

# PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

[www.elsevier.es/pog](http://www.elsevier.es/pog)



## CASO CLÍNICO

### Sepsis urológica secundaria a obstrucción ureteral bilateral por prolapo uterino

Emilia de Dios Montoto <sup>a,\*</sup> y Concepción Cepeda González <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

Recibido el 3 de junio de 2013; aceptado el 18 de junio de 2013

Disponible en Internet el 16 de diciembre de 2013

#### PALABRAS CLAVE

Prolapo uterino;  
Uropatía obstrutiva;  
Fracaso renal agudo;  
Sepsis urológica

**Resumen** El prolapo uterino es una de las afecciones ginecológicas más frecuentes en multíparas y posmenopáusicas, pero no suele ser causa común de uropatía obstrutiva e insuficiencia renal secundaria. El caso presentado es el de una paciente de 64 años que, tras infecciones del tracto urinario de repetición durante varios años, es ingresada por sepsis urológica con alteraciones iónicas secundaria a uropatía obstrutiva bilateral. La paciente presentaba prolapo uterino desde hacía 4 años, sin deseos de tratamiento quirúrgico por parte de la paciente. Con el diagnóstico de sepsis urológica secundaria a obstrucción ureteral bilateral por prolapo uterino de cuarto grado, se inició tratamiento con antibiótico por vía intravenosa, sondaje vesical permanente y pesario vaginal, mejorando notablemente la clínica. Tras la corrección de la sepsis, se practicó una hysterectomía vaginal con colposuspensión, colporrafía anterior con malla tipo Prolift y perineoplastia.

© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### KEYWORDS

Uterine prolapse;  
Obstructive uropathy;  
Acute renal failure;  
Urological sepsis

**Urologic sepsis due to bilateral ureteral obstruction caused by uterine prolapse**

**Abstract** Uterine prolapse is one of the most frequent gynecological disorders in postmenopausal and multiparous women but is an uncommon cause of obstructive uropathy and renal failure. We describe a 64-year-old woman who developed acute renal failure and urological sepsis after frequent urinary tract infections over several years. The patient had had uterine prolapse for at least 4 years and had refused surgical treatment. A clinical diagnosis of urological sepsis due to bilateral ureteral obstruction caused by uterine prolapse (grade iv) was made, and treatment was initiated with intravenous antibiotics, permanent urinary catheterization, and a vaginal pessary. This treatment markedly improved the patient's symptoms. After resolution of the sepsis, total hysterectomy was performed with colposuspension, anterior repair with surgical Prolift mesh, and perineoplasty.

© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [emilia.hmtl@salud.madrid.org](mailto:emilia.hmtl@salud.madrid.org) (E. de Dios Montoto).

## Introducción

El prolapo uterino es el descenso o desplazamiento de los órganos pélvicos, a través de la vagina y en dirección a la vulva, que se produce como fallo de sus elementos de suspensión y sustentación, y de la inervación y musculatura del sistema urinario e intestinal. Esta afección está casi siempre asociada al embarazo y al parto, aunque también puede ser consecuencia de la menopausia y la senectud, déficit de estrógenos, aumento crónico de la presión intraabdominal por enfermedad pulmonar crónica o por esfuerzos de levantamiento, la tensión del estreñimiento crónico y el daño neurológico. Esta afección se asocia a uropatía obstructiva, aunque su incidencia es infrecuente.

El caso descrito es el de una mujer de 64 años que presenta un prolapo uterino de varios años de evolución, que cursa con una uropatía obstructiva e insuficiencia renal aguda terminando en sepsis urológica.

## Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 64 años que comienza con un cuadro de infección urinaria que evoluciona a una sepsis urinaria con fracaso renal agudo, con un prolapo uterino total como factor agravante. Antecedentes personales de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y tiroidectomía total por bocio multinodular; antecedentes ginecoobstétricos de 3 gestaciones con 2 partos eutópicos y un aborto, menopausia a los 49 años, sin necesidad de tratamiento hormonal sustitutivo. Se controlaba en la consulta de ginecología por prolapo uterino desde el 2005, sin deseos de tratamiento quirúrgico por parte de la paciente. Presentaba también infecciones urinarias de repetición, que cedían con tratamiento antibiótico.

En diciembre del 2010, la paciente acudió a Urgencias por síndrome miccional con hematuria, sin fiebre, con función renal normal y sin datos de gravedad. Se pautó tratamiento antibiótico, que la paciente suspendió a los 6 días por diarrea. A los 9 días, la paciente presentó dolor intenso en la fossa renal derecha, irradiado al hemiabdomen derecho, con disuria, orina oscura, fiebre y tiritona, por lo que acudió nuevamente a Urgencias. A la exploración física en Urgencias, la paciente presentaba un regular estado general, eupneica y bien perfundida, una temperatura de 38,4 °C y presión arterial 154/65, con frecuencia cardiaca 118 lpm, abdomen blando y depresible, con dolor a la presión en la fossa renal derecha. La analítica presentaba una leucocitosis con desviación izquierda, hemoglobina y plaquetas normales, creatinina de 1,1 mg/dl, hiponatremia (NA 133 mEq/l) e hipopotasemia (K 2,9 mEq/l). La orina elemental al ingreso presentaba 500 leucocitos/μl, nitritos positivos, proteínas 500 mg/dl y hematies 500/μl. El sedimento urinario mostraba piuria, bacteriuria y hematuria. Ante el cuadro clínico de la paciente y las alteraciones analíticas, se decidió ingresarla y comenzar con tratamiento empírico con ceftriaxona.

En los primeros días, la analítica empeoró hasta presentar una creatinina de 5,4 mg/dl, urea 161 mg/dl, hemoglobina de 10,8 g/dl, leucocitosis con desviación izquierda, fibrinógeno 692 mg/dl y dímero D 3,91 μ/dl.

En la muestra de urocultivo creció *Proteus mirabilis* resistente a ampicilina y cotrimoxazol.

La ecografía abdominal realizada durante el ingreso mostró una hidronefrosis grado III bilateral, siendo visibles ambos uréteres dilatados en sus 2 tercios proximales, sin encontrar clara causa que lo justificara.

La placa simple de abdomen y de tórax no presentaba alteraciones significativas.

La exploración ginecológica evidenció un prolapo uterino de grado IV y cistocèle de grado III con defecto lateral, sobre todo derecho y rectocele de grado II. El útero y los anejos eran normales. Se propuso la colocación de un pesario vaginal durante el ingreso, hasta la recuperación de la función renal, para después realizar el tratamiento quirúrgico.

La ecografía abdominal de control tras el tratamiento inicial mostró ambos riñones de situación, tamaño y estructura normales, sin lesiones focales, con uretero-hidronefrosis renal bilateral leve en el riñón derecho y moderada en el riñón izquierdo, sin abombamiento en los cálices renales.

La TAC abdominopélvica evidenció una ectasia de ambos sistemas colectores renales sin clara causa obstructiva (fig. 1).

La mejoría clínico-analítica comienza a partir del 5.º día de ingreso, tras el tratamiento antibiótico por vía intravenosa con ceftriaxona, sueroterapia, sondaje vesical permanente y colocación de pesario vaginal. Hay que añadir que, durante el ingreso, la paciente presentó una suboclusión intestinal, seguida de despeño diarreico autolimitado, por lo que tuvo que iniciar tratamiento con metronidazol.

Tras 16 días de ingreso, la paciente es dada de alta con juicio clínico de sepsis urológica secundaria a obstrucción ureteral bilateral por prolapo uterino de grado IV.

En un segundo tiempo, se realiza tratamiento quirúrgico consistente en histerectomía vaginal, colposuspensión tipo Mc Call, colporrafia anterior con malla tipo Prolift® y perineoplastia, que se lleva a cabo sin incidencias. Tras 5 días de ingreso postoperatorio, la paciente es dada de alta con buena función renal.

## Discusión

Las complicaciones urológicas más frecuentes asociadas a prolapo uterino son las infecciones del tracto urinario de

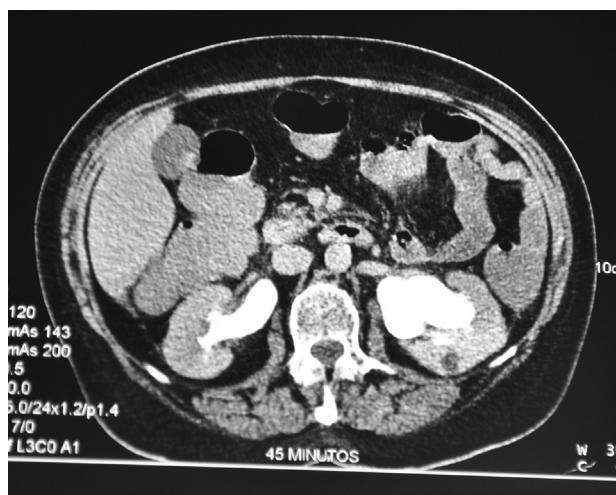


Figura 1 Ectasia moderada del sistema ureteropielocalcial.



Figura 2 Dilatación ureteral secundaria al prolapso y cistocele.

repetición, el cólico nefrítico y la incontinencia urinaria de esfuerzo. El prolapso uterino es una causa muy poco frecuente de uropatía obstructiva, con una incidencia menor del 10%, pero junto con la sepsis urológica son las complicaciones más graves. La explicación de esta asociación es mecánica. Generalmente, el prolapso uterino total se acompaña de cistocele y rectocele, y con el descenso de la vejiga, los uréteres son arrastrados fuera de la pelvis y quedan comprimidos entre el fondo uterino y el borde medial del hiato genital<sup>1-3</sup>. En casos de prolapso genital de menor grado, esta complicación es aún menos frecuente<sup>4</sup>.

La ureterohidronefrosis causada por el prolapso genital es habitualmente asintomática, pero si no se diagnostica precozmente y trata correctamente puede evolucionar a una insuficiencia renal y sepsis<sup>3,5,6</sup>.

El diagnóstico de la uropatía obstructiva se puede llevar a cabo mediante una ecografía abdominal o una TAC, aunque el gold standard es la urografía intravenosa (fig. 2) en bipedestación, por lo que es recomendable realizar este estudio a las pacientes que presenten un prolapso uterino total<sup>3,7</sup>.

El tratamiento de elección es la reparación quirúrgica del prolapso con histerectomía vaginal y plastia anterior y/o posterior con malla<sup>3,4</sup>. En caso de que la cirugía no se pudiese realizar, es recomendable colocar un pesario vaginal para reducir el prolapso. En tal caso, debe vigilarse de forma exhaustiva a las pacientes con pesario vaginal, ya que este también puede ser causa de uropatía obstructiva por la ubicación anatómica<sup>8</sup>.

En cualquier paciente con prolapso uterino completo debe explorarse el tracto urinario inferior con técnicas de imagen, porque, aunque poco frecuente, puede ser causa de uropatía obstructiva y, por consiguiente, evolucionar a insuficiencia

renal crónica. En caso de existir uropatía obstructiva, esta debe resolverse mediante reparación quirúrgica del prolapso o, en su defecto, reducción con pesario vaginal antes de que ésta sea irreversible.

En cualquier mujer, sobre todo multípara y posmenopáusica, con uropatía obstructiva, debe realizarse una exploración ginecológica especializada.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Alexander JL, Rustom R, Bone JM. Acute renal failure from complete uterine prolapse: Role of polycystic kidney disease. *Clin Nephrol*. 2003;60:143-5.
2. Yanik FF, Akpolat T, Koçak I. Acute renal failure –an unusual consequence of uterine prolapse. *Nephrol Dial Transplant*. 1998;13:2648-50.
3. Peces R, Canora J, Venegas JL. Insuficiencia renal crónica secundaria a prolapso uterino. *Nefrología*. 2005;XXV:191-4.
4. Sudhakar AS, Reddi VG, Schein M, Gerst PH. Bilateral hydrourerter and hydronephrosis causing renal failure due to a procidentia Uteri: A case report. *Int Surg*. 2001;86:173-5.
5. Chuang FR, Lee CH, Chen CS, Weng HH, Wang IK. Bilateral moderate hydroureronephrosis due to uterine prolapse. Two cases reports and review of the literature. *Ren Fail*. 2003;25: 879-84.
6. Kontogeorgos L, Vassilopoulos P, Tentis A. Bilateral severe hydroureronephrosis due to uterine prolapse. *Br J Urol*. 1985;57: 360-1.
7. Rodriguez Alonso A, González Blanco A, Cachay Ayala ME, Bonelli Martín C, Porta Vila A, Lorenzo Franco J, et al. Anuria obstructiva secundaria a prolapso uterino. *Actas Urol Esp*. 2002;26:703-7.
8. Meinhart W, Schuitemaker NEW, Smeets MJGH, Venema PL. Bilateral hydronephrosis with urosepsis due to neglected pessary. *Scand J Urol nephrol*. 1993;27:419-20.