



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Prolapso genital en una gestante con antecedente de accidente de tráfico y lesión perineal severa

Mariona Veciana Colillas*, María Luisa Monje Beltran, Eva María Vicedo Madrazo y José Manuel Marqueta Sánchez

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Palamós, Palamós, Girona, España

Recibido el 14 de noviembre de 2011; aceptado el 1 de febrero de 2012
Accesible en línea el 27 de marzo de 2012

PALABRAS CLAVE

Prolapso genital;
Embarazo;
Histerocele y embarazo;
Parto y prolapso;
Prolapso genital y complicaciones y embarazo

KEYWORDS

Genital prolapse;
Pregnancy;
Hysterocele and pregnancy;
Delivery and prolapse;
Genital prolapse and complications and pregnancy

Resumen La asociación de prolapso genital y gestación es más frecuente a partir de la segunda mitad del embarazo y a menudo se corrige después del parto. No hay datos sobre la incidencia ni prevalencia del prolapso uterino desde el inicio del embarazo, ni desarrollado a lo largo de este ni en el postparto.

En nuestro caso, nos encontramos con una mujer de 35 años, tercigesta, con un prolapso de tercer grado previo al embarazo en el contexto de un accidente de tráfico, con lesión perineal. Describimos el manejo durante la gestación y la vía del parto.

© 2011 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Genital prolapse in a pregnant woman with a history of severe perineal injury caused by a traffic accident

Abstract The association between genital prolapse and pregnancy is more common in the second half of pregnancy and is often corrected after childbirth. There are no data on the incidence or prevalence of uterine prolapse from the beginning of pregnancy or on those developing during the course of pregnancy or in the postpartum.

We present the case of a 35-year-old woman in her third pregnancy who was diagnosed with a third-grade prolapse that occurred as a result of a traffic accident causing a perineal injury before conception. We describe the management of this entity during pregnancy and the route of delivery.

© 2011 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El prolapso genital consiste en el descenso de los órganos pélvicos como consecuencia del fallo de las estructuras de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marionaveciana@gmail.com
(M. Veciana Colillas).

soporte y sostén. Constituye una parte importante de la patología del suelo pélvico. Puede asociar disfunción urinaria, defecatoria y sexual, y dolor pélvico crónico.

Dentro del prolapso genital encontramos diferentes tipos en función del compartimento afectado (en el compartimento anterior: uretrocele y cistocele; en el medio: prolapso uterino, prolapso de cúpula y enterocele, y en el posterior: rectocele). El grado de descenso se define como: grado I: entre posición normal e introito; grado II: a nivel de introito; grado III: descenso por fuera del introito, y grado IV: prolapso total, fuera del plano vulvar.¹

Entre los factores de riesgo encontramos posibles alteraciones del tejido conectivo, el embarazo y el parto, el envejecimiento, la obesidad, la cirugía pélvica previa y todas las situaciones que impliquen un aumento crónico de la presión abdominal.^{1,2}

Respecto al prolapso genital asociado al embarazo, en la literatura solo encontramos algunos casos descriptivos, muchos de los cuales ocurren en países en desarrollo donde la multiparidad y los problemas obstétricos son más frecuentes. En nuestro medio, sin embargo, el prolapso uterino es más común en mujeres posmenopáusicas.¹

La asociación de prolapso y gestación es más frecuente la segunda mitad del embarazo y a menudo este se corrige en el posparto, pero se desconoce la frecuencia de dicha asociación. Todas las publicaciones coinciden en que el prolapso uterino comprende un riesgo para la gestación y que su incidencia aumenta el tercer trimestre.

Entre los artículos previamente publicados, hemos encontrado un caso similar al nuestro, por el hallazgo del prolapso previo al embarazo, ocurrido en Nueva York, de una gestante de 44 años con un prolapso uterino total. El manejo fue conservador, con reposo en la cama con las caderas flexionadas y tratamiento local de las úlceras cervicales. La paciente tuvo un parto vaginal sin complicaciones.⁶

Entre sus complicaciones se encuentra el parto prematuro, la rotura prematura de membranas, la cervicitis, la vaginitis, el sangrado vaginal originado por una úlcera cervical, las infecciones urinarias de repetición la retención aguda de orina y el discomfort pélvico.⁸

En cuanto a su tratamiento, no hay un consenso claro. Se plantean actuaciones como restringir la actividad física, permanecer en reposo relativo, mantener posición de Trendelenburg al estar en decúbito, hacer lavados antisépticos vaginales periódicos, controlar posibles infecciones de orina, controlar el crecimiento fetal, colocar pesario en casos seleccionados (más éxito en la primera mitad del embarazo, en el tercer trimestre aumenta el riesgo de expulsión) y opcionalmente administrar progesterona como tratamiento profiláctico del parto pretérmino, aunque hasta ahora no hay estudios que demuestren su efectividad en las gestantes con prolapso uterino.³⁻⁸

En cuanto a la vía del parto, en los casos descritos se contempla tanto el parto vaginal como la cesárea electiva como el mejor método para finalizar la gestación.

Caso clínico

Paciente de 35 años, con el antecedente de accidente de tráfico en 1992, que presenta una fractura de las 4 ramas isquiopúbicas, el arco pélvico y el sacro, por la cual se le

colocó un fijador externo; un desgarro perineal infectado por estafilococos desbridado quirúrgicamente y una lesión del nervio ciático izquierdo, a consecuencia de la cual presentaba incontinencia urinaria y de heces líquidas, y gases de origen neurológico.

Su fórmula obstétrica era 1.1.2.1, una muerte fetal intraútero de 25 semanas en 2003 sin causa aparente (en el estudio se diagnosticó una alteración cromosómica paterna), un recién nacido a término en 2004 con gestación de curso normal y sin constancia de prolapso genital y 2 abortos en 2007, el primero un aborto diferido de 6 semanas y el segundo un aborto tardío por corioamnionitis a las 20 semanas posterior a una amniocentesis diagnóstica. En ese momento presentaba un cistocele y un prolapso uterino de tercer grado con la maniobra de Valsalva sin sintomatología acompañante; la urodinamia reportaba una incontinencia urinaria leve.

En 2008 consultó por empeoramiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) y por sensación de bultoma vaginal. En la exploración aparecía un prolapso de tercer grado con IUE. Se decidió conducta expectante por la voluntad de la paciente de quedar embarazada y se colocó un pesario del n.º 8. Tras un año intentando quedar embarazada, se le hicieron 4 IAC sin éxito y, previo a la práctica de una FIV, en agosto de 2010, se quedó embarazada de forma espontánea.

En la primera visita obstétrica se objetivó el prolapso descrito, decidiéndose no retirar el pesario. El seguimiento del embarazo consistió, además de las ecografías y analíticas habituales, en visitas en la consulta de obstetricia de alto riesgo cada 4 semanas, durante las cuales se procedía al recambio del pesario y se tomaban un frotis vaginal y un sedimento urinario para cultivo. Todos los urinocultivos y cultivos vaginales fueron negativos. A las 33 semanas se diagnosticó diabetes gestacional, iniciando dieta y controles de glucemia según protocolo, aumentando el riesgo de su embarazo. A las 34 semanas inició dinámica uterina irregular con modificaciones cervicales. Ante el riesgo de parto prematuro y las características particulares de su embarazo, quedó ingresada en observación 48 h. Durante su estancia hospitalaria permaneció asintomática, siendo dada de alta con reposo relativo. La cervicometría al alta era de 16 mm.

A las 39 semanas ingresó en trabajo de parto, se le extrajo el pesario y tuvo un parto eutócico con anestesia peridural, naciendo una niña de 3.250 g, con un Apgar de 9-10. La primera fase del trabajo de parto duró 5 h 45 min y la segunda fase 45 min. El alumbramiento fue espontáneo.

La exploración al alta fue de un prolapso uterino de segundo grado, encontrándose asintomática.

A los 15 días posparto, el prolapso uterino era de tercer grado, colocándose de nuevo un pesario y estando pendiente a fecha de hoy de tratamiento quirúrgico definitivo (histerectomía vaginal más malla anterior más miniarc más perineoplastia).

Bibliografía

1. SEGO. Prolapso genital. Protocolos Prosego. 2006;1-5. www.prosego.es.
2. O'Grady JP, Rivlin ME. Malposition of the Uterus. Medscape. 2011. <http://emedicine.medscape.com/article/272497-overview#a30>. page 1-3.

3. Yousaf S, Haq B, Rana T. Extensive uterovaginal prolapse during labor. *J Obstet Gynaecol Res.* 2011;37:264–6.
4. Partsinevelos GA, Mesogitis S, Papantoniou N, Antsaklis A. Uterine prolapse in pregnancy: a rare condition an obstetrician should be familiar with. *Fetal Diagn Ther.* 2008;24:296–8.
5. 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.
6. Eddib A, Allaf MB, Lele A. Pregnancy in a woman with uterine procidentia: a case report. *J Reprod Med.* 2010;55:67–70.
7. Alonso L, Barber MA, Eguiluz I, Hijano JV, Herrera JA, Gallo M, Larracoechea JM, Abehsera M. Gestación incipiente y prolapso uterino. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2000;27:317–9.
8. Alegría R, Donayre A, Limas M, Benavente L. Prolapso uterino y embarazo. *Ginecología y Obstetricia.* 1996;42. Vol 42; n°3.