

CASO CLÍNICO

Manejo de una gestante con prolapso uterino severo

M. Torras Vila, M. Pérez-Cruz, M.D. Gómez Roig, L.I. Amat Tardiu

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona)

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una secundigesta de 35 años con antecedente de parto eutócico, que consulta por un prolapso cervical de grado IV producido a las 34 semanas de gestación. Se indica la colocación de un pesario tipo Arabin y reposo. A las 39 semanas, el pesario deja de ser efectivo, con aumento del edema cervical y aparición de sangrado. Consensuado con la paciente, y ante un índice de Bishop favorable (>6), se decide finalizar la gestación y se procede a una inducción del parto con amniorrexia artificial y oxitocina. A las 5 horas se asiste a un parto eutócico de un recién nacido vivo de 3.630 g, con un test de Apgar de 9/10, sin lesiones cervicales ni desgarro perineal y con reducción espontánea del prolapso cervical, que pasa a ser de grado II en el puerperio inmediato.

Se propone la inducción del parto en pacientes a término con un prolapso cervical mal tolerado, asumiendo las posibles complicaciones, como la distocia cervical durante el trabajo de parto.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: prolapso uterino, embarazo, complicaciones, manejo, inducción del parto.

ABSTRACT

Management of a pregnant woman with severe uterine prolapse

This case report presents a 35 year old woman, gravida 2 para 1 who is diagnosed at 34 weeks of gestation of a grade IV uterine cervical prolapse. She had a previous uneventual delivery. First line treatment consisted in bed rest and an Arabin type pessary. At 39 weeks of gestation, pessary became ineffective, increasing cervical edema and bleeding. With a favorable (>6) Bishop index, a termination of pregnancy was indicated. Induction of labor was performed using oxytocin and artificial rupture of membranes. Five hours post induction, an uneventual delivery was assisted. Newborn weighted 3630 grs., Apgar 9/10. No cervical lesions neither perineal tears were observed. Cervical prolapse spontaneous reduction was seen, changing from grade IV to grade II on the immediate postpartum.

Labor induction in patients with a poorly tolerated cervical prolapse is proposed, assuming possible complications such as cervical dystocia during labor.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: uterine prolapse, pregnancy, complications, management, induction of labor.

Introducción

El prolapso cervical durante la gestación es una situación muy poco frecuente. Su manejo tiene que ser individualizado, teniendo en cuenta que supone un aumento de la morbimortalidad materno-fetal. Se presenta el caso clínico de una paciente con prolapso cervical en el tercer trimestre de la gestación, en la que se induce el parto por mala tolerancia al tratamiento conservador. El parto fue eutócico y no presentó complicaciones.

Dirección para correspondencia:

M. Torras Vila. Correo electrónico: mtorras@hsjdbcn.org

Caso clínico

Paciente de 35 años, secundigesta, con antecedente de parto eutócico, que consulta a las 34 semanas de gestación en el servicio de urgencias obstétricas por sensación de tumoración genital y dolor en el periné. No presentaba antecedentes médicos ni ginecológicos de interés clínico, ni historia de lesión cervical, prolapso previo ni incontinencia urinaria. La gestación actual era normo-evolutiva. Durante la exploración ginecológica se constató un prolapso cervical de grado IV con edema moderado, sin signos de ulceración ni infección (figura 1). Tras informar a la gestante de la situación, se optó por la colocación de un pesario tipo Arabin (figura 2), que redujo el prolapso, y se le indicó reposo domiciliario en cama, con seguimiento regular en consultas externas.



Figura 1. Prolapso cervical en la semana 38 de gestación



Figura 2. Pesario tipo Arabin



Figura 3. Alumbramiento de placenta



Figura 4. Puerperio inmediato

Tras una buena tolerancia al tratamiento, a las 39 semanas el pesario dejó de ser efectivo, con aumento del edema cervical y sangrado local. Ante un índice de Bishop favorable (>6) y una mala tolerancia de la situación por parte de la paciente, se decidió finalizar la gestación y se consensuó la inducción del parto.

Se realizó una inducción del parto con amniorrexis artificial y oxitocina, observando una reducción del prolapso durante el trabajo de parto, que llegó a un grado II a las 2 horas de dinámica uterina regular. A las 5 horas del inicio de la inducción se asistió a un parto eutócico, con un recién nacido vivo de 3.630 g, un test de Apgar de 9/10, sin lesiones cervicales ni desgarro perineal (figuras 3-5). La paciente fue dada de alta a las 48 horas posparto, observándose una reducción del prolapso cervical a un grado II.

En el control de cuarentena la paciente se encontraba asintomática, persistiendo el prolapso cervical de grado II.

Discusión

Etiología e incidencia

El prolapso cervical en la gestación presenta una incidencia estimada de alrededor de 1/10.000-15.000 partos. Se han descrito unos 325 casos en la literatura hasta el momento¹⁻³. Su baja incidencia está relacionada con la disminución de la paridad en las últimas décadas, aunque se debe tener en cuenta que aproximadamente el 50% de las mujeres que han tenido un parto a término presenta un grado mínimo de prolapso⁴.

La etiología suele ser multifactorial. La debilidad de la musculatura pélvica adquirida de forma congénita, la multipa-



Figura 5. Puerperio inmediato

ridad, el elevado peso del recién nacido, el parto instrumentado previo y los tumores uterinos u ováricos considerables que propicien un aumento de la presión intraabdominal son los principales factores de riesgo^{1,5,6}.

Diferenciaremos el prolapso cervical preexistente a la gestación y el que aparece durante ésta; este último es más frecuente, y se inicia normalmente en el tercer trimestre.

El prolapso uterino previo a la gestación suele relacionarse con una debilidad del suelo pélvico y se resuelve espontáneamente al final del segundo trimestre, sin presentar complicaciones asociadas. Esto se debe a la situación intraabdominal del útero en el segundo trimestre que implica la tracción cervical, reduciendo como consecuencia el prolapso cervical.

El prolapso que aparece durante la gestación está más relacionado con los cambios fisiológicos propios de ésta (aumento del cortisol y la progesterona, que provocan una relajación y una elongación de las estructuras del suelo pélvico). Esto podría explicar por qué estos casos suelen resolverse en el posparto^{3,4,7}.

Complicaciones

Una de las principales complicaciones es el parto pretérmino, y no hay evidencia de que la causa del factor de prematuridad pueda ser una corioamnionitis^{1,2,8}. En este caso es necesario el tratamiento tocolítico, más eficaz en los casos de prolapso uterino preexistente que en los casos de aparición del prolapso durante la gestación³.

El edema cervical debido a la obstrucción venosa y la estasis, así como el déficit de aporte sanguíneo arterial con la consiguiente hipoxemia, pueden ser la causa de un aumento del riesgo de aborto y parto prematuro⁹.

El prolapso uterino durante la gestación también es un factor de riesgo de incarceration de un útero en retroversión^{7,10}.

Otra posible complicación es el traumatismo mecánico debido al edema cervical, que puede evolucionar a ulceración e infección del mismo⁹.

También se han descrito complicaciones, como la infección urinaria, la retención aguda de orina⁹ y hasta la muerte materna (se han descrito 9 muertes maternas en 1925, 8 por sepsis y 1 por rotura uterina, sin nuevos casos posteriores)¹¹ y perinatal (se han descrito 8 muertes desde 1990 en los países desarrollados)³.

Entre las posibles complicaciones durante el trabajo de parto, la distocia cervical es una de las más relevantes, con necesidad de cesárea de recurso y una morbilidad fetal asociada, dada su dificultad técnica. También se ha descrito, en caso de parto prolongado, la rotura uterina de la parte más inferior del segmento uterino⁹.

Manejo

El manejo debe ser individualizado. Se aconseja inicialmente reposo domiciliario en posición de Trendelenburg para reducir el edema cervical.

La higiene local es obligada y, en caso de ulceración o infección, el uso de antisépticos tópicos y de glicerina es apropiado^{7,9,12}.

Está indicado el uso de pesario de forma continua hasta el momento del parto. El tipo de pesario será el de mayor tamaño que la vagina pueda acomodar, lo que evitará la expulsión del mismo (situación frecuente a medida que la gestación avanza) y conseguirá el bienestar de la paciente. Con esta medida, logramos proteger el cérvix del traumatismo local. También se sugiere su uso en la primera fase del parto, ya que contribuye a prevenir la distocia cervical^{7,9}. Aun así, se han descrito pocos casos con buen manejo del prolapso exclusivamente con el pesario.

En los casos de riesgo de parto pretérmino se debe considerar la hospitalización de la paciente, con reposo en posición de Trendelenburg, higiene genital y administración de tocolíticos¹.

Se ha descrito un caso de tratamiento del prolapso al inicio de la gestación con la técnica de suspensión uterosacra por vía laparoscópica¹³.

La vía de parto de elección es controvertida. Los casos en la bibliografía describen como opciones el parto vaginal con inicio espontáneo del trabajo de parto o la cesárea electiva, y no se han encontrado casos de inducción del parto ante prolapsos mal tolerados en gestantes a término, como en el caso expuesto.

En el artículo de Rusavy et al.³, basado en una revisión sistemática de casos de prolapso durante la gestación desde 1990, de los 41 casos analizados, 22 tuvieron un parto vaginal (más frecuente éste en casos de prolapso de aparición durante el embarazo) y en 15 se realizó una cesárea electiva debido al prolapso genital (en el resto de los casos se realizó una cesárea por otro motivo). En este artículo se sugiere que la cesárea electiva puede proteger de la recurrencia del prolapso en los casos de aparición de éste durante el embarazo (recurrencia de prolapso en 1 de 12 casos de cesárea electiva de pacientes con prolapso de aparición durante el embarazo comparado con la recurrencia de éste en 5 de 15 casos de parto vaginal)³.

En caso de optar por un parto vaginal, el uso tópico de solución de magnesio puede ser útil para prevenir la distocia cervical y las lesiones cervicales^{7,14}. En estos casos ha quedado obsoleta la incisión de Dihrssen (corte cervical a las 10, 6 y 2 h) como tratamiento de la distocia cervical^{4,15}. Durante el trabajo de parto, debe evitarse la presión manual sobre el fondo uterino, ya que empeora el grado del prolapso y se asocia a más edema cervical y, por tanto, a más distocia cervical⁹.

Finalmente, en caso de deseo gestacional cumplido y de realizarse una cesárea, se podría plantear una histerectomía intracesárea¹⁶.

Posparto

El prolapso que aparece durante la gestación suele ser transitorio y resolverse espontáneamente después del parto (como en el caso descrito), mientras que en los casos de prolapso previo a la gestación éste suele recurrir después del parto, debido a que el prolapso es secundario a la disfunción del suelo pélvico^{1,17}.

En caso de persistencia del prolapso uterino en el posparto, se debería plantear el manejo según el protocolo de tratamiento del prolapso genital de cada centro.

Conclusión

El prolapso uterino durante la gestación es una situación poco frecuente, y su incidencia está disminuyendo debido al menor número de factores condicionantes. Aun así, es una situación que los profesionales deben conocer y saber manejar.

El tratamiento conservador, basado en el reposo en cama y el uso de pesario, es el más indicado.

La vía de parto de elección no está consensuada y se debe individualizar. En los casos de gestantes a término con un prolapso cervical mal tolerado, se puede plantear la inducción del parto, teniendo en cuenta las posibles complicaciones asociadas. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Miyano N, Matsushita H. Maternal and perinatal outcome in pregnancies complicated by uterine cervical prolapse. *J Obstet Gynaecol.* 2013; 33(6): 569-571.
2. 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(4): 183-185.
3. Rusavy Z, Bombieri L, Freeman. Procidencia in pregnancy: a systematic review and recommendations for practice. *Int Urogynecol J.* 2015; 26(8): 1.103-1.109.
4. Brown HL. Cervical prolapse complicating pregnancy. *J Natl Med Assoc.* 1997; 89(5): 346-348.
5. 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(3): 296-298.
6. Kamyab SD, Zadeh JG. Uterine prolapse in pregnancy caused by a very large mucinous cyst. *Acta Med Iran.* 1976; 19(4): 245-254.
7. Gupta R, Tickoo G. Persistent uterine prolapse during pregnancy and labour. *J Obstet Gynecol Ind.* 2012; 62(5): 568-570.
8. Pantha S. Repeated pregnancy in a woman with uterine prolapse from a rural area in Nepal. *Reprod Health Matters.* 2011; 19(37): 129-132.
9. Tsikouras P, Dafopoulos A, Vrachnis N, Iliodromiti Z, Bouchlariotou S, Pinidis P, et al. Uterine prolapse in pregnancy: risk factors, complications and management. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014; 27(3): 297-302.
10. Ozel B. Incarceration of a retroflexed gravid uterus from severe uterine prolapse. A case report. *J Reprod Med.* 2005; 50: 624-626.
11. Keettel WC. Prolapse of the uterus during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1941; 42: 121-126.
12. Pizzoferrato AC, Bui C, Fauconnier A, Bader G. Advanced uterine prolapse during pregnancy: pre- and postnatal management. *Gynecol Obstet Fertil.* 2013; 41(7-8): 467-470.
13. Matsumoto T, Nishi M, Yokota M, Ito M. Laparoscopic treatment of uterine prolapse during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1999; 93: 849.
14. Lau S, Rijhsinghani A, Lau S, Rijhsinghani A. Extensive cervical prolapse during labor: a case report. *J Reprod Med.* 2008; 53(1): 67-69.
15. Pandey K, Arya S, Pande S. Pregnancy with uterine prolapse: Duhrssen's incision still valid in today's scenario? *Emerging.* 2013; 13(81.2): 29.
16. Meydanli MM, Ustün Y, Yalcin OT. Pelvic organ prolapse complicating third trimester pregnancy. A case report. *Gynecol Obstet Invest.* 2006; 61(3): 133-134.
17. Eddib A, Allaf MB, Lele A. Pregnancy in a woman with uterine procidencia: a case report. *J Reprod Med.* 2010; 55(1-2): 67-70.