

742 **Idoya Eguiluz Gutiérrez-Barquín**  
**Miguel Ángel Barber Marrero**  
**Alicia Martín Martínez**  
**Manuel Cazorla Betancor**  
**José Ángel García Hernández**

## Gestación y prolapso uterino

### *Pregnancy and uterine prolapse*

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España.

#### **Correspondencia:**

Dra. I. Eguiluz Gutiérrez-Barquín.  
Lope de Vega, 9 1.º. 35005 Las Palmas de Gran Canaria. España.  
Correo electrónico: mabarber@mac.com

Fecha de recepción: 18/4/2006.

Aceptado para su publicación: 4/9/2007.

---

#### **RESUMEN**

La coexistencia de una distopia genital y una gestación es un hecho infrecuente. Se expone un caso manejado en nuestro centro hospitalario, así como su tratamiento y resolución, intentando determinar unas pautas terapéuticas generales tras una revisión exhaustiva de la escasa bibliografía existente sobre este tema.

#### **PALABRAS CLAVE**

Prolapso uterino. Distopias. Gestación.

#### **ABSTRACT**

The coexistence of genital dystopia and pregnancy is unusual. The present article describes a case managed in our hospital center, as well as its treatment and resolution. To determine general therapeutic models, an exhaustive review of the limited literature on the topic is presented.

#### **KEY WORDS**

Uterine prolapse. Dystopias. Pregnancy.

#### **INTRODUCCIÓN**

En la obstetricia actual, el hecho de una gestante presentar un prolapso uterino es algo extremadamente inusual. Al tratarse de una patología infrecuente, ocurre que muchos obstetras no se han enfrentado a esa patología y en la gran mayoría de los casos se desconoce su manejo durante el embarazo y a la hora de elegir la vía del parto.

#### **CASO CLÍNICO**

Se trata de una paciente de 35 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales de interés, gran múltipara, con 4 partos eutócicos anteriores. Menarquia a los 11 años, fórmula menstrual 4/28 y embarazo de curso normal con control ambulatorio. En la semana 32 de amenorrea acudió a urgencias de nuestro centro por dolor abdominopélvico importante y tras notarse un «bulto» en los genitales externos, que se había incrementado durante las últimas 48 h. No refería incontinencia urinaria acompañante ni otra sintomatología de interés. En la exploración al ingreso se objetivó una paciente con buen estado general, normotensa, apirética, con frecuencia cardíaca de 80 lat/min, normocoloreada y normohidratada. La altura uterina correspondía con amenorrea y se visualizaba un prolapso genital con



**Figura 1.** Prolapso genital en gestante de 32 semanas.



**Figura 2.** Prolapso genital (ampliación de la imagen).



**Figura 3.** Prolapso genital (ampliación mayor).

cérvix uterino y parte del segmento uterino inferior por debajo del plano vulvar, con atrofia y sequedad de la mucosa cervical y con diferentes úlceras cervicales dolorosas (figs. 1-3). El prolapso uterino se podía reponer, no sin cierta dificultad, por el intenso dolor que le producía a la gestante. Se decidió el ingreso inicial en la planta de medicina materno-fetal para realizar tratamiento, con la intención de eliminar la algia que presentaba la paciente y reducir definitivamente el prolapso uterino. En planta se procede a reducir el prolapso y colocar un pesario

vaginal con una solución antiséptica. A las 24 h del ingreso se dio de alta por mejoría franca del cuadro y resolución del prolapso genital; la paciente pasó a control ambulatorio. En la semana 33 acudió a urgencias por dinámica uterina que no cedía con reposo domiciliario; se la reingresó y se realizó tocó-lisis por vía intravenosa por amenaza de parto pretérmino, que cedió tras tratamiento. En la semana 35 inició, de forma espontánea, trabajo de parto. En el paritorio se identificó un prolapso vaginal de la extremidad inferior de una presentación podálica, por lo que se indicó una cesárea urgente; nació un feto mujer de 2.400 g de peso, con una puntuación en la prueba de Apgar 9/10 y buena adaptación cardiorrespiratoria a la vida extrauterina, con un pH arterial de 7,31 y venoso de 7,38.

## DISCUSIÓN

Si bien en general el prolapso uterino es una entidad clínica que se presenta con bastante frecuencia en nuestra especialidad, el hecho de que aparezca en una mujer joven es una situación bastante atípica; si además asociamos el prolapso con una gestación coexistente, reduce las probabilidades de aparición hasta convertirla en una situación casi excepcional<sup>1</sup>, por lo que es una entidad sobre la cual es difícil encontrar datos en la literatura científica actual. Alonso et al<sup>1</sup>, en un artículo del año 2000, describen que la

mayoría de los casos relatados en la bibliografía científica acontecen en años anteriores a 1970, por lo que podemos afirmar que el cambio acaecido en la obstetricia en los últimos años ha hecho aun más infrecuente esta entidad en nuestros días<sup>2-4</sup>. La mayoría de los artículos se refieren a casos clínicos o a pequeñas series. El artículo encontrado con un mayor número de casos es el de Palanichamy<sup>5</sup>, con sólo 38 casos recogidos, y publicado en 1977. No existen datos en la bibliografía científica sobre la incidencia y prevalencia de esta entidad clínica<sup>6</sup>. Sí parece claro que la etiología de los trastornos del suelo pélvico es de origen multifactorial; en ella el traumatismo obstétrico previo<sup>6,7</sup> desempeña un papel importante. En cuanto al manejo de la embarazada con un prolapso genital, todos los trabajos publicados coinciden en que el reposo, junto con la reducción uterina, son los pilares del tratamiento en las pacientes gestantes<sup>8,9</sup>. La utilización de taponamiento vaginal o de pesario no parece del todo clara; en el artículo de Alonso et al<sup>1</sup>, se optó por una reducción inicial con taponamiento vaginal y, en un segundo tiempo, insertar un pesario. Nosotros, tras la reducción del prolapso, decidimos colocar el pesario de inmediato y,

como la paciente se encontraba asintomática del todo, proceder a control ambulatorio de la gestación. Las principales complicaciones obstétricas descritas asociadas a un prolapso genital coexistente son aborto (15-21%), amenaza de parto prematuro (18%), dolor pélvico, leucorrea, retención de orina, incarceration uterina e infecciones urinarias de repetición<sup>1,8,10-14</sup>. En cuanto a la vía de finalización del parto, en la literatura médica actual no existe un consenso claro acerca de si se debería realizar una cesárea electiva en estas pacientes o bien permitir un intento de parto vaginal<sup>15</sup>. En un artículo de Schinfeld<sup>16</sup>, publicado en 1976, se describen 2 casos diferentes de embarazadas con prolapso genital, donde se optó por un trabajo de parto vaginal; en cambio, autores como Alonso et al<sup>1</sup> o Guariglia et al<sup>9</sup>, plantean la posibilidad de una cesárea de primera intención como la vía de elección del parto. En nuestro caso, no encontramos contraindicación para un parto vaginal, por lo que se debió esperar el inicio del trabajo de parto e indicar cesárea por criterios obstétricos; en el caso descrito por nosotros, la cesárea fue indicada por presentación podálica con prociencia vaginal de extremidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alonso L, Barber MA, Eguiluz I, Hijano JV, Herrera JA, Gallo M, et al. Gestación incipiente y prolapso uterino. *Clin Invest Gin Obstet*. 2000;27:317-9.
- Ogunbode O, Aimakhu VE. Uterine prolapse during pregnancy in Ibadan. *Am J Obstet Gynecol*. 1973;116:622-5.
- Piver MS, Spezia J. Uterine prolapse during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1968;32:765-9.
- Fliegner JR. Utero-vaginal prolapse during pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1969;9:240-8.
- Palanichamy G. Prolapse of the uterus complicating labour (A study of 38 cases). *J Obstet Gynaecol India*. 1976;26:692-7.
- Hill PS. Uterine prolapse complicating pregnancy. A case report. *J Reprod Med*. 1984;29:631-3.
- Sepulveda W, Cabrera J. Uterine prolapse in a primigesta. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 1984;49:312-5.
- Brown HL. Cervical prolapse complicating pregnancy. *J Natl Med Assoc*. 1997;89:346-8.
- Guariglia L, Carducci B, Botta A, Ferrazzani S, Caruso A. Uterine prolapse in pregnancy. *Gynecol Obstet Invest*. 2005;60:192-4.
- Suzuki K, Shane JM. Uterine prolapse in the pregnant primigravida. *Am J Obstet Gynecol*. 1972;112:303-4.
- Nelson MS. Acute urinary retention secondary to an incarcerated gravid uterus. *Am J Emerg Med*. 1986;4:231-2.
- Childs AJ, Goldkrand JW. Uterine incarceration in a 9-week multifetal pregnancy resulting from in vitro fertilization. A case report. *J Reprod Med*. 2003;48:992-4.
- Meislin HW. Incarceration of the gravid uterus. *Ann Emerg Med*. 1987;16:1177-8.
- Ozel B. Incarceration of a retroflexed, gravid uterus from severe uterine prolapse: a case report. *J Reprod Med*. 2005;50:624-6.
- Yogev Y, Horowitz ER, Ben-Haroush A, Kaplan B. Uterine cervical elongation and prolapse during pregnancy: an old unsolved problem. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2003;30:183-5.
- Schinfeld JS. Prolapse of the uterus during pregnancy: a report of two cases and review of management. *Am J Obstet Gynecol*. 1977;129:587-8.