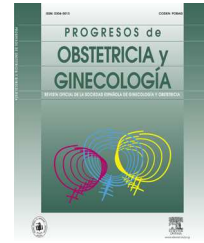




PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Manejo conservador de encarceración uterina en 2 gestantes de segundo trimestre



Laura Calles Sastre*, Marina Antón Marazuela, Sofía Herrero Gámiz, Miguel Ruiz de Azúa Ballesteros, Javier Sancho Saúco, Gema Vaquero Argüello y Enrique Iglesias Goy

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

Recibido el 12 de diciembre de 2013; aceptado el 4 de diciembre de 2014
Disponible en Internet el 19 de enero de 2015

PALABRAS CLAVE

Incarceración;
Embarazada;
Manejo conservador

Resumen Presentamos 2 casos de gestantes en el segundo trimestre de embarazo que acudieron a nuestro centro por dolor e incapacidad para orinar, siendo diagnosticadas gracias a la exploración clínica y a la ecografía de encarceración uterina. Ambas fueron manejadas de forma conservadora, una mediante reducción manual con sedación y la otra mediante sondaje vesical y analgesia, lo que facilitó la resolución espontánea del caso.

La encarceración uterina es una patología que tiene lugar con mayor frecuencia en el segundo trimestre de la gestación. Ocurre en mujeres gestantes, en la mayoría de las ocasiones, con un útero en retroversión. El aumento del tamaño del útero debido a la gestación produce un atrapamiento uterino entre el promontorio del sacro y la sínfisis del pubis. La clínica habitual es dolor e incapacidad para orinar. El diagnóstico debe estar basado en la exploración clínica y en la ecografía. El tratamiento habitual se basa en la reducción manual en quirófano que suele tener éxito en la mayoría de las ocasiones.

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

KEYWORDS

Incarceration;
Pregnant;
Conservative
management

Conservative management of uterine incarceration in the second trimester. Two case report

Abstract We report the cases of 2 women in the second trimester of pregnancy who attended our center with pain and difficulty voiding. Based on physical and ultrasound examination, both women were diagnosed with uterine incarceration. Management was conservative in both patients, through manual reduction under sedation in one and by bladder catheterization and analgesia in the other, facilitating spontaneous resolution of the uterine incarceration.

Uterine incarceration is a rare entity that occurs most frequently in the second trimester. It affects pregnant women, usually with retroverted uterus. The enlarged uterus due to pregnancy

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lauracall@hotmail.com (L. Calles Sastre).

induces uterine entrapment in the pelvis between the sacral promontory and pubic symphysis. The most common symptoms are pain and progressive difficulty in voiding. The diagnosis of incarcerated uterus is based on physical and ultrasound examination. The usual treatment is based on manual reduction, which is usually successful.

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

Introducción

La incarceration uterina es una patología poco frecuente, cuya incidencia varía entre 1/3.000 y 1/10.000 embarazos según las series consultadas.

El primer caso fue descrito en la literatura en 1754 por William Hunter.

Se trata de un atrapamiento uterino entre el promontorio del sacro y la sínfisis del pubis¹.

Caso clínico 1

Presentamos el caso de una paciente de 42 años, gestante de 17 semanas, que acude a consulta en urgencias de nuestro centro por imposibilidad para orinar.

Acudió 2 días antes a urgencias de otro centro hospitalario por dolor en el hipogastrio e imposibilidad para orinar. En dicho centro se realizó sondaje vesical, obteniéndose 1.500 cc de orina, y fue dada de alta con sondaje vesical permanente y control en una semana.

La paciente no presenta antecedentes médico-quirúrgicos de interés; únicamente señalamos un parto eutócico en 2009 y un aborto en la semana 13 por trisomía 18.

La gestación actual, controlada en nuestro centro, cursa con normalidad hasta la fecha.

Se realiza una Amniocentesis por índice de riesgo alto para trisomía 21, con resultado normal. Cuando acude a urgencias, se le realiza una exploración, encontrándose normotensa y afebril. Los genitales externos son normales y no presenta leucorrea. El cérvix está desplazado anteriormente en situación retropúbica.

Se despinza la sonda vesical con escaso contenido por haber sido poco antes vaciado y, a continuación, se le retira.

En la ecografía transvaginal vemos que el cérvix no se sitúa en posición normal, visualizándose en anteforzado. El fondo uterino, que aloja al feto, está ocupando el saco de Douglas (figs. 1–3).

Diagnóstico de sospecha: *incarceración uterina*.

En quirófano y bajo sedación profunda, se comprueba en la exploración que el fondo uterino está desplazado hacia el fondo del saco vaginal posterior y se observa el cuello uterino totalmente retropúbico.

Mediante palpación bimanual y ejerciendo presión en el fondo de saco vaginal posterior, se consigue la recuperación de la posición normal del fondo uterino. Se comprueba ecográficamente que los movimientos cardiacos y fetales son positivos tras el proceso. Se coloca pesario cervical como medida profiláctica de recidiva y se pauta progesterona vaginal 200 mg/12 h.

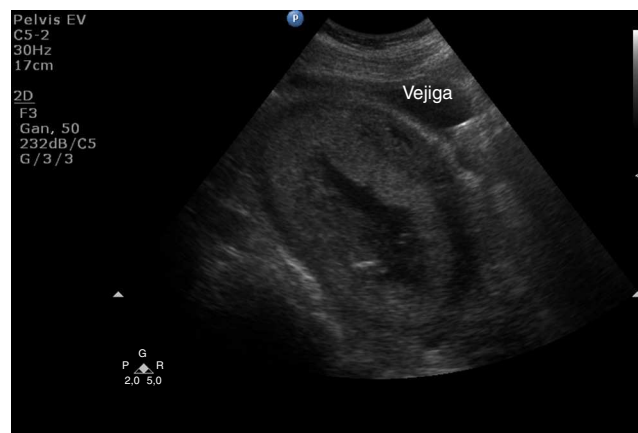


Figura 2 Vejiga elongada, sobre la cara anterior de útero.

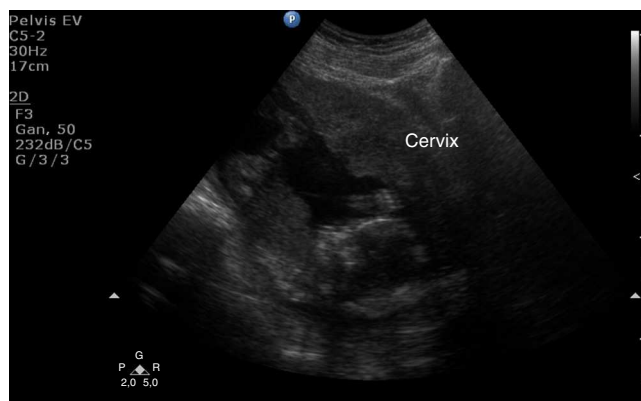


Figura 1 Cérvix en ante forzado.



Figura 3 Fondo uterino ocupando el saco de Douglas.

En visitas posteriores al suceso, la gestación evolucionó con normalidad. La paciente ingresó en nuestro centro en la semana 41 por parto en curso, que se desarrolló con normalidad, finalizando de forma eutócica. Posteriormente, fue necesario realizar una extracción manual de placenta, ante la falta de alumbramiento espontáneo de la misma. El puerperio transcurrió sin incidencias.

Caso clínico 2

Paciente de 33 años, gestante de 14 semanas, que acude a urgencias por imposibilidad para orinar y con dolor abdominal intenso de unas 6 h de evolución.

Primigesta, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

A su llegada a urgencias, la paciente se encuentra normotensa y afebril. Presenta intenso dolor abdominal.

A la exploración encontramos genitales externos y vagina normales; al tacto bimanual se aprecia un cérvix muy desplazado hacia posición anterior y el fondo de saco de Douglas se palpa ocupado.

En la ecografía transvaginal llama la atención una lengüeta vesical que recubre toda la cara anterior del útero.

Ante la sospecha de *incarceración uterina*, se procede al sondaje vesical y se deja a la paciente en ayunas para realizar reducción manual bajo sedación.

Unas horas más tarde, se comprueba la resolución espontánea del caso. A la exploración, se palpan el cuello del útero centrado y el Douglas libre, y la palpación del fondo uterino es posible por vía abdominal. Se comprueba ecográficamente que el útero ha recuperado su posición normal.

El resto de la gestación evolucionó con normalidad. El parto tuvo lugar a término, en la semana 40; fue necesario realizar un parto instrumental mediante espátulas para abreviar el expulsivo, transcurriendo sin incidencias. El alumbramiento fue espontáneo. La evolución puerperal fue normal.

Discusión

Al comienzo de la gestación, aproximadamente un 20% de las pacientes presentan el útero anatómicamente en retroflexión². A medida que avanza la gestación, el fondo uterino va colocándose de forma espontánea en anteverso-flexión. Si esto no ocurre, la parte posterior de la pelvis es demasiado pequeña para albergar el fondo, y se produce, en torno a la semana 14-16, sintomatología por compresión de estructuras vecinas.

Algunos factores predisponentes pueden ser adherencias pelvianas, endometriosis profundas o antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, así como toda condición anatómica que impida al útero colocarse en una posición adecuada³.

Los síntomas más frecuentes con los que suelen presentarse estas pacientes son dolor abdominal y clínica miccional; especialmente cursa con incapacidad para orinar, con el consiguiente globo vesical. Esto se debe al atrapamiento vesical y su elongación sobre la cara anterior del útero. También pueden presentarse síntomas gastrointestinales, como tenesmo rectal o estreñimiento si la estructura comprometida es el recto^{4,5}.

El diagnóstico de la *incarceración uterina* ha de basarse en la exploración física y ecográfica, pudiéndose apoyar en la resonancia magnética en caso de diagnósticos dudosos, ya que al permitir la visualización de útero en relación con el resto de estructuras de la pelvis ayudaría al diagnóstico⁶.

Ha de sospecharse en pacientes en el segundo trimestre de gestación con clínica miccional⁷ o gastrointestinal intensa, en las que a la exploración física no somos capaces de visualizar el cérvix², o en el tacto bimanual tocamos en el fondo de saco de Douglas el fondo uterino. La palpación uterina por vía abdominal es dificultosa en estas pacientes.

Es importante sospechar y descartar la posibilidad de encontrarnos ante una incarceration uterina en toda paciente gestante (fundamentalmente, en el segundo trimestre de gestación) que acuda a urgencias por clínica de retención urinaria, ya que el no realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado puede desencadenar complicaciones severas, como hipertensión, edemas o fallo renal agudo^{7,8}.

Ecográficamente, el cuello aparece elongado y adelgazado. La vejiga aparece normalmente elongada y desplazada hacia arriba.

En cuanto al manejo de estas pacientes, varía dependiendo de la edad gestacional y es más exitoso cuanto menor es la edad gestacional de la paciente.

La reducción pasiva tras el sondaje vesical es más exitosa en pacientes asintomáticas y en edades gestacionales tempranas.

La técnica más extendida es la reducción manual bajo anestesia local, general o sedación profunda (fig. 4).

Se procede a vaciar la vejiga y colocar a la paciente en posición de litotomía. La reducción de la malposición uterina se consigue aplicando presión manual sobre el fondo uterino alojado en el fondo de saco de Douglas; si estas maniobras resultan insatisfactorias, las repetiremos con la paciente en posición de Sims (con las rodillas sobre el pecho). El uso de ecografía para guiar estas maniobras puede resultar útil⁹.

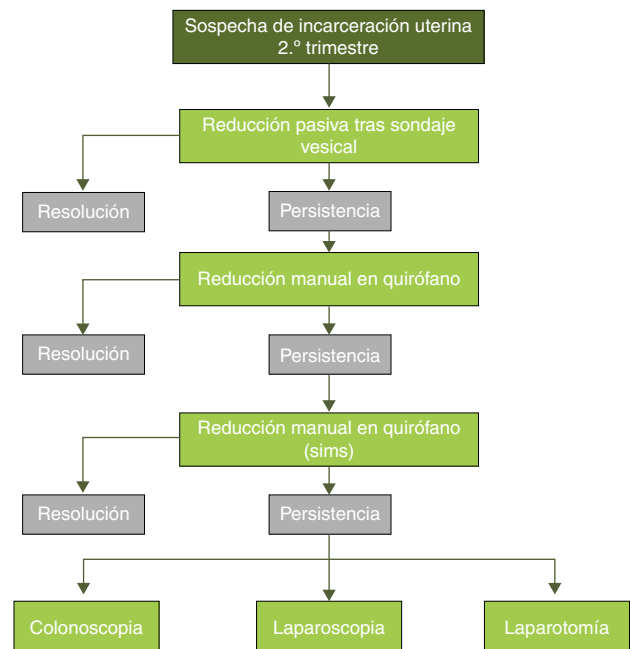


Figura 4 Algoritmo de actuación.

En casos recurrentes o tras una reducción manual insatisfactoria, las técnicas alternativas son reducción mediante colonoscopia (con o sin insuflación de aire)¹⁰, laparoscopia y, en muy raras ocasiones, laparotomía.

Comprobaremos mediante ecografía la correcta posición del útero tras el procedimiento. Algunos autores indican la colocación de un pesario que se mantendrá entre 5 y 7 días tras el procedimiento^{4,5}.

En los raros casos en que la incarceration uterina persiste en el tercer trimestre, la posición del cérvix impide el parto por vía vaginal y se aumenta considerablemente el riesgo de rotura uterina, por lo que se recomienda realizar una cesárea en torno a la semana 36. Debemos tener en cuenta a la hora de realizar la cesárea los cambios anatómicos que se producen de la posición del segmento uterino, la vejiga y el cérvix para evitar posibles lesiones durante la cirugía^{11,12}.

Conclusión

La incarceration uterina es una patología poco frecuente; su diagnóstico se basa en la exploración física y en la ecografía.

Ha de sospecharse en pacientes, en el segundo trimestre de gestación con clínica miccional, en las que el cérvix, en la exploración física, no se encuentre en una posición habitual.

El tratamiento mediante reducción manual sigue siendo de primera elección.

Responsabilidades éticas

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.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

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

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Van Beekhuizen HJ, Bodewes HW, Tepe EM, Oosterbaan HP, Kruitwagen R, Nijland R. Role of magnetic resonance imaging in the diagnosis of incarceration of the gravid uterus. *Obstet Gynecol.* 2003;102:1134–7.
2. Feusner AH, Mueller PDF. Incarceration of a gravid fibroid uterus. *Ann Emerg Med.* 1997;30:821–4.
3. Gibbons Jr JM, Paley WB. The incarcerated gravid uterus. *Obstet Gynecol.* 1969;33:842–5.
4. Jacobsson B, Wide-Swensson D. Incarceration of the retroverted gravid uterus —a review. *Acta Obstet Gynecol Scan.* 1999;78:665–8.
5. Lettieri L, Rodis JF, Mc Lean DA, Campbell WA, Vintzileos AM. Incarceration of the gravid uterus. *Obstet Gynecol Surv.* 1994;49:642–6.
6. Dierickx I, Meylaerts LJ, Van Holsbeke CD, de Jonge ET, Martens IF, Mesens T, et al. Incarceration of the gravid uterus: diagnosis and preoperative evaluation by magnetic resonance imaging. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;179 C:191-197.
7. Newell SD, Crofts JF, Grant SR The incarcerated gravid uterus: Complications and lessons learned. *Obstet Gynecol.* 2014;42:3–427.
8. Lacoste CR, Seffert P, Chauleur C. Acute urinary retention and retroverted uterus during pregnancy. *Gynecol Obstet Fertil.* 2013;41:265–8.
9. Grossenburg NJ, Delaney AA, Berg TG. Treatment of a late second-trimester incarcerated gravid uterus using ultrasound-guided manual reduction. *Obstet Gynecol.* 2011;118:436–9.
10. Dierickx I, Meylaerts LJ, Van Holsbeke CD, de Jonge ET, Martens IF, Mesens T, et al. Colonoscopy-assisted reposition of the incarcerated uterus in mid-pregnancy: A report of four cases and a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;158:153–8. 8.
11. Van Winter JT, Ogburn Jr PL, Ney JA, Hetzel DJ. Uterine incarceration during the third trimester: A rare complication of pregnancy. *Mayo Clin Proc.* 1991;66:608–13.
12. Hruban L, Janků P, Ventruba P, Gerychová R, Weinberger V, Pastorčáková M, et al. Incarcerated uterus in pregnancy-pitfalls of diagnosis, clinical course and therapy: Two case reports. *Ceska Gynekol.* 2013;78:427–31.