



CASO CLÍNICO

Liberación y extracción segura de pesario incarcorado precozmente

A. Luengo-Tabernero*, V. Zornoza-García, V. Orille-Nuñez y C. González-García

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Asistencial de León, León, España

Recibido el 10 de enero de 2008; aceptado el 24 de enero de 2008

On-line el 13 de febrero de 2009

PALABRAS CLAVE

Pesarios;
Prolapso uterino;
Suelo pélvico

KEYWORDS

Pessaries;
Uterine prolapse;
Pelvic floor

Resumen

El uso de pesarios vaginales permite el alivio sintomático del prolапso genital en mujeres no susceptibles de tratamiento quirúrgico, aunque su uso no está exento de riesgos. A continuación se presenta un caso de incarceración tras 8 meses de uso. Se realizó adhesiolisis sin complicaciones.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Safe release and removal of a prematurely incarcerated pessary

Abstract

Vaginal pessaries allow symptomatic relief of genital prolapse in patients unsuitable for surgery. However, the use of these devices is not free of risks. We report a case of incarceration after 8 months of use. Adhesiolysis was performed without complications.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El aumento progresivo de edad de la población supone un incremento en la prevalencia de enfermedad del suelo pélvico: prolапso genital, incontinencia, dificultad para micción y defecación, dispareunia, etcétera. Aunque el tratamiento quirúrgico resulta de elección en un gran número de mujeres, sus resultados distan de ser ideales y el riesgo de recidiva no es desdeñable. En aquellas mujeres

en las que el alto riesgo preoperatorio contraíndica la cirugía o bien en aquellas que se encuentran en lista de espera, puede optarse por el tratamiento con pesarios.

Caso clínico

A continuación se presenta el caso de una mujer de 79 años a la que su ginecólogo de zona envió a este Servicio de Urgencia debido a la imposibilidad de extraerle un pesario insertado 8 meses antes. La mujer había rechazado la cirugía debido a sus antecedentes: hipertensión arterial, diabetes de tipo 2, arritmia cardíaca compleja con marcapasos bicameral, accidente isquémico transitorio y

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a_luengo@yahoo.com
(A. Luengo-Tabernero).



Figura 1 Pesario de tipo anillo colocado en la vagina.

posteriormente ictus isquémico. Además, la mujer seguía tratamiento con Sintrom®.

El pesario, de tipo anillo, se encontraba colocado correctamente en la vagina (fig. 1) y descendía hasta el introito con una tracción suave; sin embargo, era imposible la extracción. Se observó un puente que englobaba al dispositivo, formado por mucosa vaginal y tejido fibroso de 1 cm de anchura y que no permitía el movimiento debajo de éste.

Se realizó desbridamiento de las uniones entre el puente y el pesario mediante un disector y se cortó con tijera tras realizar pinzamiento de ambos extremos y posterior ligadura de los cabos. No se observaron puntos de hemorragia ni otras lesiones. El cérvix, de aspecto sano, descendía hasta el introito, junto con cistocele y rectocele (ambos de primer grado).

Se pautó tratamiento con Blastoestimulina® tópica al 1% y se recomendó esperar hasta la mejoría de la zona para colocar un pesario nuevo.

Discusión

El empleo de pesario para el prolапso genital sigue considerándose tratamiento de primera línea en aquellas mujeres en las que la cirugía se rechaza, está contraindicada o ha fracasado. También puede emplearse durante el embarazo¹. Se logra alivio sintomático hasta en un 92% de casos².

Es de utilidad en el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo porque corrige la distorsión uretral que produce el

prolапso, el ángulo vesicouretral e incluso la urgencia miccional².

Asimismo, puede emplearse como herramienta diagnóstica. La mejoría de la clínica con el pesario señala el prolапso como etiología de ésta. Además, identifica a aquellas mujeres en las que la corrección de cistocele desenmascara una incontinencia de esfuerzo, lo que permite indicar preoperatoriamente la necesidad de medidas tanto para el prolапso como para la incontinencia (puntos de Kelly, operación de Burch, mallas, etcétera).

No hay consenso absoluto en la elección del pesario. En España se emplea de forma mayoritaria el de tipo anillo, pero hay más de 16 modelos descritos. Tampoco hay consenso sobre la frecuencia en el cambio del dispositivo (6, 9 o 12 meses). En caso de haber atrofia, molestias locales o erosión, se recomienda el uso de crema de estrógenos 2 veces por semana hasta la desaparición de éstas.

Su utilización no está exenta de riesgos. Las complicaciones son especialmente frecuentes en mujeres demenciales, en aquéllas con déficit grave de funciones motoras o visuales y en ancianas muy dependientes, dado que no continúan un seguimiento exhaustivo³.

La complicación más frecuente es la impactación debido a la irritación del epitelio. Asimismo, diversas enfermedades dermatológicas, como el eritema multiforme o la necrólisis epidérmica, se asocian a lesiones genitales y a la formación de sinequias vaginales durante la fase aguda⁴. Se aconseja la extracción del pesario y la aplicación de estrógenos locales hasta la curación.

La impactación en la pared vaginal puede producir decúbito y ulceración hacia la vejiga o el recto⁵. El puente de tejido neoformado puede liberarse o, cuando el dispositivo es móvil, puede cortarse y sacarse mediante su rotación⁶. En casos de dispositivos «olvidados» durante años, puede aparecer sintomatología grave, como sepsis, celulitis pélvica, estrangulamiento uterino, compresión ureteral bilateral y anuria⁷⁻¹⁰. Russell describió una serie de casos de cáncer de vagina asociado a ulceración crónica¹¹.

Conclusión

La patología del suelo pélvico es un problema cada vez más prevalente. El pesario puede considerarse un instrumento seguro; sin embargo, deben realizarse revisiones periódicas y cambios frecuentes de éste. Asimismo, el hecho de dar explicaciones cuidadosas a las mujeres permite la prevención de complicaciones. La extracción segura de un pesario incarcorado es posible y, a menudo, se realiza con mínima agresividad.

Bibliografía

- Jackson S, Smith P. Fortnightly review: Diagnosing and managing genitourinary prolapse. *BMJ*. 1997;314:875.
- Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;189(4):1025-9.
- Thakar R. Management of genital prolapse. *BMJ*. 2002;324(7348):1258-62.

4. Meneux E, Paniel BJ, Pouget F, Revuz J, Roujeau JC, Wolkenstein P. Vulvovaginal sequelae in toxic epidermal necrolysis. *J Reprod Med.* 1997;42(3):153-6.
5. Poma PA. Management of incarcerated vaginal pessaries. *J Am Geriatr Soc.* 1981;29(7):325-7.
6. Whitworth JS, Thijss I, Bhal PS. Rapid incarceration of a ring pessary with its safe and immediate removal. *J Obstet Gynaecol.* 2002;22(2):225-6.
7. Dasgupta P, Booth CM. Uraemia due to ureteric obstruction of a solitary kidney by a vaginal ring pessary. *Scand J Urol Nephrol.* 1996;30(6):493-4.
8. Reay HAJ, Dignan AP, Mauder C. Complication of self-treatment with ring pessary. *BMJ.* 1964;2:554.
9. Duncan LE, Foltzer M, O'Hearn M. Unilateral hydronephrosis, pyelonephritis, and bacteremia caused by a neglected vaginal ring pessary. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45(11):1413-4.
10. Meinhartd W, Schuitemaker NW, Smeets MJ, Venema PL. Bilateral hydronephrosis with urosepsis due to neglected pessary. Case report. *Scand J Urol Nephrol.* 1993;27(3):419-20.
11. Russell JK. The dangerous vaginal pessary. *BMJ.* 1961;12:1595-7.