



# Prolapso de órganos pélvicos durante el embarazo tratado con pesario. Reporte de dos casos

Arango-Buitrago V,<sup>1</sup> Restrepo-Moreno M,<sup>1</sup> Echavarría-Restrepo LG,<sup>2</sup> Gómez-Londoño M<sup>3</sup>

## Resumen

**ANTECEDENTES:** el prolapso de órganos pélvicos durante el embarazo es una alteración rara que puede asociarse con complicaciones maternas y fetales.

**OBJETIVO:** describir la experiencia con dos casos de prolapso del piso pélvico durante el embarazo tratados con pesario vaginal.

**CASOS CLÍNICOS:** se reportan dos casos de pacientes con prolapso de órganos pélvicos, grado 4, durante el embarazo, a quienes se les colocó un pesario vaginal, con permanencia hasta el momento del parto. Las mujeres tuvieron resultados satisfactorios con la colocación del pesario, disminuyeron o desaparecieron sus síntomas y no se observaron complicaciones asociadas.

**CONCLUSIONES:** el reconocimiento, seguimiento y tratamiento oportuno del prolapso de órganos pélvicos durante el embarazo evita complicaciones asociadas. Debido a su baja incidencia, la evidencia del tratamiento se basa sólo en reportes de casos, por lo que todas las recomendaciones implican la opinión de expertos.

**PALABRAS CLAVE:** prolapso de órganos pélvicos, embarazo, pesario.

Ginecol Obstet Mex. 2016 September;84(9):601-606.

# Pelvic organ prolapse during pregnancy: treatment with vaginal pessary. A report of two cases

Arango-Buitrago V,<sup>1</sup> Restrepo-Moreno M,<sup>1</sup> Echavarría-Restrepo LG,<sup>2</sup> Gómez-Londoño M<sup>3</sup>

## Abstract

**BACKGROUND:** Pelvic organ prolapse during pregnancy is a rare condition that may be associated with maternal and fetal complications.

**OBJECTIVE:** To describe the experience of two cases of pelvic organ prolapse during pregnancy managed with vaginal pessary.

**CASES REPORTS:** The cases of two patients with grade 4 vaginal prolapse during pregnancy managed with vaginal pessary until the time of delivery are presented. The patients had improvement of their symptoms without complications related to prolapse or pessary use.

<sup>1</sup> Ginecología y obstetricia. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

<sup>2</sup> Profesor y jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad Pontificia Bolivariana. Departamento de Uroginecología y Piso Pélvico, Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia.

<sup>3</sup> Departamento de Uroginecología y Piso Pélvico. Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia.

Recibido: febrero 2016

Aceptado: julio 2016

## Correspondencia

Dra. Victoria Arango Buitrago  
vickyab15@hotmail.com

## Este artículo debe citarse como

Este artículo debe citarse como: Arango-Buitrago V, Restrepo-Moreno M, Echavarría-Restrepo LG, Gómez-Londoño M. Prolapso de órganos pélvicos durante el embarazo tratado con pesario. Reporte de dos casos. Ginecol Obstet Mex. 2016 sept;84(9): 601-606.

**CONCLUSIONS:** Early recognition, monitoring and management of this condition are essential. The vaginal pessary is a good option for transient treatment and is associated with few complications.

**KEYWORDS:** Pelvic organ prolapse; Pregnancy; Pessary

#### Correspondence

Dra. Victoria Arango Buitrago  
vickyab15@hotmail.com

### ANTECEDENTES

El prolapso de órganos pélvicos durante el embarazo es una alteración rara, con incidencia de 1 caso por cada 10,000 a 15,000 partos.<sup>1</sup> Casi siempre ocurre en mujeres multíparas con antecedente de prolapso; sin embargo, se ha reportado en pacientes nulíparas, quizás asociado con otras enfermedades que alteran la anatomía y el mecanismo de soporte del piso pélvico.<sup>2,3</sup>

Conforme avanza el embarazo, el útero se vuelve un órgano abdominal y el prolapso se corrige espontáneamente en la mayoría de los casos. Sin embargo, en algunas pacientes puede evolucionar<sup>4,5</sup> y generar complicaciones como: ulceración cervical, retención o infección urinarias y parto pretérmino. Durante el parto puede asociarse con edema y desgarro cervical, distocia por detención en la dilatación y hemorragia posparto.<sup>6-9</sup>

Debido a su baja incidencia, solo existen en la bibliografía reportes de casos que describen experiencias con diferente tratamiento, conservador<sup>7,10,11</sup> o quirúrgico, durante el embarazo o el parto<sup>12-14</sup>

La colocación de un pesario, como tratamiento de mínima invasión para prevenir las complicaciones del prolapso uterino durante el embarazo, fue reportado por primera vez en 1949.<sup>15</sup> Desde entonces se han descrito varias experiencias con resultados exitosos y pocas complicaciones asociadas.<sup>8,16</sup>

Este artículo reporta dos casos de prolapso uterino, grado 4, durante el embarazo, tratados con pesario vaginal hasta el momento del parto. Además, se revisa la bibliografía al respecto (búsqueda en las bases de datos *Medline* y *Pubmed* hasta diciembre de 2015). La investigación fue aprobada por el comité de ética de la institución, donde se obtuvo el consentimiento informado en ambos casos.

### CASO CLÍNICO 1

Paciente de 37 años de edad, con antecedentes de dos embarazos, útero didelfo y extrofia vesical con múltiples intervenciones quirúrgicas en la infancia, cierre primario de vejiga y reconstrucción ureteral y vesical. El primer embarazo se complicó con infecciones urinarias de repetición, debido a una fistula uretero-intestinal, con parto a las 26 semanas y muerte neonatal temprana.

A las 32 semanas del embarazo sobrevino el prolapso uterino, concomitante con disfunción del vaciamiento vesical. El examen físico evidenció prolapso grado 4, con clasificación POPQ (*Pelvic Organ Prolapse Quantification*): Aa +3, Ba +10, C +10, hg 5, pb 2, tvl 12, Ap +3, Bp +10 D +8 y el cérvix ulcerado (Figura 1). El equipo médico decidió colocarle un pesario Gellhorn, talla 5 (Figura 2 y 3), al inicio de la semana 33 del embarazo. La paciente tuvo buena evolución: desaparecieron completamente los síntomas asociados con el prolapso y se observó excelente tolerancia al dispositivo,



**Figura 1.** Cervix ulcerado.

sólo manifestó aumento del flujo vaginal, como único efecto secundario.

A las 36 semanas del embarazo acudió a consulta médica por percibir disminución de los movimientos fetales. Mediante ecografía y Doppler fetales se estableció el diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino severo, por lo que se programó para efectuar la cesárea.

En la evaluación posparto se encontró prolapso anterior y apical, grado 1, sin síntomas asociados; se indicó tratamiento conservador, con rehabilitación del piso pélvico.

## CASO CLÍNICO 2

Paciente de 26 años de edad, con antecedente de cuatro partos por vía vaginal. A las 27 semanas de embarazo acudió al servicio médico debido al prolapso uterino grado 4 e incontinencia uri-



**Figura 2.** Pesario Gellhorn.



**Figura 3.** Pesario Gellhorn.

naria de esfuerzo. Durante el último embarazo, con este mismo diagnóstico, recibió tratamiento conservador.

En el examen físico se evidenció un prolapo uterino grado 4, con clasificación POPQ: Aa +3, Ba +8, C +8, hg 4, pb 1.5, tvl 10, Ap +3, Bp +8 D +7 y cérvix engrosado con úlcera lateral (Figura 4). El tratamiento médico consistió en la colocación de un pesario tipo Gellhorn, talla 7, con lo que disminuyó completamente el prolapo (Figura 5). La paciente permaneció en seguimiento por parte de los médicos del servicio de Medicina Materno-Fetal y Uroginecología. En la semana 33 tuvo disquecia por desplazamiento del pesario y compresión rectal, por lo que se retiró y reposicionó el dispositivo.

En la semana 35 acudió a consulta por síntomas irritativos urinarios, actividad uterina y cambios cervicales; por tanto, se retiró el pesario y se decidió evolucionar espontáneamente. En la semana 36+4 se atendió por parto vélite espontáneo, sin complicaciones. En el posparto



Figura 4. Cérvix engrosado, con úlcera lateral

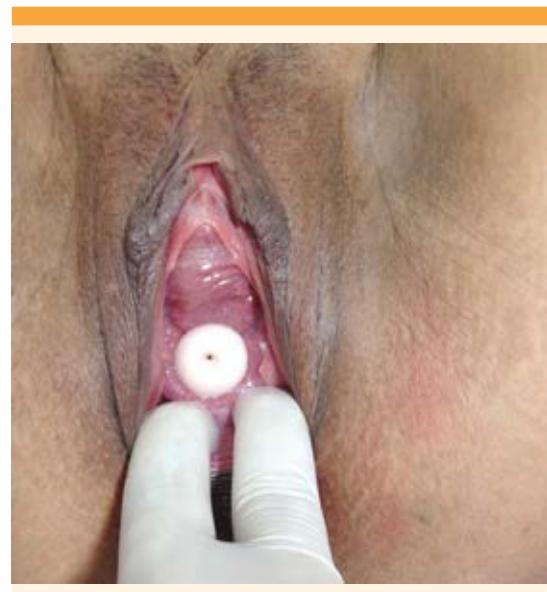


Figura 5. Colocación del pesario.

inmediato persistió el prolapo grado 4, por lo que se reinsertó el pesario.

En la sexta semana posparto se reevaluó y sólo se observó el prolapo anterior grado 2, tratado de manera conservadora, con rehabilitación del piso pélvico.

## DISCUSIÓN

El prolapo de órganos pélvicos provoca síntomas que pueden afectar la calidad de vida de la mujer. Se ha relacionado con factores de riesgo como: multiparidad, edad avanzada, raza, aumento crónico de la presión intraabdominal y alteraciones del tejido conectivo.<sup>17</sup>

Su manifestación durante el embarazo es rara; sin embargo, aparece con mayor frecuencia durante el primer y segundo trimestres, en mujeres multíparas con prolapsos previos, como ocurrió en la paciente del segundo caso clínico de este estudio (antecedente de tres partos y



prolapso en su tercer embarazo). No obstante, el prolapso uterino se ha reportado en mujeres nulíparas, en quienes padecen enfermedades que alteran la anatomía y función de soporte del piso pélvico (enfermedades del colágeno o extrofia vesical),<sup>2-4</sup> similar al caso clínico 1 expuesto aquí.

En la mayoría de las pacientes el prolapso se corrige al final del embarazo, cuando el útero se vuelve un órgano intraabdominal. Sin embargo, existen factores asociados con el embarazo para estimular su evolución como: aumento fisiológico de las concentraciones de cortisol y progesterona (esta última debilita y elonga los tejidos de sostén), e hipertrofia del cérvix, que puede empeorar los síntomas.<sup>5,18,19</sup>

Por su baja incidencia, sólo existen reportes bibliográficos que describen el tratamiento enfocado a disminuir las molestias y las complicaciones como: retención urinaria, infección urinaria o vaginal, laceraciones cervicales, parto pretérmino, entre otras. Las opciones de tratamiento pueden ser conservador o quirúrgico, pero siempre deberá considerarse elegir la menos invasiva.

El tratamiento conservador consiste en reposo en cama (posición de Trendelenburg) e higiene ginecológica. Esta opción se relaciona con complicaciones del reposo prolongado, además de ulceración y edema cervical, debido a que éste permanece por fuera del introito vaginal. También persisten las molestias asociadas con el prolapso, *per se*, como retención urinaria.<sup>7,10,11,20,21</sup> En cuanto al tratamiento quirúrgico se ha reportado colposuspensión laparoscópica durante el primer trimestre,<sup>13</sup> hysterectomía y colposacropexia o histeropexia al momento de la cesárea, todos con resultados exitosos,<sup>12,14</sup> sin embargo, representa un tratamiento agresivo no exento de las posibles complicaciones de la intervención quirúrgica.

El tratamiento con pesario vaginal durante el parto ha reportado disminución de los síntomas y no se ha relacionado con ninguna complicación severa. Los efectos adversos más frecuentes incluyen: aumento de flujo vaginal, infecciones vaginales y ulceración de la mucosa; también se ha observado retención urinaria o fecal cuando el pesario está mal colocado y presiona la uretra, el cuello vesical o el recto.<sup>5,8,16</sup>

Aunque existen varios tipos de pesario, debe indicarse el de mayor tamaño, que pueda acomodarse en la vagina, no provoque traumatismo ni permita el paso del cérvix por medio de éste para evitar su incarceración. La correcta selección del pesario es importante para su éxito, pues considerar uno muy grande puede causar dolor, ulceración de la mucosa vaginal, retención urinaria o fecal o, por el contrario, si es muy pequeño puede asociarse con su expulsión. En las pacientes de este estudio se colocó el pesario Gellhorn, porque cumple con las características descritas y sólo se asoció con complicaciones leves (aumento de flujo vaginal y disquecia por compresión rectal), que disminuyeron con el reposicionamiento del dispositivo.

La mejor vía de finalización del embarazo en estas pacientes es la vaginal, por su menor morbilidad, aunque algunos autores recomiendan la cesárea electiva en caso de edema cervical severo o prolapso no reducible, con la finalidad de evitar distocias y hemorragia posparto.<sup>7,22</sup> En la primera paciente se realizó cesárea por indicación obstétrica diferente al prolapso, mientras que la segunda tuvo parto vaginal sin complicaciones.

La mayoría de las pacientes continúa con síntomas después del parto, por lo que debe considerarse el tratamiento electivo del prolapso, luego que disminuyan o desaparezcan los cambios fisiológicos del embarazo. Las dos pacientes de este estudio tuvieron regresión parcial del

prolapso, con desaparición total de los síntomas; con estos datos se decidió indicar tratamiento conservador, que consistió en rehabilitación del piso pélvico.

Las limitaciones de este reporte son su naturaleza descriptiva y la falta de seguimiento a largo plazo, con la finalidad de evaluar la evolución de la alteración y necesidad de nuevos procedimientos en las pacientes.

## CONCLUSIÓN

El prolapso de órganos pélvicos durante el embarazo es una alteración rara y con poca información al respecto. Su reconocimiento, seguimiento y tratamiento oportunos evitarán complicaciones asociadas. El tratamiento debe individualizarse según la severidad, síntomas y preferencias de la paciente y siempre el menos invasivo; la colocación de un pesario al momento del parto es una buena opción de tratamiento para estas pacientes. Debido a la baja incidencia de esta alteración, la evidencia de su tratamiento se basa sólo en reportes de casos, por lo que todas las recomendaciones implican la opinión de expertos.

## REFERENCIAS

1. Keettel W. Prolapse of uterus during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1941;42:121-6.
2. Nakhal RS, Deans R, Creighton SM, Wood D, Woodhouse CRJ. Genital prolapse in adult women with classical bladder extrophy. Int Urogynecology J 2012;23(9):1201-5.
3. Lepercq J, Landowski P, Tournaire M, Paniel BJ. [Bladder extrophy and pregnancy]. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod 1994;23(5):628-31.
4. Law H, Fiadjoe P. Urogynaecological problems in pregnancy. J Obstet Gynaecol Inst Obstet Gynaecol 2012;32(2):109-12.
5. 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 Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet 2014;27(3):297-302.
6. Hill PS. Uterine prolapse complicating pregnancy. A case report. J Reprod Med 1984;29(8):631-3.
7. Daskalakis G, Lymeropoulos E, Anastasakis E, Kalmantis K, Athanasaki A, Manoli A, et al. Uterine prolapse complicating pregnancy. Arch Gynecol Obstet 2007;276(4):391-2.
8. Mohamed-Suphan N, Ng RKW. Uterine prolapse complicating pregnancy and labor: a case report and literature review. Int Urogynecology J 2012;23(5):647-50.
9. Brown HL. Cervical prolapse complicating pregnancy. J Natl Med Assoc 1997;89(5):346-8.
10. Kart C, Aran T, Guven S. Stage IV C prolapse in pregnancy. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet 2011;112(2):142-3.
11. Gupta R, Tickoo G. Persistent uterine prolapse during pregnancy and labour. J Obstet Gynaecol India 2012;62(5):568-70.
12. Karataşlı R, Gezginç K, Kantarcı AH, Acar A. Successful treatment of uterine prolapse by abdominal hysteropexy performed during cesarean section. Arch Gynecol Obstet 2013;287(2):319-22.
13. Matsumoto T, Nishi M, Yokota M, Ito M. Laparoscopic treatment of uterine prolapse during pregnancy. Obstet Gynecol 1999;93(5 Pt 2):849.
14. Meydanlı MM, Ustün Y, Yalcın OT. Pelvic organ prolapse complicating third trimester pregnancy. A case report. Gynecol Obstet Invest. 2006;61(3):133-4.
15. Klawans AH, Kanter AE. Prolapse of the uterus and pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1949;57(5):939-46.
16. Büyükbayrak EE, Yılmazer G, Ozyapı AG, Kars B, Karışdağ AYK, Turan C. Successful management of uterine prolapse during pregnancy with vaginal pessary: a case report. J Turk Ger Gynecol Assoc 2010;11(2):105-6.
17. Schaffer JI, Wai CY, Boreham MK. Etiology of pelvic organ prolapse. Clin Obstet Gynecol 2005;48(3):639-47.
18. Chaliha C, Stanton SL. Urological problems in pregnancy. BJU Int. 2002;89(5):469-76.
19. O'Boyle AL, O'Boyle JD, Ricks RE, Patience TH, Calhoun B, Davis G. The natural history of pelvic organ support in pregnancy. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2003;14(1):46-49; discussion 49.
20. Solans-Domènech M, Sánchez E, Espuña-Pons M. Pelvic Floor Research Group (Grup de Recerca del Sòl Pelvià; GRESP). Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. Obstet Gynecol 2010;115(3):618-28.
21. Rosales-Aujang E. [Uterine prolapse and pregnancy. A case report] Ginecol Obstet Mex 2015;83(3):195-8.
22. Cingillioglu B, Kulhan M, Yildirim Y. Extensive uterine prolapse during active labor: a case report. Int Urogynecology J 2010;21(11):1433-4.