



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 1996; 42 (3): 77-80

### COMUNICACIONES CORTAS

#### **Prolapso uterino y embarazo.**

RAÚL ALEGRÍA, ABELARDO DONAYRE, MARISSA LIMAS, LILIANA BENAVENTE.

#### **Resumen**

**OBJETIVO:** Presentar un caso de prolapso uterino y gestación ocurrido en el Hospital «Guillermo Almenara Irigoyen» y determinar los factores de riesgo para su presentación. **DISEÑO:** Descriptivo de caso clínico. **RESULTADOS:** Se identifican los factores de riesgo para prolapso genital en nuestra población. **CONCLUSIONES:** El prolapso uterino durante el embarazo es infrecuente. El adecuado conocimiento de las causas, complicaciones y manejo postparto nos llevará a tomar medidas de prevención adecuadas.

Palabras clave: Prolapso uterino. Embarazo.

#### **Summary**

**OBJECTIVE:** To present a case of uterine prolapse and pregnancy attended at "Guillermo Almenara Irigoyen", Hospital and determine risk factors for presentation. **DESIGN:** Descriptive clinical case study. **RESULTS:** We identify the risk factors for genital prolapse in our population. **CONCLUSIONS:** Uterine prolapse during pregnancy is not frequent. Adequate knowledge of its causes, complications and postpartum management will lead us to adequate preventive measures.

Key words: Uterine prolapse. Pregnancy.

#### **Introducción**

No existen en la literatura datos precisos sobre la frecuencia del prolapso uterino que complica el embarazo. Sepúlveda y col., en 1984 comunicaron el caso de una primigesta que presentó prolapso uterino a las 12 semanas de amenorrea, quien tenía un defecto perianal congénito; el prolapso se redujo espontáneamente, no presentándose complicaciones durante el embarazo ni el parto. Kursel y Nichols, en 1980, publicaron otro caso en una paciente con múltiples defectos congénitos urogenitales. En el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen se tiene información sobre un caso ocurrido en el año 1990, que lamentablemente no fue documentado.

#### **Caso clínico**

El caso presentado por nosotros es el de una mujer de 32 años, multigesta, con fórmula G 4 P 3003, proveniente de una zona considerada de estrato social bajo, Cono Norte, Comas, quien acude por sus propios medios al notar un mes antes un "bulto", en genitales externos. En la historia clínica de emergencia se consigna que tenía 38 semanas de gestación y una sola consulta médica durante el embarazo. Había tenido tres partos vaginales anteriores, el último 1 1/2 años antes; los pesos de los R. N. fueron 2900, 3200 y 3100 gramos. Esta mujer medía 1,56 m y su peso preconcepcional dijo era 49 kg. Al examen clínico tenía una altura uterina de 30 cm, LCF 142x y ponderado fetal de  $3000 \pm 100$  g. Los genitales externos eran normales y entreabiertos, por los que protruí el cérvix, de 4cm por 4cm, con signos de cervicitis crónica y cubierto por escasa secreción mucosa blanquecina; el canal cervical permitía el pasaje de un dedo, palpándose el polo de presentación cefálica en +1 y las membranas íntegras. La hemoglobina fue 9,2 g. Se internó a la paciente para la culminación del embarazo por cesárea electiva pronta, no presentando contracciones uterinas al ingreso. Seis meses postcesárea, se practicó histerectomía vaginal, fundoplastia y colporrafia anteroposterior.



## Consideraciones anatómicas del prolapso uterino.

La posición y el soporte normales del útero, la vagina, la vejiga y el recto son mantenidos por varias estructuras y sistemas anatómicos interrelacionados.

Las estructuras musculares, ligamentosas y aponeuróticas que soportan los órganos pélvicos se fijan a los huesos de la pelvis. Estos incluyen el sacro por detrás, las ramas y la sínfisis del pubis por delante y los huesos ilíacos a ambos lados de la pelvis. La estructura ósea y la arquitectura de la pelvis pueden afectar el soporte de los órganos genitales. Si el compartimiento anterior del orificio de salida pélvico está reducido de tamaño por un arco subpúbico estrecho, la parte de presentación de un feto a término tiene probabilidades de provocar un mayor grado de estiramiento, desgarrar y traumatismo de las estructuras del soporte vaginal posterior y rectal durante el parto vaginal anterior; mientras tanto, el soporte de la pared vaginal anterior, del piso vesical y de la uretra proximal está protegido. Por otra parte, si el sacro y el cóccix están angulados hacia adelante, por debajo del arco subpúbico, provocara lesiones de la pared vaginal anterior, el piso vesical y la uretra proximal. Las lesiones traumáticas y las fracturas de los huesos de la pelvis también pueden afectar el soporte de los órganos genitales. En pacientes con extrofia vesical, la sínfisis y las ramas del pubis están ausentes, lo que determina graves defectos en los mecanismos de soporte anterior del útero y la pared vaginal anterior.

El piso muscular de la pelvis (el diafragma pélvico), se encuentra fijado en la estructura ósea de la pelvis y representa el principal sistema de soporte para el útero y los tercios superior e inferior de la vagina. Los tercios medio e inferior de la vagina se adhieren con firmeza a los músculos puborrectal y pubococcígeo, habitualmente conocidos como los pilares del elevador. Las fibras anteriores del músculo pubococcígeo se fijan a ambos lados de la vagina, al cuerpo perineal y al canal anal. Las fibras posteriores de los músculos pubococcígeos están fijadas al rafe medio, entre el ano y el cóccix, la llamada placa del elevador, formada por la unión de la línea media de estos músculos y los músculos iliococcígeos. Las fibras de los músculos puborrectales son más profundas y forman un cabestrillo detrás del recto, manteniéndolo en una posición anterior, en dirección de la sínfisis del pubis. El componente más posterior de la musculatura pélvica está formada por los músculos iliococcígeos y coccígeos. Existe un soporte adicional provisto por los músculos del diafragma urogenital y los músculos perineales superficial y profundo.

A través de los años se ha planteado numerosas discusiones entre las dos principales escuelas de pensamiento, con respecto al mecanismo predominante de soporte uterino. Una de estas escuelas señalaba que el útero es mantenido en posición por el soporte inferior, provisto por el diafragma pélvico y la placa del elevador. La otra escuela sostenía que el soporte primario del útero es provisto por fijaciones de los ligamentos uterosacros y cardinales al cuello uterino y a la parte superior de la vagina. Estos <<ligamentos>> están compuestos por vasos sanguíneos, nervios, conductos linfáticos, fibras musculares lisas y tejido conectivo. Los ligamentos cardinales están fijados a los bordes laterales del cuello uterino y la parte superior de la vagina y a la aponeurosis endopélvica del diafragma de la pelvis. Representan una condensación de la porción más inferior de los ligamentos anchos. En la parte lateral, estos ligamentos cardinales se continúan con el tejido conectivo que rodea los vasos hipogástricos y sus ramas, en su curso a lo largo de los ligamentos cardinales, entre el útero y la vagina y la pared pélvica lateral. En la parte medial, el tejido conectivo de los ligamentos cardinales se continúa con el tejido conectivo que rodea el cuello uterino y la vagina superior, la llamada aponeurosis pubovesicocervical. Los ligamentos uterosacros, estudiados por Campbell, están unidos al cuello uterino y a los fondos de saco vaginales superiores en la parte posterolateral. Por detrás, estos ligamentos se fijan ampliamente a la aponeurosis presacra que enfrenta la articulación sacroilíaca. El componente tisular conectivo de los ligamentos uterosacros se continúa con el de los ligamentos cardinales alrededor del cuello uterino. Los ligamentos cardinales y uterosacros mantienen el útero y la vagina superior en la posición normal, por arriba de la placa del elevador. Estos ligamentos también proveen una función suspensora y se oponen al descenso de estos órganos. Mengert demostró la importancia de la función suspensora, al observar en cadáveres que el prolapso uterovaginal sólo tenía lugar cuando se seccionaban los dos tercios superiores del tejido parametrial.

## Etiología.

Otros factores, como la edad y la menopausia, contribuyen al prolapso genital, al suspenderse la esteroidogénesis ovárica, y los tejidos genitales de soporte ya no están estimulados por los estrógenos. El estreñimiento crónico, la tos de larga data en la enfermedad pulmonar crónica, por abuso de tabaco o por bronquitis crónica, el exceso de peso corporal, el uso de corsés ajustados, los trabajos físicos intensos y el levantamiento de objetos pesados ha sido documentado por Bao, de China, como causa importante de prolapso uterino. Los tumores pélvicos, tumores de ovario con o sin ascitis, pueden ocasionar en forma brusca prolapso genital, al vencer el tumor la resistencia del piso pélvico (Thompson, 1993). Experimentalmente, se ha hecho dosajes de calcio sérico, fósforo, proteínas y colesterol, en relación a prolapso genital, encontrándose que la hipocalcemia unida al estrés del embarazo y el parto se asocia a prolapso genital (Dhanotiya, 1989).



## **Complicaciones.**

En un trabajo reciente, Shuiz y Basted, 1995, asociaron la flexión vesical (3,1%) y el prolapso vaginal (6,39%) a distocia del parto, en 9,4% de un total de 523 parturientas estudiadas.

La retención urinaria intermitente durante el embarazo y la retención urinaria en el trabajo de parto han sido informadas por Goldberg y Kwar, en 1981.

De hecho, el prolapso genital total en el último trimestre del embarazo condicionará el parto por cesárea, aumentando la morbilidad materna e incrementando, hasta cierto grado, la dificultad técnica en una probable histerectomía vaginal, al tener ya la paciente una operación uterina anterior. Si el prolapso genital total aparece durante el segundo trimestre del embarazo, condicionará amenaza de parto pretérmino y prematuridad. El reposo absoluto en cama, como medida de prevención, acarreará pérdida de días de trabajo para la mujer, inhibiendo, además, su vida social y afectiva.

Otra de las complicaciones potenciales es la recurrencia del prolapso postparto y endometritis, como lo ha publicado Sepúlveda.

## **Prevención**

Los ejercicios musculares perianales o de Hegel son recomendados después de un parto vaginal, para recuperar con la mayor rapidez posible el tono de los músculos del piso de la pelvis.

Evitar los partos distócicos sería una medida plausible, no siempre en manos del obstetra. Si a esto se une la lista de causas relacionadas a prolapso genital (estreñimiento, tosera crónica, otros), podríamos disminuir hasta cierto grado el prolapso genital, si tomamos medidas específicas para cada una de estas entidades. Una medida muy específica sería, por ejemplo, evitar la macrosomía fetal, detectando la diabetes gestacional, tratamiento adecuado de la diabetes en gestantes y dando orientación sobre balance nutricional al grueso de las pacientes obstétricas.

La atención adecuada del parto y el alumbramiento, evitando la maniobra de Kristeller (comprensión manual del fondo uterino), y haciendo buena protección del periné y amplia episiotomía de rutina -como lo sugiere Bromberg-, unida a una buena reparación (episiorrafia) de la misma, así como evitando traccionar innecesariamente el cordón umbilical para adelantar el alumbramiento, disminuirán la aparición del prolapso genital.

## **Tratamiento**

El tratamiento sugerido tiene varias alternativas, de acuerdo a la paridad, la edad, estado general de la paciente, necesidad de preservar la función sexual y deseo de preservar la función menstrual y/o de reproducción.

Las pacientes con grados variables de prolapso uterovaginal de distintas etiologías, con cuadros sintomáticos diferentes, pueden ser tratadas como sigue (Thompson, 1993):

1. Tratamiento expectante.
2. Tratamiento quirúrgico
  - a. Histerectomía vaginal, fundoplastia posterior, colporrafia (con fijación del ligamento sacroespinoso o sin ella).
  - b. Histerectomía vaginal, cierre del saco del enterocele, colpectomía total, colporrafia y colpocleisis.
  - c. Colporrafia vaginal combinada con histerectomía abdominal, fundoplastia de Moschco-witz, colpoplexia sacra, uterocolporrafia suprapúbica.
  - d. Operación de Manchester.
  - e. Colpocleisis y colporrafia de Le Fort.
  - f. Reparación vaginal y suspensión uterina (con cervicoplexia sacra o sin ella).
3. Pesarios.

Hemos querido así resumir los métodos quirúrgicos actualmente utilizados. Los pesarios ya no son usados. La explicación de cada técnica excede el propósito de esta presentación.



## Conclusión

El prolapso uterino durante el embarazo es una complicación obstétrica que puede acarrear complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. El adecuado conocimiento de las causas, complicaciones y manejo postparto (vaginal o cesárea) nos llevará a tomar medidas de prevención adecuadas y una mejor orientación a la paciente para el tratamiento pertinente del prolapso genital.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Selpúveda WH, Cabrera J. Prolapso uterino en primigesta. Rev Chil Obstet Ginecol 1984; 49(22): 111-4
2. Achulz S, Bosted H. Vesical flexion and vaginal prolapse of sows as an obstetrical problem. Tierarztl - Prax 1995; 23(2): 139-47
3. Kovac SR, Crvikshank SH. Successful pregnancies and vaginal deliveries after sacrospinous uterosacral fixation in five nineteen patients. Am J Obstet Gynecol 1993; 168(6Pt1): 1778-6.
4. Bad YS. The effects of carrying and moving heavy loads on female reproductive system and maternal function. Chung Hua Yu Fang Hsueh Tsa Chih 1989; 23(4): 195-8
5. Dhanotiya RS, Srivastava RK, Pandit RN. A note on post partum utero prolapse in gir cows: estimation of serum calcium, phosphorus, proteins, and cholesterol. Arch Exp Veterinar Med 1989; 43(1): 79-80
6. Lipitz S, Frenkel Y. Puerperal inversión if the uterus. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1988; 27(3): 271-4
7. Gauwermey JF, Heinrich D, Kubli F. Puerperal uterine inversion. Z Geburtshilfe Perinatol 1987; 191(6): 238-42
8. Bromberg MH. Presumptive maternal benefits of routine episiotomy. A literature review. J Nurse Midwifery 1986; 31(3): 212-7
9. Selpúveda W. Cuevas G, Fernández R. Inversión uterina: revisión de 20 años. Rev Chil Obstet Ginecol 1985; 50 (4): 294-8
10. Peneau M, Body G, lansac J, Berger C, Lanzón Y, Zephir D. Estrophia vesicale et grossesse. A propos de deux observations. Ann Urol París 1985; 19(1): 477-52
11. Neinert J. Puerperal inversion of the uterus. Geburtshilfe Frauenheilkd 1984; 44(4): 260-2
12. Smythe AR 2d. Pregnancy associated with extrophy of the bladder and obstructive renal failure. South Med J 1984; 77(9): 1196-9
13. Hill PS. Uterine prolapse complicating pregnancy. A case report. J Reprod Med 1984; 29(8): 631-3
14. Van Dongen L. The anatomy of genital prolapse. S Afr Med J 1981; 60(9): 357-9
15. Fergusson IL. Major common problems; genital prolapse. Br J Hosp Med 1981 26(1): 67-72
16. Golberg KA. Nwart AM. Intermittent urinary retention in first trimester of pregnancy. Urology 1981; 17(3): 270-1
17. Nursel RB, Nichols DH. Genital prolapse during pregnancy. J Reprod Med 1980; 24(1): 46-7
18. Gilpin JA, Smith AR, Warrel DW. The patogenesis of genito urinary prolapse and stress incontinece of urine. A histological and histochemical study. Br J Obstet Gynecol 1989; 96: 15
19. Smith ARB; Hosker GL, Warrell DW. The role of partial denervation of the pelvic floor in the etiology of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine. A neurophysiological study. Br J Obstet Gynecol 1989; 96: 24
20. Smith ARB, Hosker GL, Warrell DW. The role of pudental nerve damage in the etiology of genuine stress incontinence in women. Br J Obstet Gynecol 1989; 96: 29