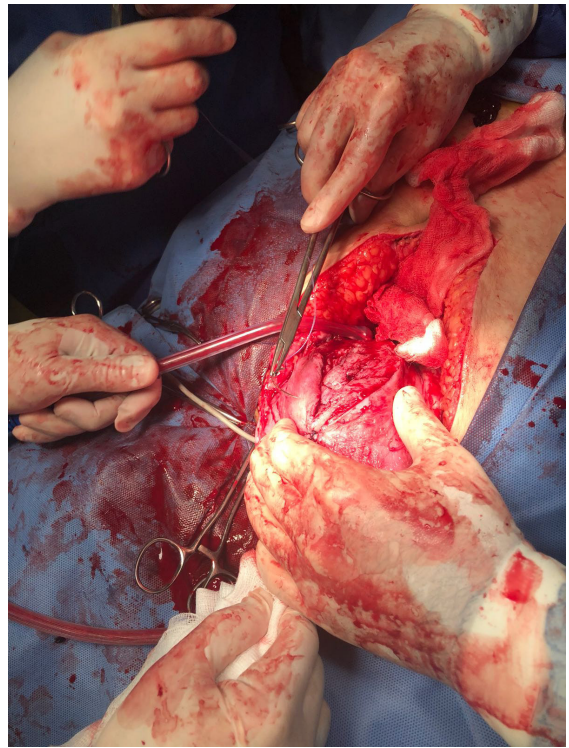


Figura 6

Definir texto



Los signos y síntomas cardinales de la inversión aguda son la hemorragia y el shock hipovolémico en anemia aguda; el reconocimiento y el tratamiento urgente reducen la morbimortalidad⁵.

Es una de las complicaciones más graves que puede suceder en la tercera etapa del parto⁴. La mortalidad por esta complicación

ha disminuido en los últimos años, siendo en la actualidad prácticamente nula dado el diagnóstico oportuno y la rápida puesta de maniobras terapéuticas para resolución de dicho cuadro³. Consiste en la invaginación del fondo uterino a través del cérvix hasta la vagina y que puede asomar a través de la vulva^{3,5}.

Tabla 1

Clasificación según el grado de inversión⁷.

Grado	Características
Grado I	El fondo se extiende hasta el cuello uterino
Grado II	Protrusión del fondo por debajo del anillo cervical pero 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

La inversión uterina se puede presentar en un paciente obstétrica o ginecológica.

Dentro de la inversión obstétrica, según la duración en tiempo desde el parto hasta el momento del diagnóstico se considera que la inversión es: aguda: en las primeras 24 horas del puerperio; subaguda: de 24 horas hasta el primer mes; crónica: luego de 4 semanas^{6,7}.

También podemos clasificar según la extensión de la inversión (tabla 1)⁶. Utilizando esta clasificación nuestra paciente presentó una inversión uterina puerperal subaguda, grado II.

Otra clasificación descrita según el anillo de Bandl en: inversión parcial, cuando el fondo uterino se deprime parcialmente sin alcanzar el anillo de Bandl; inversión completa, cuando el fondo uterino rebasa el anillo e incluye cuello y, el cuerpo uterino se coloca en plena vagina; inversión total, cuando el útero totalmente invertido arrastra consigo a la vagina y se exterioriza a través de la vulva.

En cuanto a la patogenia, es idiopática en muchas ocasiones⁴. Se han descrito algunos factores de riesgo susceptibles de causarla, (tabla 2)³, entre ellos: una presión intraabdominal elevada, la tracción del cordón umbilical y la presión externa sobre el útero (maniobra de Credè)⁹. No obstante, algunos autores afirman que una tracción controlada del cordón no aumentaría el riesgo de hemorragia post parto, rotura del cordón o inversión uterina, reduciendo además la duración del tercer estadio del parto y la necesidad de extracción manual de la placenta⁴.

Algunos autores atribuyen un riesgo aumentado de inversión en trabajos de partos prolongados. Pero también afirman que la combinación de un expulsivo rápido junto con una inducción y una dilatación prolonga-

Tabla 2

Clasificación según el grado de inversión⁷.

Edad joven	Tosal y Pastor, 2007
Nuliparidad	Adesiyun, 2007 ¹⁶
Malformaciones uterinas	Sangwan et al., 2009 ¹⁷
Cirugía uterina previa	Tosal y Pastor, 2007 ⁸
Atonía uterina	Lipitz y Frenkel, 1988 ¹⁸
Relajantes uterinos	Adesiyun, 2007 ¹⁶
Parto precipitado	Witteveen et al., 2013 ¹⁵
Instrumentación	Witteveen et al., 2013 ¹⁵
Macrosomía	Witteveen et al., 2013 ¹⁵
Cordón corto	Shah-Hosseini y Evrad, 1989 ¹⁹
Retención de placenta	Shah-Hosseini y Evrad, 1989 ¹⁹
Placenta accreta	Adesiyun, 2007 ¹⁶
Implantación fúndica de la placenta	Shah-Hosseini y Evrad, 1989 ¹⁹
Tracción excesiva cordón	Lipitz y Frenkel, 1988 ¹⁸
Maniobra Credé exagerada	Lipitz y Frenkel, 1988 ¹⁸
IUP previa	Tosal y Pastor, 2007 ⁸

da constituiría un factor de riesgo para esta patología⁴.

Se plantea que el uso de sulfato de magnesio puede ser un factor de riesgo para la inversión uterina, aunque no hay evidencia científica que lo respalde¹⁰.

El diagnóstico, en la mayoría de los casos, es clínico, sin embargo, en inversiones de grado I puede ser útil realizar una prueba de imagen⁶.

Las principales características de esta complicación son la hemorragia y el shock. La pérdida de sangre depende principalmente del tiempo en el cual el útero está invertido y sangrando pudiendo conducir a inestabilidad hemodinámica. La hipotensión y el shock pueden tener un doble origen, dado que el gran dolor que provoca la inversión secundaria a la tracción de ligamentos y peritoneo provoca un cuadro neurogénico importante aparte del shock hipovolémico por la pérdida sanguínea^{11,12}.

Es fundamental lograr diagnosticar de forma precoz esta complicación mediante la inspección directa desde la vagina o el examen combinado mediante tacto vaginal y

abdominal en concomitancia. La tasa de éxito de esta patología depende de la gravedad de la inversión y del biotipo de la paciente, siendo muy difícil en inversiones de grado I y en pacientes obesas¹⁰.

Cuando un examen físico no es concluyente y el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, el diagnóstico también se puede confirmar con ecografía¹⁰.

Si bien la posibilidad de encontrar imágenes ecográficas típicas de inversión uterina es muy rara dado la baja incidencia de esta afección y que, en general se resuelven de forma precoz sin necesidad de solicitar este estudio, estas podrían ayudar a realizar el reconocimiento y diagnóstico de esta afección en determinadas situaciones².

Los tratamientos descritos para la reposición del útero se pueden clasificar en cuatro grupos: técnicas no quirúrgicas, cirugía abdominal, cirugía vaginal (planteables en inversiones ginecológicas) o histerectomía⁹.

El tratamiento debe ser inmediato una vez diagnosticada esta complicación, y estar basado en tres puntos principales: estabilización hemodinámica, realizar de forma inmediata el reposicionamiento uterino y evitar una atonía uterina posterior^{12,13,14}.

El enfoque inicial es tratar de revertir inmediatamente el útero con presión manual sobre el fondo uterino a través de la vagina. Esta maniobra llamada de Johnson, debería realizarse lo antes posible para minimizar la pérdida sanguínea y para aumentar la tasa de éxito, ya que cuanto más retrasemos esta maniobra menos chance de resolver dicho cuadro tendrá¹¹. Esto se explica por la involución del cuello uterino que forma un anillo de constricción, lo que hace difícil lograr reposicionar el útero¹⁵.

Esta maniobra puede ser ayudada con la posición de pinzas Foerster sobre el cuello

uterino realizando una tracción mantenida contraria a la presión sobre el fondo uterino¹³.

Es de destacar que la primera medida médica una vez hecho el diagnóstico es suspender inmediatamente el uso de uterotónicos, canalizar una vía venosa para reposición de fluidoterapia, soluciones cristaloides y transfusión sanguínea de ser necesarios⁷.

La administración de tocolíticos está indicada de forma inmediata y concomitante con el resto de medidas terapéuticas a realizar. Salbutamol intravenoso y nifedipina de acción rápida vía oral serían opciones recomendables. Algunos autores han reportado buenos resultados con nitroglicerina para la relajación rápida y transitoria del anillo cervical¹⁶.

En los casos en los que no se pudo resolver con tocolíticos, el siguiente paso inmediato es solicitar la anestesia general, que aumenta el porcentaje de éxito y bajo ésta volver a realizar las maniobras³.

Según estudios clínicos, se sabe que la anestesia mantenida con propofol influye en el tono uterino. Aunque poco se sabe acerca de sus mecanismos exactos de acción, algunos estudios sugirieron que el propofol puede tener efectos significativos sobre el tono muscular uterino, reduciendo la contractilidad de manera dosis dependiente. Puede derivar del efecto bloqueante de canales de calcio o de la producción de óxido nítrico y liberación de células endometriales¹.

Cabe destacar que la anestesia regional no proporciona relajación uterina, por lo tanto no es de utilidad para mejorar la posibilidad de reposicionar el útero. Podría ser útil únicamente proporcionando analgesia post evento⁵.

La mayoría de los autores recomiendan el intento manual de reducción uterina antes de extraer la placenta adherida y antes de

intentarlo de forma quirúrgica. Si se extrae la placenta antes de reducir el útero, la paciente es expuesta a un riesgo mayor de pérdida sanguínea y shock. Después de la reposición, la placenta se desprende con mayor facilidad^{3,5}.

La cirugía vaginal, técnica de Spinelli (1990 -) consiste en la realización de una colpohisterotomía posterior para dividir el anillo de constricción, y la posterior reversión a través de la incisión. Las técnicas vaginales solo son aplicables en el caso de las inversiones ginecológicas⁹.

Cuando el enfoque inicial falla, es necesario realizar una laparotomía^{3,16,17}.

Algunos autores plantean la posibilidad de realizar pequeñas incisiones, con lo cual se podría solucionar dicha complicación. Pero la gran mayoría plantean la realización de una mediana infra umbilical pensando en la eventualidad de complicaciones como la rotura uterina o la necesidad en última instancia de realizar la histerectomía sabiendo que esta vía de abordaje nos permite mejor visualización del espacio retroperitoneal, pudiendo identificar mejor los uréteres. Más aun con los cambios anatómicos que conlleva esta complicación.

Hay dos técnicas quirúrgicas descritas: Huntington y Haultaim¹⁷.

Según la técnica Huntington, las abrazaderas son colocadas en el ligamento redondo, cerca de su inserción en el útero, y la tracción se aplica mientras el asistente ejerce tracción en el camino contralateral a través de la vagina. Esta es la técnica más simple y tiene menor riesgo de complicaciones^{7,18}.

En caso de fallo, se debe realizar la técnica de Haultaim: consiste en realizar una incisión en la porción posterior de anillo formado por el cuello uterino para liberar esta constricción y poder reposicionar el útero¹⁸.

Teniendo en cuenta la baja incidencia de inversión uterina no reducida por la maniobra de Jhonson, no hay ningún estudio de cohorte lo suficientemente grande como para establecer la tasa de éxito de estas dos técnicas quirúrgicas, o ensayos controlados para compararlas¹⁸.

Cabe destacar que en nuestro caso fue necesario agotar todos los pasos terapéuticos hasta realizar esta técnica, con lo cual fue exitoso y sin la necesidad de tener que realizar la histerectomía como último paso terapéutico.

Dado que la atonía uterina es frecuente una vez realizada la reducción uterina, el uso de uterotónicos estaría indicado.

En el caso de persistir la hemorragia post parto o la presencia de una reinversión uterina está indicado la colocación de un balón de taponamiento intrauterino como lo es el balón de Bakri. El uso del balón es efectivo para la resolución de la hemorragia post parto y es efectivo en la prevención de la reinversión¹⁷.

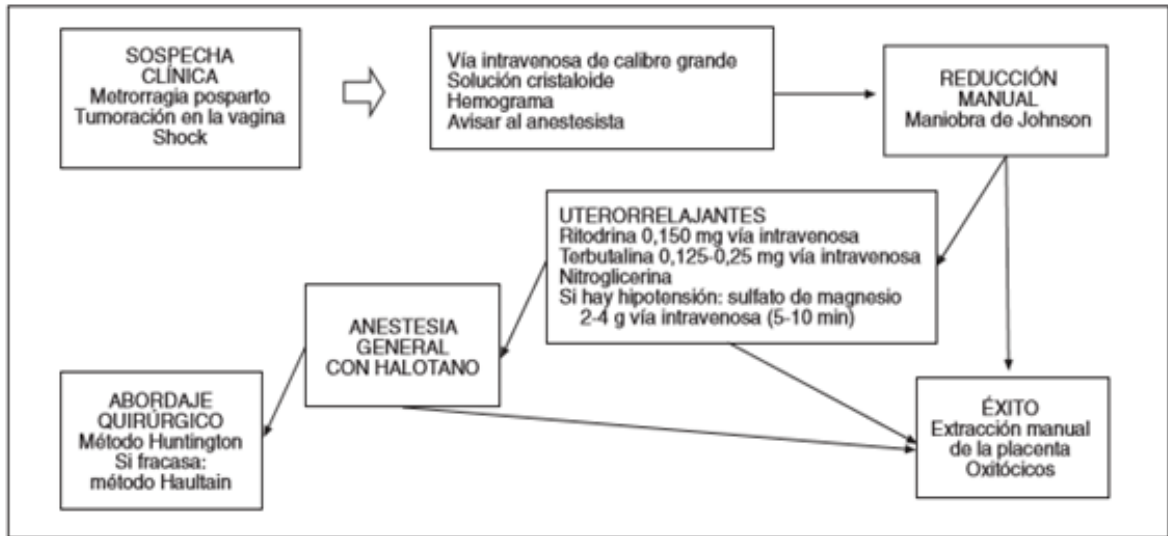
En último caso, si fuese necesario realizar la histerectomía vale recordar que la cirugía para el útero invertido es técnicamente difícil debido a la proximidad de los uréteres a los vasos ováricos y uterinos debido a la tracción de los pedículos vasculares, así como a la dificultad para reposicionar el útero, lo cual también genera dificultades en la movilización de la vejiga¹⁸. (Tabla 3).

CONCLUSIONES

La inversión uterina es una complicación obstétrica que, debido a su gravedad, requiere un diagnóstico rápido e inmediato de acción clínica. Su baja incidencia conduce a una escasa experiencia en la resolución de este tipo de situaciones. A pesar de tra-

Tabla 3

Esquema terapéutico de inversión uterina³.



tamiento, médico o quirúrgico, el mejor pronóstico ocurre en situaciones en las que el diagnóstico y las maniobras para la reversión uterina se realizan de forma temprana⁸.

Cuanto menor sea el tiempo que transcurre entre la inversión uterina y la reposición del útero, mayores serán las probabilidades de éxito⁷.

Por lo tanto, esta complicación puede aparecer en cualquier asistencia de nacimiento, principalmente en pacientes sin factores de riesgo, y por lo tanto es fundamental la realización de un diagnóstico precoz y estar familiarizado con las medidas terapéuticas a instaurar^{7,8}.

Bibliografía

1. Poon SS, Chean CS, Barclay P, Soltan A. Acute complete uterine inversion after controlled cord traction of placenta following vaginal delivery: a case report. *Clin Case Reports*. 2016;4(7):699-702.
2. Kawano H, Hasegawa J, Nakamura M, Maruyama D, Arakaki T, Ono A, et al. Upside-Down and Inside-Out Signs in Uterine Inversion. *J Clin Med Res*. 2016;8(7):548-9.
3. González-Díaz E, Fernández Fernández C, Fernández Corona A, García González C, González García C. Inversión uterina puerperal. *Progresos en Obstet y Ginecol* [Internet]. 2007;50(9):537-544. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5013\(07\)73226-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5013(07)73226-0)
4. 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. *Progresos Obstet y Ginecol*. 2012;55(9):449-452.
5. Beringer RM, Patteril M. Puerperal uterine inversion and shock. *Br J Anaesth*. 2004;92(3):439-441.
6. Lozoya Araque T, Monfort Ortiz IR, Rubert Torró L, Renard Meseguer J, Diago Almela VJ, Perales Marín AJ. Inversión uterina puerperal: Experiencia en nuestro centro. *Progresos Obstet y Ginecol*. 2014;57(8):344-348.
7. Fernández RB, Carrazana FD, Antonio O, Alemán R, Elena M, García G, et al. Inversión uterina puerperal subaguda grado II Sub-Acute Puerperal Uterine Inversion Grade II. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2016;42(1):199-207. Available from: <http://scielo.sld.cu>
8. Leal RFM, Luz RM, De Almeida JP, Duarte V, Matos I. Total and acute uterine inversion after delivery: A case report. *J Med Case Rep*. 2014;8(1):1-4.

9. Tosal B, Pastor R. Inversión uterina puerperal. Análisis de un caso y revisión de la literatura médica. *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2007;34(1):31-34. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-573X\(07\)74469-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-573X(07)74469-6)
10. Smulian JC, Defulvio JD, Diven L, Terrazas JL. Sonographic findings in acute uterine inversion. *J Clin Ultrasound*. 2013;41(7):453-456.
11. Vavilis D, Tsolakidis D, Athanatos D, Goutzioulis A, Bontis JN. Complete uterine inversion during caesarean section: A case report. *Cases J*. 2008;1(1).
12. Thiam M, Niang MM, Gueye L, Sarr FR, Diémé MEF, Cissé ML. Uterine inversion managed by the uterine balloon tamponade. *Pan Afr Med J*. 2015;22:3-6.
13. Milenkovic M, Kahn J, Maletic D. Inversion of the uterus: A serious complication at childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(1):95-96.
14. Hatada Y. Acute puerperal uterine inversion: careful usage of oxytocic agents for the success of immediate replacement. *J Obstet Gynaecol*. 2004; 24(3):319-320.
15. Berghella V. *Obstetric Evidence Based Guidelines*. Obstetric Evidence Based Guidelines. 2017.
16. Fernández Grande I, Castro Vilar L, Araújo Fernández JE, Borrajo Hernández ME. Inversión uterina no puerperal: A propósito de un caso. *Progresos Obstet y Ginecol*. 2014;57(7):291-293.
17. Haeri S, Rais S, Monks B. Intrauterine tamponade balloon use in the treatment of uterine inversion. *BMJ Case Rep*. 2015;2015:2014-2015.
18. Saxena RK, Shah T, Thirumalappa S, Sarangapani K. Technique of abdominal hysterectomy for non-puerperal uterine inversion. *BMJ Case Rep*. 2011;1-5.

Actividad Científica SGU

Jornadas de Formación Médica Continua

Sociedad Ginecitológica del Uruguay

2021

Modalidad on line | Primer módulo: 29 de abril a 26 de julio

COMITÉ DE FMC

Dr. Gerardo Vitoreira, Dra. Natalia Pérez

PRESIDENTE DE LA SGU

Dr. Claudio Sosa

Jueves 24 de junio

Primeros 1000 días de vida. Nuevas oportunidades en el control prenatal

Dra. Grazzia Rey. Moderadora: Dra. Ana Saldías

Lunes 5 de julio

Histeroscopia diagnóstica.

¿Qué nos ofrece y qué podemos esperar de este estudio?

Dr. Marcelo Hermida. Moderador: Dr. Arturo Achard

SGU
Sociedad Ginecitológica del Uruguay

Jornadas de Formación Médica Continua
SOCIEDAD GINECITOLÓGICA DEL URUGUAY
2021

Modalidad on line
Primer módulo
2021
2020 hs

Comité de FMC
Dr. Gerardo Vitoreira
Dra. Natalia Pérez
Presidente de SGU
Dr. Claudio Sosa

PROGRAMA

Cuarta 27 de Abril
Charlas de Actualización de Formación Médica Continua de la SGU.
1. **Actualización de FMC**
2. **Actualización de FMC**
3. **Actualización de FMC**
4. **Actualización de FMC**
5. **Actualización de FMC**
6. **Actualización de FMC**
7. **Actualización de FMC**
8. **Actualización de FMC**
9. **Actualización de FMC**
10. **Actualización de FMC**

Quinta 28 de Abril
Charlas de Actualización de Formación Médica Continua de la SGU.
1. **Actualización de FMC**
2. **Actualización de FMC**
3. **Actualización de FMC**
4. **Actualización de FMC**
5. **Actualización de FMC**
6. **Actualización de FMC**
7. **Actualización de FMC**
8. **Actualización de FMC**
9. **Actualización de FMC**
10. **Actualización de FMC**

Sexta 29 de Abril
Charlas de Actualización de Formación Médica Continua de la SGU.
1. **Actualización de FMC**
2. **Actualización de FMC**
3. **Actualización de FMC**
4. **Actualización de FMC**
5. **Actualización de FMC**
6. **Actualización de FMC**
7. **Actualización de FMC**
8. **Actualización de FMC**
9. **Actualización de FMC**
10. **Actualización de FMC**

Séptima 30 de Abril
Charlas de Actualización de Formación Médica Continua de la SGU.
1. **Actualización de FMC**
2. **Actualización de FMC**
3. **Actualización de FMC**
4. **Actualización de FMC**
5. **Actualización de FMC**
6. **Actualización de FMC**
7. **Actualización de FMC**
8. **Actualización de FMC**
9. **Actualización de FMC**
10. **Actualización de FMC**

Octava 1 de Mayo
Charlas de Actualización de Formación Médica Continua de la SGU.
1. **Actualización de FMC**
2. **Actualización de FMC**
3. **Actualización de FMC**
4. **Actualización de FMC**
5. **Actualización de FMC**
6. **Actualización de FMC**
7. **Actualización de FMC**
8. **Actualización de FMC**
9. **Actualización de FMC**
10. **Actualización de FMC**

Novena 2 de Mayo
Charlas de Actualización de Formación Médica Continua de la SGU.
1. **Actualización de FMC**
2. **Actualización de FMC**
3. **Actualización de FMC**
4. **Actualización de FMC**
5. **Actualización de FMC**
6. **Actualización de FMC**
7. **Actualización de FMC**
8. **Actualización de FMC**
9. **Actualización de FMC**
10. **Actualización de FMC**

Décima 3 de Mayo
Charlas de Actualización de Formación Médica Continua de la SGU.
1. **Actualización de FMC**
2. **Actualización de FMC**
3. **Actualización de FMC**
4. **Actualización de FMC**
5. **Actualización de FMC**
6. **Actualización de FMC**
7. **Actualización de FMC**
8. **Actualización de FMC**
9. **Actualización de FMC**
10. **Actualización de FMC**

Undécima 4 de Mayo
Charlas de Actualización de Formación Médica Continua de la SGU.
1. **Actualización de FMC**
2. **Actualización de FMC**
3. **Actualización de FMC**
4. **Actualización de FMC**
5. **Actualización de FMC**
6. **Actualización de FMC**
7. **Actualización de FMC**
8. **Actualización de FMC**
9. **Actualización de FMC**
10. **Actualización de FMC**

Dodecava 5 de Mayo
Charlas de Actualización de Formación Médica Continua de la SGU.
1. **Actualización de FMC**
2. **Actualización de FMC**
3. **Actualización de FMC**
4. **Actualización de FMC**
5. **Actualización de FMC**
6. **Actualización de FMC**
7. **Actualización de FMC**
8. **Actualización de FMC**
9. **Actualización de FMC**
10. **Actualización de FMC**

Decimotercera 6 de Mayo
Charlas de Actualización de Formación Médica Continua de la SGU.
1. **Actualización de FMC**
2. **Actualización de FMC**
3. **Actualización de FMC**
4. **Actualización de FMC**
5. **Actualización de FMC**
6. **Actualización de FMC**
7. **Actualización de FMC**
8. **Actualización de FMC**
9. **Actualización de FMC**
10. **Actualización de FMC**

Decimocuarta 7 de Mayo
Charlas de Actualización de Formación Médica Continua de la SGU.
1. **Actualización de FMC**
2. **Actualización de FMC**
3. **Actualización de FMC**
4. **Actualización de FMC**
5. **Actualización de FMC**
6. **Actualización de FMC**
7. **Actualización de FMC**
8. **Actualización de FMC**
9. **Actualización de FMC**
10. **Actualización de FMC**

Decimoquinta 8 de Mayo
Charlas de Actualización de Formación Médica Continua de la SGU.
1. **Actualización de FMC**
2. **Actualización de FMC**
3. **Actualización de FMC**
4. **Actualización de FMC**
5. **Actualización de FMC**
6. **Actualización de FMC**
7. **Actualización de FMC**
8. **Actualización de FMC**
9. **Actualización de FMC**
10. **Actualización de FMC**

Decimosexta 9 de Mayo
Charlas de Actualización de Formación Médica Continua de la SGU.
1. **Actualización de FMC**
2. **Actualización de FMC**
3. **Actualización de FMC**
4. **Actualización de FMC**
5. **Actualización de FMC**
6. **Actualización de FMC**
7. **Actualización de FMC**
8. **Actualización de FMC**
9. **Actualización de FMC**
10. **Actualización de FMC**

Decimoséptima 10 de Mayo
Charlas de Actualización de Formación Médica Continua de la SGU.
1. **Actualización de FMC**
2. **Actualización de FMC**
3. **Actualización de FMC**
4. **Actualización de FMC**
5. **Actualización de FMC**
6. **Actualización de FMC**
7. **Actualización de FMC**
8. **Actualización de FMC**
9. **Actualización de FMC**
10. **Actualización de FMC**

Decimoctava 11 de Mayo
Charlas de Actualización de Formación Médica Continua de la SGU.
1. **Actualización de FMC**
2. **Actualización de FMC**
3. **Actualización de FMC**
4. **Actualización de FMC**
5. **Actualización de FMC**
6. **Actualización de FMC**
7. **Actualización de FMC**
8. **Actualización de FMC**
9. **Actualización de FMC**
10. **Actualización de FMC**

Decimonoventa 12 de Mayo
Charlas de Actualización de Formación Médica Continua de la SGU.
1. **Actualización de FMC**
2. **Actualización de FMC**
3. **Actualización de FMC**
4. **Actualización de FMC**
5. **Actualización de FMC**
6. **Actualización de FMC**
7. **Actualización de FMC**
8. **Actualización de FMC**
9. **Actualización de FMC**
10. **Actualización de FMC**

XXXIII Congreso de la Asociación Uruguaya de Ginecología y Obstetricia

Arancel: 1000 pesos por charla

Socios de la Sociedad Ginecitológica del Uruguay: Sin costo

Actividad Científica SGU

Jornadas de Formación Médica Continua

Sociedad Ginecocológica del Uruguay
2021

Modalidad on line | Primer módulo: 29 de abril a 26 de julio

COMITÉ DE FMC

Dr. Gerardo Vitoreira, Dra. Natalia Pérez

PRESIDENTE DE LA SGU

Dr. Claudio Sosa

Jueves 15 de julio

Screening de cáncer génito-mamario en pacientes con sospecha de cáncer hereditario

Dr. Fernando Taranto. Moderador: Dr. Santiago Scasso

Lunes 26 de julio

Alcances del screening del primer trimestre en el contexto de la pirámide invertida de controles en el embarazo

Dr. José María Pérez Penco

Neurosonografía fetal. ¿Cuándo debemos solicitarlo y para qué sirve?

Dr. Daniel Beovide. Moderador: Dr. Marcelo de Agostini

El programa de actividades de las Jornadas de Formación Médica Continua de la SGU para el primer módulo 2021 (2020) incluye:

- Modalidad on line**
Primer módulo 2021 (2020)
- Comité de FMC:** Dr. Gerardo Vitoreira, Dra. Natalia Pérez
- Presidente de SGU:** Dr. Claudio Sosa
- Comité de actividades:** Dr. Gerardo Vitoreira, Dra. Natalia Pérez, Dr. Claudio Sosa
- Actividades:**
 - Jueves 29 de abril:** "¿Qué tan segura es la práctica de Formación Médica Continua de la SGU?"
 - Dr. Gerardo Vitoreira
 - Dr. Gerardo Vitoreira, Dra. Natalia Pérez
 - Dr. Gerardo Vitoreira, Dra. Natalia Pérez
 - Dr. Gerardo Vitoreira, Dra. Natalia Pérez
 - Jueves 15 de julio:** "Screening de cáncer génito-mamario en pacientes con sospecha de cáncer hereditario"
 - Moderador: Dr. Fernando Taranto
 - Dr. Fernando Taranto
 - Lunes 26 de julio:** "Alcances del screening del primer trimestre en el contexto de la pirámide invertida de controles en el embarazo"
 - Moderador: Dr. José María Pérez Penco
 - Dr. José María Pérez Penco
 - Jueves 29 de julio:** "Neurosonografía fetal. ¿Cuándo debemos solicitarlo y para qué sirve?"
 - Moderador: Dr. Daniel Beovide
 - Dr. Daniel Beovide

Arancel: 1000 pesos por charla

Socios de la Sociedad Ginecocológica del Uruguay: Sin costo