



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Útero encarcerado recidivante

Francisco Manrique Ruiz^{a,*}, Ana Ferrero Viñas^b, María Suarez Mayor^a,
Verónica Álvarez Sierra^a, Patricia Hervella López^a y Patricia Lucas Merillas^a

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de León, León, España

^b Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Guadalajara, Guadalajara, España

Recibido el 25 de enero de 2011; aceptado el 19 de marzo de 2012

Disponible en Internet el 3 de mayo de 2012

PALABRAS CLAVE

Incarceración;
Embarazo;
Útero en retroversión;
Retención urinaria

KEYWORDS

Incarceration;
Pregnancy;
Retroverted uterus;
Urinary retention

Resumen Se describe el caso de una mujer en su primer embarazo, con retención aguda urinaria en asociación con útero grávido en retroversión. En su segundo embarazo, el proceso de encarceración de un útero grávido sucedió de nuevo. Ha sido tratada, en ambos casos con éxito, con la reposición manual del útero grávido. En el tercer embarazo, en la décima semana, se coloca un pesario en la vagina, evitando la encarceración del útero. Se discuten varios aspectos de la frecuencia, la etiología, el tratamiento y la posibilidad de recidiva del útero encarcerado en retroversión.

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

Recurrent retroverted gravid uterus

Abstract We describe the case of a woman in her first pregnancy with acute urinary retention associated with a retroverted gravid uterus. In her second pregnancy, the process of incarceration of a gravid uterus recurred. On both occasions, the patient was successfully treated by manual repositioning of the gravid uterus. In the tenth week of the patient's third pregnancy, a pessary was placed in the vagina, which prevented uterine incarceration. Several aspects of the frequency, etiology, treatment and possibility of recurrent incarcerated retroverted uterus are discussed.

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

Introducción

El útero grávido encarcerado es una situación rara y su frecuencia es muy dispar en la bibliografía, desde 1 por 3.000 a menos de 1 por 10.000 partos¹⁻³.

Alrededor de un 15% de las embarazadas presentan un útero en retroversión que espontáneamente se coloca en posición normal hacia la 14 semana, pero en un reducido número de estas gestantes queda retenido en la pelvis; creemos que pueda ser debido a la constitución de la gestante, con una concavidad del sacro muy profunda lo que favorece que se enclave en la cavidad pélvica, dando lugar al útero encarcerado^{4,5}.

Sus manifestaciones clínicas se pueden dividir en síntomas urinarios, gastrointestinales y tipo dolorimiento o presión.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fmanriquer@sego.es (F. Manrique Ruiz).

Los síntomas urinarios consisten en polaquiuria, disuria, dolor con la micción, dificultad para el vaciamiento de la vejiga y, en último caso, retención urinaria e incontinencia por rebotamiento. Los síntomas gastrointestinales son estreñimiento, tenesmo y sensación de presión en el recto, además de dolor en hipogastrio, sensación de llenado y distensión de la pelvis, que son los síntomas de tipo dolorimiento o presión¹⁻⁴.

En la exploración se aprecia una masa blanda que ocupa todo el saco de Douglas; el cuello del útero está desplazado muy anteriormente, debajo del pubis^{3,4}.

La ecografía sirve para el diagnóstico diferencial con otros procesos, confirmar la gestación intraútero y datarla⁴.

Para su diagnóstico se deben cumplir los siguientes criterios: la gestante debe presentar síntomas explicables por el útero encarcerado, tiene que ser después de la 12.^a semana de gestación, el cuello del útero debe estar debajo de la sínfisis, un útero en retroversión tiene que estar presente y ocupando la cavidad del sacro, y los síntomas deben desaparecer al sacar el útero de la pelvis mayor¹.

Diversos tratamientos médicos o quirúrgicos han sido descritos: colocación de pesario, cateterización prolongada de la vejiga, periodos de posición de rodillas contra el tórax, reposición manual del útero; sin demostrar cuál es mejor, debido a la pequeña casuística que existe en la bibliografía¹.

Presentamos un caso de recurrencia de encarceración de útero grávido en el segundo trimestre que se solucionó las 2 veces con la reposición manual del útero fuera de la pelvis mayor. En su tercer embarazo se le puso un pesario y no se repitió la encarceración del útero.

Caso clínico

Primigesta de 30 años de edad, con 17 semanas y 3 días de amenorrea, que acude a urgencias ginecológicas del hospital por incapacidad de micción espontánea y dolor en el hipogastrio que se irradia a zona lumbar derecha. En la exploración se aprecia el cuello del útero en posición forzada en cara

anterior de vagina y se palpa una masa blanda que ocupa todo el saco de Douglas. Se realiza una ecografía y se aprecia un útero en retroversión con feto que corresponde con tiempo de amenorrea y vivo. Analítica de sangre y orina, normal. No presenta ningún antecedente ginecológico ni quirúrgico de interés.

Se realiza un sondaje evacuador, obteniéndose 1.300 cc de orina clara; se deja una sonda vesical permanente y se intenta la reposición del útero encarcerado, sin anestesia, en la sala de exploración, primero en posición litotómica y después en posición genupectoral, fracasando.

Se practica un segundo intento en el quirófano, con anestesia, consiguiendo la reposición del útero en la cavidad abdominal. Se retira la sonda vesical y continúa un embarazo de evolución normal, desapareciendo la dificultad para la micción y todos los síntomas urinarios. La gestación llega a término con un parto eutócico.

A los 2 años se vuelve a quedar embarazada y al presentar síntomas de dificultad para la micción, dolorimiento en el epigastrio, distensión abdominal y 2 episodios de no poder orinar; acude a consulta ambulatoria estando gestante de 15 semanas y 2 días. En la exploración, se observa un cuello del útero en posición forzada anterior, una masa blanda que ocupa todo el saco de Douglas. Se realiza una ecografía, en la que se aprecia un útero en retroversión con feto vivo que corresponde con el tiempo de amenorrea.

Con el diagnóstico de útero encarcerado se realiza en consulta, sin anestesia, la reposición del útero con éxito. A partir de entonces desaparecen los síntomas urinarios y la dificultad para la micción. El posterior curso del embarazo fue normal, teniendo un parto eutócico.

En el siguiente embarazo, que tuvo 3 años después, acude a consulta en la semana 7; se realiza una ecografía vaginal, apreciando un útero en retroversión con embrión en su interior y latido positivo (fig. 1).

Ante el historial de repetición de útero encarcerado, en la semana 10 se decide colocar un pesario en vagina del número 60 de los que se utilizan para los prolapsos uterinos.



Figura 1 Útero en retroversión con feto.

Se introduce el pesario en la vagina, procurando que el cuello de útero quede dentro del orificio del mismo, para evitar que el cuello se desplace hacia la parte anterior de la vagina, y se realiza un seguimiento semanal.

La técnica de colocación es la misma que la utilizada en los prolapsos uterinos.

Refiere alguna sintomatología miccional esporádica y en la semana 14 se observa el útero fuera de la pelvis mayor. Se continúa el seguimiento hasta la semana 18, en que se aprecia el útero grávido en cavidad abdominal y se retira el pesario. El curso del embarazo y del parto fue normal.

Discusión

Presentamos un caso de encarceración uterina recidivante, sin ningún factor riesgo, como miomas, malformaciones uterinas, endometriosis y adherencias posquirúrgicas o de secuelas de salpingitis. Creemos que el riesgo de recurrencia existe al persistir las mismas condiciones físicas que en el anterior embarazo, coincidiendo con otros artículos^{4,6}, aunque otros autores señalan que en ausencia de patología causal el riesgo de recurrencia es muy bajo⁷.

Hay muy pocos casos en la literatura de útero encarcerado recurrente⁴. Nosotros creemos que, como en nuestro caso, la gestante conoce los síntomas y comienza precozmente el tratamiento en consulta para resolverlo. De esta forma no llega al hospital con retención urinaria, falseando la frecuencia.

En nuestro caso se cumplen, en los 2 primeros embarazos, las condiciones para el diagnóstico de útero encarcerado¹ que comentamos en la introducción.

Este caso nos muestra que la repetición del útero encarcerado puede ocurrir. Si las pacientes vuelven a quedarse embarazadas se debería hacer un seguimiento más frecuente en el 1.º y 2.º trimestre en estas mujeres grávidas con el útero en retroversión para asegurarse que en la semana 14 el útero está fuera de la cavidad pélvica^{4,5}.

El ginecólogo debe de tener en cuenta que una causa de retención urinaria en una gestante es un útero encarcerado, ya que al desplazar el cérvix y comprimir la parte baja de la vejiga obstruye el orificio interno de la uretra⁸. Aunque tiene una frecuencia escasa, su falta de diagnóstico temprano puede tener complicaciones importantes para la madre y el feto³.

No hay acuerdo de cuál es el mejor tratamiento, dada la pequeña casuística que existe en la bibliografía. Nosotros creemos que se debe intentar la reposición del útero en la cavidad abdominal, antes de la 20 semana, ya que es el tratamiento más rápido, fácil y alivia los síntomas de inmediato; si se fracasa sin anestesia se vuelve a intentar en quirófano con anestesia, coincidiendo con otros autores^{2-4,9}, aunque otros son partidarios de tratamiento

conservador^{10,11}, dejando una sonda vesical permanente hasta el final de la gestación.

En el último embarazo se colocó, en la 10 semana de amenorrea, como tratamiento un pesario^{10,2} que fue eficaz, ya que no se repitió la encarceración del útero y no se tuvo que realizar reposición del mismo. La paciente toleró muy bien el pesario; a raíz de su colocación no presentó prácticamente ningún síntoma.

Otros autores ponen el pesario después de la reposición para que no pueda volver a encarcerarse^{2,3}; nosotros pensamos que es una maniobra inútil, ya que si se hizo la reposición fuera de la pelvis mayor es difícil que vuelva a penetrar el útero en la pelvis por una cuestión de tamaño⁴.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Wayne L, Nolan H, Martin T, Martin R, Wiser J, Morrison WJ. Incarceration of the retroverted gravid uterus: Report of four patients managed with uterine reduction. *South Med J*. 1989; 82:310–2.
- Gibbons JM, Paley WB. The incarcerated gravid uterus. *Obstet Gynecol*. 1969;33:842–5.
- Lettieri L, Rodis JF, McLean DA, Campbell WA, Wintzileos AM. Incarceration of the gravid uterus. *Obstet Gynecol Surv*. 1994; 49:642–6.
- Jacobsson B, Wide-Swensson D. Incarceration of the retroverted gravid uterus -a review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1999;78: 665–8.
- Smalbraak I, Bleker OP, Schutte MF, Treffers PE. Incarceration of the retroverted gravid uterus: a report of four cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1987;24:237–41.
- Jacobsson B, Wide-Swensson D. Recurrent incarceration of the retroverted gravid uterus -a case report. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1999;78:737–41.
- O'Connell MP, Ivory CM, Hunter RW. Incarcerated retroverted uterus – a non recurring complication of pregnancy. *J Obstet Gynaecol*. 1999;19:84–5.
- Yang J, Huang W. Sonographic findings in acute urinary retention secondary to retroverted gravid uterus: pathophysiology and preventive measures. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004;23: 490–5.
- Silva PD, Berberich W. Retroverted impacted gravid uterus with acute urinary retention: report of two cases and a review of the literature. *Obstet Gynecol*. 1986;68:121–3.
- Hamoda H, Chamberlain PF, Moore NR, MacKenzie IZ. Conservative treatment of an incarcerated gravid uterus. *BJOG*. 2002; 109:1074–5.
- Myers DL, Scotti RJ. Acute urinary retention and the incarcerated. *Gravid Uterus J Reprod Med*. 1995;40:487–90.