

## C A S O C L Í N I C O

# Retención urinaria aguda como causa de dolor abdominal durante la gestación

M. Trabalón Pastor, P. Cabrera Sevilla, A.M.<sup>a</sup> Fernández Alonso, M. Aragón Albillos

Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería)

## RESUMEN

La retención urinaria aguda es una urgencia urológica poco frecuente en el embarazo. Habitualmente ocurre entre las semanas 10 y 16 de gestación y cursa con dolor abdominal de intensidad creciente e imposibilidad para orinar. La incarceration uterina por un útero en retroversión es su causa principal.

Presentamos tres casos clínicos de retención urinaria aguda atendidos recientemente en nuestro hospital y resueltos de diferente manera.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** retención urinaria, embarazo, útero incarcerado.

## ABSTRACT

### Abdominal pain during pregnancy due to acute urinary retention

*Acute urinary retention is a rare urological emergency in pregnancy. Usually occurs between weeks 10 and 16 of gestation and presents with abdominal pain of increasing intensity and inability to urinate. Uterine incarceration for retroverted uterus is the main cause.*

*We report three cases of urinary retention recently attended in our hospital and differently resolved.*

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** urinary retention, pregnancy, incarcerated uterus.

## Introducción

La retención urinaria aguda en el embarazo es una urgencia uroginecológica rara, pues su incidencia se sitúa entre 1/3.000 y 1/8.000 gestaciones<sup>1,2</sup>. Aparece, sobre todo, entre las semanas 10 y 16, cuando el útero grávido en retroversión se ve impactado en la pelvis, provocando una compresión extrínseca de la uretra<sup>2-4</sup>.

El útero en retroversión y/o retroflexión se da en el 15% de las embarazadas durante el primer trimestre, pero la gran mayoría de los casos se corrigen solos de forma espontánea antes de la semana 14 de gestación. Cuando el útero permanece atrapado en la pelvis y no asciende de forma adecuada hacia el abdomen, se denomina útero incarcerado<sup>2,5</sup>.

Presentamos tres casos clínicos de retención urinaria aguda en gestantes a consecuencia de una incarceration uterina, atendidos en nuestro servicio en el año 2011.

## Casos clínicos

### Caso 1

Secundigesta de 33 años de edad que consulta por dolor abdominal difuso de 48 horas de evolución y de carácter intermitente en la semana 12 de embarazo. Entre sus antecedentes cabe destacar una ureterohidronefrosis moderada, que se intervino con reimplantación ureteral a los 5 años de edad, y posteriormente episodios de pielonefritis de repetición tratados con antibioterapia.

En la exploración se aprecia un abdomen distendido en la zona infraumbilical, doloroso con la palpación. En el tacto bimanual, el cérvix está retropúbico y el cuerpo uterino en retroversión forzada.

Se realiza una ecografía, en la que se evidencia una imagen anecoica de paredes lisas y regulares, de 11 × 11 cm, compatible con globo vesical, así como una gestación intraútero con feto acorde con la edad gestacional.

Se procede al sondaje vesical, en el que se extraen 1.500 cc de orina clara. Gracias a ello la paciente consigue evacuar orina de forma espontánea pero en escasa cantidad, por lo que se practica una ecografía para cuantificar la orina residual, de aproximadamente 400 cc, por lo que se opta por

### Dirección para correspondencia:

M. Trabalón Pastor. Correo electrónico: martinatrabalon@gmail.com

dejar una sonda permanente durante una semana con protección antibiótica. Pasado este tiempo, y tras retirar la sonda, la paciente sufre otro episodio de imposibilidad para iniciar la micción, de modo que se decide dejar un nuevo sondaje permanente durante dos semanas más. Transcurridas estas tres semanas, la paciente inicia la micción sin dificultad; no volverá a presentar ningún episodio de retención urinaria durante el resto de la gestación.

## Caso 2

Primigesta de 34 años de edad que acude a urgencias en la semana 12<sup>+3</sup> días por dolor intenso en el hipogastrio de 48 horas de evolución y que no mejora con la toma de analgésicos. La paciente no presenta ningún antecedente médico ni quirúrgico de interés.

En la exploración, el abdomen se muestra distendido y doloroso con la palpación. El tacto bimanual revela un útero grávido en retroversión concordante con el tiempo de amenorrea. La ecografía abdominal informa de una gestación evolutiva acorde con la última menstruación y la presencia de una vejiga muy replecionada.

Se realiza un sondaje evacuador y se extraen 900 cc de orina clara. Posteriormente la paciente intenta la micción espontánea sin lograrlo, por lo que se le deja un sondaje permanente durante una semana con protección antibiótica. Tras retirar el sondaje la dificultad miccional persiste, de modo que se prueba la inserción de un pesario del n.º 75, dejando el cérvix dentro del orificio del mismo. Con el pesario inserto la paciente logra orinar, al principio con una ligera dificultad y después sin problemas. A las tres semanas se le retira la sonda, sin que se reproduzca ningún episodio de retención posterior.

## Caso 3

Primigesta de 28 años de edad que acude a urgencias en la semana 12<sup>+5</sup> días del embarazo por dolor abdominal y dificultad para orinar. No tenía ningún antecedente reseñable.

En la exploración destacaba la existencia de una masa abdominal de consistencia dura y que sobrepasaba el ombligo. En el tacto vaginal, el cérvix estaba muy anterior y el cuerpo uterino no se podía delimitar con precisión.

La ecografía abdominal mostró una gestación normoevolutiva y la existencia de una masa anecoica de 17 × 14 × 12 cm, que parecía ser de origen anexial. La paciente es ingresada con el diagnóstico de tumoración ovárica en gestante. En planta, tras realizar el sondaje y extraer un total de 1.000 cc de orina clara, la paciente experimenta un gran alivio y se objetiva ecográficamente la desaparición de la tumoración, por lo que se le da el alta.

Varios días después regresa con la misma sintomatología, por lo que se opta por dejar una sonda de Foley n.º 16, con cobertura antibiótica. Una semana más tarde se le retira la sonda y el cuadro clínico se repite, lo que obliga a un nuevo sondaje. Tras retirar la sonda por tercera vez en la semana 14 y al notar la existencia de un útero grávido en retroversión fijo, encarcerado, se decide realizar la reposición del mismo a la cavidad abdominal, con sedación. Después de esta maniobra no se repitió ningún episodio más de retención urinaria.

## Discusión

La retención aguda de orina ha de tenerse en cuenta al realizar el diagnóstico diferencial del dolor abdominal que acontece en el transcurso del embarazo, especialmente entre las semanas 10 y 16, si bien se han descrito casos aislados en los tres trimestres de la gestación<sup>5,6</sup>. Nuestros tres casos debutaron con retención en el transcurso de la semana 12.

La causa última es la encarceración uterina (1/3.000 embarazos), y entre los factores predisponentes figuran las anomalías congénitas uterinas, las adherencias pélvicas, los miomas uterinos posteriores, la endometriosis, la concavidad sacra marcada y un promontorio prominente<sup>6</sup>.

Los síntomas incluyen dolor, distensión abdominal, polaquiuria con disuria y tenesmo y aumento de la presión rectal<sup>7</sup>.

La retención aguda de orina en el primer trimestre es muy rara, siendo escasos los casos publicados<sup>8,9</sup>. Durante el segundo trimestre, el retraso en su diagnóstico y tratamiento podría desencadenar isquemia irreversible del útero, aborto, rotura uterina o vesical<sup>10</sup>, isquemia rectal e infecciones urinarias graves<sup>2,11</sup>. Dado el compromiso para el flujo arterial uterino, la malposición de éste también se ha relacionado con oligoamnios, crecimiento intrauterino retardado, rotura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino y muerte fetal.

El diagnóstico es principalmente clínico, aunque la ecografía y la resonancia magnética nuclear pueden ser de gran ayuda para valorar el grado de retroversión uterino<sup>5,10,12</sup>. Una vejiga muy replecionada puede ser confundida con un gran quiste ovárico simple, como nos ocurrió en el caso 3.

El diagnóstico diferencial de la retención urinaria aguda en la mujer joven debe incluir problemas neurológicos como la esclerosis múltiple y el síndrome de Fowler<sup>13</sup>.

El tratamiento inicial consiste en la evacuación vesical, dejando un sondaje permanente con cobertura antibiótica durante varias semanas, ya que en la mayor parte de los casos el útero sale de su encarceramiento de forma espontánea antes de la semana 14. Si no se consigue la resolu-

ción espontánea, se puede intentar la reposición bimanual hacia la anteversión, para lo cual la paciente ha de estar en posición de litotomía y relajada, con sedación previa<sup>2</sup>. Algunas veces se requerirá anestesia general y, en algunas raras ocasiones, será necesaria la reducción por colonoscopia, laparoscopia o laparotomía<sup>1</sup>.

Algunos autores recomiendan la inserción temporal de un pesario en los casos en que el útero tienda a volver a la posición de retroversión, o para prevenir recidivas en embarazos posteriores, como describen Manrique Ruiz et al. en una publicación reciente<sup>14</sup>.

### Conclusiones

En toda gestante de 10 a 16 semanas de embarazo que consulte por dolor abdominal y clínica miccional hay que descartar inmediatamente una retención urinaria aguda, por sus potenciales efectos adversos. El manejo inicial debe ser expectante, con sondaje vesical hasta la desincarceración espontánea del útero en retroversión. La recolocación del útero a una posición anterior, con o sin colocación de pesario vaginal, puede ser la solución para los casos complicados. ■

### BIBLIOGRAFÍA

1. Vidaeff AC, Schneider KM. Incarcerated gravid uterus. Uptodate. Julio de 2012.
2. Chauleur C, Vulliez L, Seffert P. Acute urine retention in early pregnancy resulting from fibroid incarceration: proposition for management. *Fertil Steril*. 2008; 90: 1.198.e7-10.
3. Yohannes P, Schaefer J. Urinary retention during the second trimester of pregnancy: a rare cause. *Urology*. 2002; 59: 946.
4. FitzGerald MP, Graziano S. Cambios anatómicos y funcionales del tracto urinario inferior durante el embarazo. *Urol Clin N Am*. 2007; 34: 7-12.
5. Vikram P, Ritesh V, Nerli RB, Alur SB, Hiremath MB. Acute urinary retention in pregnancy. *Recent Res Sci Technol*. 2010; 2: 53-54.
6. Grossenburg NJ, Delaney AA, Berg TG. Treatment of a late second trimester incarcerated uterus using ultrasound-guided manual reduction. *Obstet Gynecol*. 2011; 118: 436-439.
7. Yang JM, Huang WC. Sonographic findings in acute urinary retention secondary to retroverted gravid uterus: pathophysiology and preventive measures. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004; 23: 490-495.
8. Selius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. *Am Fam Physician*. 2008; 77: 643-650.
9. Singh MN, Payappagoudar J, Lo J, Prashar S. Incarcerated retroverted uterus in the third trimester complicated by postpartum pulmonary embolism. *Obstet Gynecol*. 2007; 109: 498-501.
10. Lettieri L, Rodis JF, McLean DA, Campbell WA, Vintzileos AM. Incarceration of the gravid uterus. *Obstet Gynecol Surv*. 1994; 49: 642-646.
11. Love JN, Howell JM. Urinary retention resulting from incarceration of a retroverted, gravid uterus. *J Emerg Med*. 2000; 19: 351-354.
12. 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(5 Pt 2): 1.134-1.137.
13. Okorie CO. Acute urinary retention in early pregnancy: how far should the investigation go? *Urogynaecologia*. 2012; 26: e5.
14. Manrique Ruiz F, Ferrero Viñas A, Suárez Mayor M, Álvarez Sierra V, Hervella López P, Lucas Merillas P. Útero incarcerado recidivante. *Prog Obstet Ginecol*. 2012; 55: 334-336.