



## Prolapso uterino y embarazo. Reporte de un caso

### RESUMEN

El prolapso uterino asociado con el embarazo es una afección rara en la actualidad. Se comunica el caso de una paciente de 34 años con embarazo culminado a las 39 semanas; se analiza con lo reportado en la bibliografía.

**Palabras clave:** prolapso uterino, embarazo.

## Uterine prolapse and pregnancy. A case report

### ABSTRACT

Uterine prolapse associated with pregnancy is rare today. The case of a 34-year-old woman whose pregnancy ended at 39 weeks and analyzed with those reported in the literature is presented.

**Key words.** Uterine prolapse, pregnancy.

### ANTECEDENTES

A lo largo de la historia y, más aún en la actualidad, los casos de prolapso uterino asociado con el embarazo se reportan con muy poca frecuencia. Hasta hace unas décadas, la posibilidad era mayor porque había mujeres con alta paridad y poco o nulo control de la fertilidad, principalmente de edad avanzada. En la época moderna, la baja paridad, el control anticonceptivo y la práctica incrementada de la cesárea disminuyeron de manera muy importante la posibilidad de que coincida un defecto importante del piso pélvico con la gestación.

Se describe el caso de una paciente con prolapso uterino asociado con un embarazo que llegó al término de la gestación en el Hospital General de Zona 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Aguascalientes, Aguascalientes, México.

Enrique Rosales-Aujang

Ginecoobstetra, Hospital General de Zona 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, Aguascalientes, Ags. México.

Recibido: enero 2015

Aceptado: febrero 2015

### Correspondencia:

Nazario Ortiz Garza 105,  
Fraccionamiento Santa Anita,  
Aguascalientes 20170, Aguascalientes.

### Este artículo debe citarse como

Rosales-Aujang E. Prolapso uterino y embarazo. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2015;83:195-198.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años de edad, originaria del estado de Aguascalientes, México. Casada y de ocupación operaria. Sin antecedentes hereditarios ni personales patológicos importantes.

Antecedentes ginecoobstétricos: tres embarazos, un parto 14 años antes y un aborto, dos años antes del actual embarazo.

Un año posterior al aborto se diagnosticó descenso uterino grado 2.

Estatura: 1.58 m, con peso pregestacional de 70 kilos, e incremento ponderal de 1 kg mensual durante las primeras 24 semanas de gestación.

A las 20 semanas fue enviada de su Unidad de Medicina Familiar a la consulta de embarazo de alto riesgo en el Hospital General de Zona, debido a protrusión total del cuello uterino. Se trató conservadoramente con antibióticos para contrarrestar las infecciones cervicovaginales en forma local, con buen resultado.

No se logró un adecuado control del peso porque al final de la gestación el incremento total fue de 18 kg.

No hubo episodios de trabajo de parto pretérmino, solo la sensación molesta de cuerpo extraño extra genital.

Al final del embarazo tuvo reducción espontánea del prolapso, casi total; sin embargo, se realizó operación cesárea a las 39 semanas indicada por desproporción cefalopélvica. El recién nacido fue de sexo femenino, peso de 4,100 g, en perfectas condiciones. La paciente salió del hospital a las 36 horas, sin complicaciones.

## DISCUSIÓN

El prolapso genital es la salida o herniación de uno o más órganos pélvicos a través de la pared vaginal y los genitales externos. Es relativamente frecuente después de la menopausia mientras que en edades reproductivas su frecuencia es menor. Se han reconocido ampliamente los factores de riesgo como posibles causales: multiparidad, traumatismo obstétrico, periodos expulsivos prolongados, obesidad, lesiones sacro-nerviosas, neuropatías crónicas, deficiencia de estrógenos, etc.<sup>1,2</sup> Estos defectos pueden ser únicos y, con mayor frecuencia, múltiples; pueden involucrar a la vagina, vejiga, uretra, útero y recto. Se clasifican en diferentes grados según el descenso relacionado con la vulva.

El prolapso puede formarse durante el embarazo; sin embargo, es más frecuente que ya exista antes de la gestación.

El prolapso uterino asociado con la gestación es un evento que en la actualidad es cada vez menos frecuente, sobre todo en países que han disminuido en forma importante la tasa de natalidad, no así en donde aún prevalecen tasas elevadas. Desde hace varios años se menciona esa asociación en los libros de texto, como en la tercera edición de la *Obstetricia de Williams*;<sup>3</sup> en las últimas ediciones ya no se menciona. Hasta hace poco más de tres décadas en la bibliografía mundial algunos autores reportaban series de casos<sup>4</sup> y ahora los reportes son aislados.<sup>5-11</sup>

Entre los factores que pueden reconocerse como favorables para no presentar la alteración del piso pélvico están: disminución de la fertilidad e incremento de los nacimientos por vía abdominal. Ambos son factores cada vez más frecuentes en el mundo y en nuestro medio.<sup>12,13</sup>

Algunos autores estiman una frecuencia de 1 prolapso por cada 10,000 a 15,000 embarazos.<sup>8</sup>



Nuestra casuística es de 1 por cada 72,000 nacimientos registrados en nuestro hospital en 18 años de servicio y hasta el momento de la cesárea de la paciente.

Por lo general, se manifiesta a finales del segundo trimestre, cuando se incrementa el volumen y el peso del útero gestante que incluso puede rebasar el límite de la vulva y el cérvix mostrarse por completo en el exterior, tal como se muestra en las Figuras 1 y 2.

Las manifestaciones son igual que en el prolapso sin gestación y pueden ser: sensación de cuerpo extraño vaginal o fuera de ella, incontinencia o retención urinaria, infecciones urinarias frecuentes y estreñimiento. Las complicaciones obstétricas que pueden presentarse son: aborto, parto prematuro, incarceration del útero y dolor pélvico. Nuestra paciente no tuvo amenazas de aborto ni de parto prematuro, sólo salida del cérvix en forma importante durante el segundo



**Figura 1.** Prolapso a las 28 semanas de embarazo.



**Figura 2.** Prolapso uterino.

y tercer trimestres, acompañada de dolor leve al reducir manualmente el cérvix en forma temporal. Al final del embarazo ocurrió la regresión espontánea del prolapso, casi en su totalidad. Al respecto, la mayoría de los autores coincide en el tratamiento conservador durante la gestación y muy pocos recomiendan el pesario por sus efectos secundarios, se realizan reducciones manuales y se trata de mantener reposo el mayor tiempo posible.<sup>4-9</sup>

Donde existe un poco de controversia es en la vía de nacimiento, algunos autores recomiendan la cesárea<sup>8,9</sup> sin dar oportunidad al trabajo de parto, por la alta probabilidad de distocia cervical. Otros autores recomiendan la vía vaginal porque, como sucedió al final del embarazo, en el caso aquí reportado, el cérvix se adelgazó y reacomodó en su lugar; fue así como se dio la posibilidad de trabajo de parto, que incluso se facilitó con el uso tópico de sulfato de magnesio. Según algunos autores<sup>10</sup> para lograr una mejor relajación y para otros puede ser necesaria la cirugía cervical de Dührssen's.<sup>11</sup> En nuestro caso el embarazo culminó a las 38 semanas por vía abdominal, por indicación obstétrica debida al peso fetal.

## CONCLUSIONES

En la actualidad el prolapso uterino asociado con la gestación es sumamente raro en los países con tasas bajas de fertilidad y con incidencia elevada de nacimientos por cesárea, que constituye la tendencia en nuestro medio urbano. Sin embargo, cuando sucede deben tenerse en cuenta todas las diversas recomendaciones para evitar la pérdida fetal por aborto o parto pretérmino. La piedra angular del tratamiento es el reposo y, de ser necesario, el uso de pesarios, sin olvidar los efectos secundarios que producen. Los tratamientos tocolíticos rigurosos deben indicarse en forma oportuna en caso de actividad uterina. La vía de nacimiento debe valorarse en cada caso, en particular al final de la gestación.

## REFERENCIAS

1. Shull BL. Valoración clínica de mujeres con defectos del sostén pélvico. *Clin Obst Gin* 1993;4:883-894.
2. Fernández del Castillo SC, Cerna RJ. Prolapso uterino. Programa de Actualización Continua en Ginecología y Obstetricia. PAC GO-3, 1ª ed. México: Intersistemas, 2008;3:219-270.
3. Eastman NJ. Distocia originada por anomalías del conducto genital. En: *Obstetricia de Williams*. 3ª ed. México: UTEHA, 1960;895-907.
4. Palanichamy G. Prolapse of the uterus complicating labour (A study of 38 cases). *J Obstet Gynaecol India* 1976;26:692-7.
5. Selpúveda WH, Cabrera J. Prolapso uterino en primigesta. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1984;49:111-4.
6. Hill PS. Uterine prolapse complicating pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1984;29:631-3.
7. Nursel RB, Nichols DH. Genital prolapse during pregnancy. *J Reprod Med* 1980;24:46-7.
8. Guariglia L, Carducci B, Botta A, Ferrazzani S, Caruso A. Uterine prolapse in pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 2005;60:192-194.
9. De Vita D, Giordano S. Two successful natural pregnancies in a patient with severe uterine prolapse: A case report. *Journal of Medical Case Reports* 2011;5:459.
10. Lau S, Rijhsinghani A. Extensive cervical prolapse during labor: a case report. *J Reprod Med* 2008;53:67-9.
11. Gupta R, Tickoo G. Persistent Uterine Prolapse During Pregnancy and Labour. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* 2012;62:568-570.
12. Rosales AE, Felguérez FA. Impacto sociodemográfico de 15 años de planificación familiar. *Ginecol Obstet Mex* 2005;73:443-50.
13. Muñoz-EJ, Rosales AE, Domínguez PG, Serrano DC. Operación cesárea: ¿indicación justificada o preocupación justificante? *Ginecol Obstet Mex* 2011;79:67-74.