

CASOS CLÍNICOS

Extrofia vesical corregida complicada por un prolapso uterino recidivante asociado y embarazo

M.N. Suárez, N.L. González-González, V. Medina, I. Clemente, I. Martínez y J. Parache

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Canarias. Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna. Tenerife. España.

SUMMARY

Pregnancy in patients with a history of surgically-corrected vesical extrophy has been described in the literature and is associated with a higher risk of urinary infections, hydronephrosis, urinary incontinence and genital prolapse. Uniform criteria for the birth route in these patients is lacking.

We present the first case of vesical extrophy corrected by uretersigmoidostomy and complicated by uterine prolapse that was surgically treated through sacral suspension of the uterus with goretex mesh. The prolapse recurred and was associated with a rectocele. Physiological pregnancy ensued, which ended with Cesarean delivery of a healthy boy at term.

INTRODUCCIÓN

La extrofia vesical es una malformación reconocida desde hace aproximadamente unos 2.000 años y se presenta con una incidencia de un caso cada 125.000 o 250.000 mujeres¹. Es el resultado de un cierre incompleto de la pared abdominal en el área infraumbilical con exposición de los uréteres al exterior, fallo en el cierre de la sínfisis del pubis, deficiencia en la musculatura pélvica diafragmática y otras anomalías del tracto reproductor inferior, como atresia o duplicación del clítoris, periné corto, atresia o tabicación de la vagina, útero bicornio y, frecuentemente, malformaciones anorrectales¹.

La cirugía reconstructiva, con objetivos funcionales y estéticos, ha conseguido grandes logros en los últimos 20 años; actualmente existen numerosas intervenciones que alcanzan tal propósito². Sin embar-

go, dada la escasa frecuencia de esta patología, existen muy pocos casos en la bibliografía que hagan referencia a los resultados reproductivos en estas mujeres, si bien se ha descrito la existencia de frecuentes complicaciones asociadas a sus embarazos como, por ejemplo, prolapso uterino, infecciones urinarias de repetición, hidronefrosis o incontinencia urinaria transitoria durante la gestación³⁻⁵.

Presentamos el primer caso de una paciente con una extrofia vesical intervenida, complicada por un prolapso uterino corregido quirúrgicamente mediante suspensión sacra del útero con cincha de Gore-tex, que posteriormente presentó un prolapso cervical de tercer grado con un rectocele asociado y que consiguió un embarazo espontáneo que cursó de forma fisiológica y finalizó con el nacimiento a término de un niño sano.

CASO CLÍNICO

Paciente afectada de extrofia vesical que es intervenida por primera vez a los 3 años de edad, practicándosele una uretersigmoidostomía. A la edad de 15 años se sometió a una segunda intervención quirúrgica en la que se le realizó una vaginoplastia. A los 24 años es vista por primera vez en nuestro centro, diagnosticándosele un prolapso uterino de tercer grado. Dada la edad de la paciente y su deseo de preservar su fertilidad, se realiza la corrección del prolapso mediante la colocación de una hamaca de Gore-tex para suspender el útero al sacro, fijándolo al promontorio y a ambos lados de la pelvis. En los controles realizados regularmente en policlínica se detecta, con el paso del tiempo, la reaparición progresiva del prolapso cervical, al que se asocia un rectocele. A los 31 años el cérvix llega a superar el introito y se decide intentar una nueva reposición quirúrgica ante el deseo de la paciente de preservar su fertilidad. Durante el tiempo de permanencia en lista de espera para la intervención, la paciente consigue una gestación espontánea tras 15 años de esterilidad (fig. 1).

Aceptado para su publicación el 16 de abril de 2002.



Fig. 1. Gestante con prolapo cervical tras la corrección de un prolapo uterino mediante suspensión sacra del útero con cincha de Gore-tex en una paciente afectada de una extrofia vesical.

En el primer control obstétrico se diagnostica una gestación intrauterina de 10 semanas de edad gestacional. El embarazo se controla como gestación de alto riesgo por los antecedentes quirúrgicos ginecológicos de la paciente, y por presentar un prolapo uterino actual de grado III, esterilidad y asma. El curso de la gestación es fisiológico, y la gestante refiere las molestias propias de sequedad e irritación en la mucosa cervicovaginal prolapsada, que en ocasiones llega a ulcerarse. La paciente permanece continente durante toda la gestación y no se realiza profilaxis antibiótica ni urinocultivos de control, dada la dificultad para la recogida de las muestras de orina. En ningún momento se constata sintomatología sugestiva de infección urinaria. Mensualmente, se evalúan las características ecográficas de las pelvis renales y de los uréteres, descartándose la presencia de hidronefrosis. Se registran varias reagudizaciones del proceso asmático coexistente, que se tratan de forma convencional. A las 24 semanas se diagnostica una diabetes gestacional que se controla únicamente con dieta y ejercicio. El crecimiento fetal es adecuado, así como las características de la placenta y la cantidad de líquido amniótico, en todas las ecografías practicadas. Las pruebas cardiotocográficas de bienestar fetal resultan, asimismo, normales. A las 39 semanas se realiza una cesárea electiva obteniéndose un varón sano de 3.000 g de peso. En el mismo acto quirúrgico se practica una ligadura tubárica bilateral a solicitud de la paciente. El puerperio transcurrió normalmente, detectándose una discreta descongestión del prolapo, más patente en la revisión realizada un mes más tarde.

DISCUSIÓN

El embarazo en pacientes con extrofia vesical después de una operación reconstructiva y/o de la derivación urinaria supravesical ha sido descrito en la bibliografía¹, y también tras la derivación urinaria al ileo, o al rectosigma², pero la experiencia sobre la asistencia obstétrica a estas pacientes y los resultados perinatales obtenidos es extremadamente limitada. Barret y Peters³ refieren que cuando la paciente es portadora de una derivación al rectosigma, como en el caso que presentamos, el crecimiento del útero puede comprimir la uretersigmoidostomía y dificultarse el drenaje de los uréteres, facilitando la aparición de infecciones urinarias. En su serie, el 21% de las pacientes tuvo partos prematuros, presumiblemente relacionados con la alta incidencia de infecciones del tracto urinario inferior y de pielonefritis que se registraron; por ello, estos autores proponen una terapia antibiótica agresiva en estas pacientes. Independientemente de la solución quirúrgica por la que se haya optado para resolver la extrofia vesical, todos los autores refieren un riesgo incrementado de infecciones urinarias recurrentes, si bien no existe acuerdo en la realización de profilaxis antibiótica sistemática.

En relación directa con el riesgo de infección urinaria está la aparición de dilataciones uretrales e hidronefrosis. Es recomendable⁴ el cribado mediante ecografía de la existencia de esta complicación, aunque no exista clínica asociada, y el seguimiento de la misma en los casos en los que esté presente. En nuestro caso no se realizó profilaxis de las infecciones urinarias y la gestante no presentó en ningún momento del embarazo o puerperio ningún episodio de esta complicación ni dilatación de las vías urinarias detectable ecográficamente. La gestación cursó fisiológicamente hasta el término.

Se han descrito algunos casos esporádicos de extrofia vesical congénita en familiares⁶, por lo que en estas pacientes debe de realizarse con especial cuidado el cribado prenatal de este tipo de malformaciones en su descendencia.

No existe una actitud unánime en cuanto a la vía del parto que debe adoptarse. Se ha descrito la posibilidad de parto vaginal en pacientes continentes con ileostomías y con reservorios ileales^{5,7} pero, aunque la existencia de derivaciones de los uréteres no contraindique sistemáticamente el parto vaginal, la vía del parto debe considerarse de forma individual en cada paciente, independientemente de las indicaciones puramente obstétricas. En muchos casos pueden existir otras complicaciones coexistentes, como el antecedente de plastias vaginales previas o distintos grados

de prolapo, que contraindiquen el parto vaginal. En los casos de portadoras de reservorios con drenaje abocado al periné se recomienda optar por la vía abdominal para evitar que las fuerzas generadas durante el parto vaginal dañen irreversiblemente el mecanismo de continencia, ya sea por que se produzca un prolapo o por fenómenos de necrosis⁵, al igual que en las pacientes continentas con una derivación urinaria ortotópica⁶.

En el caso que presentamos, dada la coexistencia de un prolapo de grado III, recidivante tras una corrección quirúrgica, se optó por la práctica de una cesárea, que se realizó sin complicaciones, encontrándose el segmento directamente debajo de la delgada piel cicatricial que cubría el área suprapúbica.

Hemos localizado una única referencia de embarazo en una mujer con extrofia vesical intervenida y complicada por un prolapo uterino, corregido quirúrgicamente mediante suspensión sacra del útero con cincha de Gore-tex antes de la gestación¹. El curso del embarazo estuvo complicado por infecciones urinarias de repetición, incontinencia intermitente de orina, amenaza de parto prematuro y recidiva del prolapo del cérvix y de la cara anterior de la vagina, pero el resultado perinatal finalmente fue favorable, obteniéndose mediante cesárea a las 35 semanas un recién nacido pretérmino sano. El prolapo cervicovaginal se corrigió espontáneamente en el puerperio. Se propone la fijación del útero al sacro con cincha de Gore-tex como técnica ideal para la corrección del prolapo en mujeres jóvenes que desean preservar la fertilidad, pero en el caso que presentamos el prolapo recidivó antes de que se consiguiese la gestación.

RESUMEN

El embarazo en pacientes con antecedentes de extrofia vesical corregida quirúrgicamente se ha descrito en la bibliografía y se ha asociado con un riesgo incrementado de infecciones urinarias, hidronefrosis, incontinencia urinaria o prolapo genital. No existe un criterio uniforme en cuanto a la vía del parto en estas gestantes.

Se presenta el primer caso de una extrofia vesical corregida mediante uretorisigmoidostomía y complicada por un prolapo uterino que a su vez se trató quirúrgicamente mediante la suspensión sacra del útero con cincha de goretex. El prolapo recidivó, asociándose un rectocele y en esta situación la paciente consiguió un embarazo espontáneo que cursó de forma fisiológica y finalizó con el nacimiento a término, mediante cesárea, de un niño sano.

BIBLIOGRAFÍA

- Rose CH, Rowe TF, Cox SM, Malinak LR. Uterine prolapse associated with bladder exstrophy: surgical management and subsequent pregnancy. *J Matern Fetal Med* 2000;9:150-2.
- Woodhouse CRJ. The gynaecology of exstrophy. *BJU Intern* 1999;83(Suppl 3):34-8.
- Burbige KA, Hensle TW, Chambers WJ, Leb R, Jeter KF. Pregnancy and sexual function in women with bladder exstrophy. *Urology* 1986;28:12-4.
- Barret RJ, Peters WA. Pregnancy following urinary diversion. *Obstet Gynecol* 1983;62:582-6.
- Akerlung S, Bokstrom H, Jonsson O. Pregnancy and delivery in patients with urinary diversion through the continent ileal reservoir. *Surg Gynecol Obstet* 1991;173:350-2.
- Messelink EJ, Aronson DC. Four cases of bladder exstrophy in two families. *J Med Genet* 1994;490-2.
- Ojerskog B, Kock NG, Philipson BM, Philipson M. Pregnancy and delivery in patients with a continent ileostomy. *Surg Gynecol Obstet* 1988;167:61-4.