

Casos Clínicos

Uso de pesario para prolapso de órganos pélvicos durante el embarazo: serie de casos y revisión de la literatura

Pessary use in pelvic organ prolapse during pregnancy: case series and literature review

Mauricio Gómez Londoño¹, Luís Guillermo Echavarría Restrepo², Claudia Patricia Henao López³, María Nazareth Campo Campo⁴, Daniel Sanín Ramírez⁵.

¹ Ginecólogo y Obstetra de la Universidad Pontificia Bolivariana, Uroginecología y Piso Pélvico de la Universidad de Chile. Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín-Colombia.

² Ginecólogo y Obstetra de la Universidad Pontificia Bolivariana. Grupo de Uroginecología y Piso Pélvico Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín-Colombia.

³ Enfermera del servicio de Uroginecología y Piso Pélvico, Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín-Colombia.

⁴ Ginecóloga y obstetra de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medicina Materno Fetal de la Universidad Autónoma de Barcelona. Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín-Colombia.

⁵ Residente de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín-Colombia.

Encargado de recibir correspondencia: sanindaniel@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El prolapso de órganos pélvicos es infrecuente durante el embarazo y se asocia principalmente a mujeres multíparas. Dado que la población gestante no es la ideal para manejo quirúrgico, los pesarios son útiles para controlar los síntomas con pocos efectos adversos y contraindicaciones. Por su baja incidencia, la información reportada en la literatura se deriva de reportes de caso y las recomendaciones se extrapolan de pacientes no embarazadas.

Metodología: Revisión de la literatura y exposición de casos.

Resultados: Se exponen cuatro casos de gestantes con prolapso de órganos pélvicos manejadas exitosamente con pesarios hasta el final de la gestación sin presentar complicaciones serias.

Conclusiones: Los pesarios son un método seguro y eficaz para el manejo de síntomas de prolapsos de órganos pélvicos durante el embarazo.

Palabras claves: Prolapso de Órgano Pélvico, Pesarios, Embarazo, Trastornos del Suelo Pélvico.

ABSTRACT

Introduction: Pelvic organ prolapse is rare during pregnancy and is associated to women with multiple vaginal child births. Pregnant women are not ideal candidates for surgical management of prolapse, making pessaries useful for symptom control with few adverse effects. Due to its low incidence, information reported in literature is derived from case reports and recommendations are extrapolated from non-pregnant patients.

Methodology: Literature review and presentation of cases.

Results: Four cases of pregnant women with pelvic organ prolapse successfully managed with pessaries until the end of pregnancy without presenting serious complications are described.

Conclusions: Pessaries are a safe and effective way to treat symptoms of pelvic organ prolapse during pregnancy.

Keywords: Pelvic Organ Prolapse, Pessaries, Pregnancy, Pelvic Floor Disorders.

INTRODUCCIÓN

El prolapso de órganos pélvicos es una patología muy frecuente con una prevalencia del 25 al 65%^{1,2}. Se estima que aproximadamente el 11% de las mujeres a los 80 años han sido operadas por esta causa³. El prolapso en el embarazo es raro, se reporta en uno de cada 10,000 a 15,000 partos y se asocia principalmente a multíparas^{4,5}. Los pesarios en prolapso tienen una buena tasa de tolerabilidad con pocos efectos adversos que pongan en riesgo el embarazo⁶. De los casos en la literatura, existen dos previamente descritos por nuestro equipo de trabajo en Medellín, Colombia, los cuales se adicionan en esta serie de casos⁷.

Los pesarios brindan soporte intravaginal y reducen el prolapso^{8,9}. Toman importancia en pacientes con preferencia de manejo no quirúrgico, comorbilidades serias que contraindiquen la cirugía y recurrencias, pero teniendo en cuenta que la cirugía de prolapso e histerectomía previa son factores de riesgo para falla en acomodación del pesario^{10,11}. Entre las contraindicaciones para el manejo con pesarios encontramos la infección vaginal y pélvica activa antes de ser tratada, cuerpos extraños expuestos como las mallas, imposibilidad para el seguimiento por riesgo de fístulas con erosión no detectada y en mujeres sexualmente activas la incapacidad de manejar el pesario, aunque se ha reportado que hasta el 90% pueden continuar con su vida sexual¹².

Existen principalmente dos tipos: los de soporte (anillos, de palanca, Gehrung y Shaatz) que pueden ser utilizados en cualquier estadio, son más fáciles de manipular y permiten coito con pesario in situ; y los ocupadores de espacio (Gellhorn, dona, cubo, inflable y esférico) que se usan en prolapsos estadio III y IV según la clasificación POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification System*), son de mayor tamaño por lo que se acomodan a pacientes con aumento de la capacidad vaginal por atrofia del elevador y tienen base ancha que soporta el ápex vaginal o el cérvix. En el embarazo, la mayoría de reportes han utilizado pesarios tipo anillo o Gellhorn, estos no han demostrado diferencias en resultados en paciente no embarazadas¹³. En las pacientes expuestas en el presente reporte, se utilizó este pesario por tener buen

soporte y adecuada tolerabilidad con pocas complicaciones.

Metodología

Se realizó una búsqueda en la literatura en la base de datos PubMed con términos Mesh. Previa aprobación por el comité de ética institucional y diligenciamiento de consentimiento informado, se analizó la historia de cuatro pacientes portadoras de pesario para prolapso de órganos pélvicos durante el embarazo.

Resultados: Descripción de los casos

Paciente 1

Paciente de 37 años en su segundo embarazo, con un parto vaginal previo sin complicaciones. Antecedente de prolapso llevada a colpopexia vaginal con malla Splentis cuatro años antes y obesidad. Se evidencia un prolapso del compartimiento apical estadio III sintomático a las 16 semanas, sin acortamiento cervical. Se decide manejo conservador con pesario después de tratamiento para vaginosis bacteriana. Inicialmente prueba de pesario con Gellhorn el cual no toleró y se decide cambio a anillo con membrana, el cual refiere tolerar sin dolor ni expulsión. Refiere mejoría en la calidad de vida según el cuestionario EQ-5D donde refirió no presentar problemas para movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, sin ansiedad ni depresión y solo moderado malestar, con una escala visual análoga (EVA) de 70 donde 0 es el peor estado de salud imaginable y 100 el mejor. Logra llevar embarazo a término hasta las 39 semanas, portando el pesario sin complicaciones durante seis meses y retirado al momento de inicio de trabajo de parto. Presenta parto vértice espontáneo sin complicaciones con producto de 3.100 gramos y 51 centímetros. En la revisión, la paciente niega sensación de bulto en vagina y al examen físico no se aprecia defecto anterior, apical ni posterior.

Paciente 2

Paciente de 35 años, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos de importancia, en su segundo embarazo con antecedente de un parto vértice instrumentado por falta de descenso, asociado a trabajo de parto prolongado. Presenta sensación de bulto en vagina desde el inicio del embarazo actual. Evaluada a las 11

semanas, se detecta en examen físico un prolapso del compartimiento anterior hasta +3, siendo estadio III según el POP-Q (**Figura 1**) por lo que se decide manejo con pesario vaginal tipo Gellhorn (**Figura 2**). Durante el embarazo presentó mejoría marcada de los síntomas sin efectos adversos significativos y mejoría en la calidad de vida según el cuestionario EQ-5D donde refirió no presentar problemas para movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, sin ansiedad, depresión ni malestar, y una EVA de 80. Se retiró el pesario en la semana 34 por síndrome de parto pretérmino y tuvo parto vértice espontáneo en la semana 36 sin complicaciones.

Paciente 3

Paciente de 37 años en su segundo embarazo, con un parto vaginal pretérmino previo a las 26 semanas, con infecciones urinarias a repetición debidas a presencia de fístula uretero-vesical. Además, con antecedentes patológicos de útero didelfo y extrofia vesical con manejo quirúrgico en la infancia. A las 32 semanas presenta prolapso estadio IV con ulceración del cérvix y disfunción del vaciamiento vesical. Se decide manejo conservador con pesario tipo Gellhorn. Presenta excelente tolerancia con desaparición de los síntomas, solamente manifestaba aumento del flujo vaginal. A las 36 semanas llevada a cesárea por restricción en el crecimiento intrauterino severo, sin complicaciones. En el seguimiento posparto, al examen físico presenta prolapso de compartimiento anterior y apical estadio I asintomático por lo que se decide hacer manejo conservador con rehabilitación del piso pélvico.

Paciente 4

Paciente de 26 años en su quinto embarazo, con cuatro partos vértice espontáneo previos sin complicaciones. Valorada a las 27 semanas de gestación por sensación de bulto en vagina y pérdidas involuntarias de orina con los esfuerzos. Al examen físico de evidencia prolapso de órganos pélvicos estadio IV y ulceración cervical. Se decide manejo conservador con pesario tipo Gellhorn número siete, el cual toleró con desaparición de los síntomas. Como única complicación durante el embarazo, a las 33 semanas presenta disquecia asociada a desplazamiento del dispositivo con compresión rectal, la cual cede con el reposicionamiento del mismo. Se retira el pesario a las 35 semanas por cambios cervicales y se atiende parto vértice espontáneo a las 36 semanas sin complicaciones. En el posparto con persistencia del prolapso estadio IV por lo que se reinserta el pesario

hasta las seis semanas posparto cuando se evidencia prolapso anterior estadio II y se decide manejo con rehabilitación del piso pélvico.

En la **tabla 1** se resumen las características de las cuatro pacientes.

Discusión

Los beneficios del pesario pueden ser extrapolados de pacientes no embarazadas, quienes reportan resolución de los síntomas como bulto y presión vaginal, incontinencia de esfuerzo, dificultad para la micción, incontinencia anal e incremento en la frecuencia sexual y satisfacción^{14,15}. Entre los eventos adversos reportados está la erosión vaginal, aumento del flujo y fetidez, desarrollo de incontinencia urinaria oculta, interferencia con la vida sexual, dificultad para la defecación e infecciones urinarias y vaginales^{8,9,14}. Específicamente durante el embarazo, el prolapso puede ocurrir en cualquier trimestre, pero si se identifica por primera vez, es más frecuente en el segundo o tercer trimestre, en cambio si es preexistente, generalmente resuelve en el segundo trimestre cuando el útero se vuelve abdominal más que pélvico. Fisiopatológicamente se asocia a algunos cambios propios del embarazo como el aumento del cortisol y la progesterona que debilitan los tejidos de sostén e hipertrofia del cérvix^{6,16}. Se asocia a complicaciones en el embarazo como parto pretérmino, infecciones urinarias y en el trabajo de parto como detención en la dilatación, distocia cervical y riesgo de ruptura uterina^{6,17}. No hay guías de manejo para prolapso en pacientes embarazadas por lo que el tratamiento debe ser individualizado según las necesidades de la paciente, estadio de la gestación y gravedad del prolapso¹⁸.

Los pesarios pueden ser una excelente alternativa en estas pacientes que no pueden ser llevadas a cirugía y se reportó en la literatura por primera vez en 1949 por Klawans y Kanter¹⁹. La mayoría de reportes han utilizado el Gellhorn, no se han visto buenos resultados con el pesario tipo anillo ya que se puede protrusión del cérvix por el orificio de este. Al comparar nuestros resultados con la literatura, se observa que la igual que en lo reportado por Kettel et al⁵, Clemons et al⁸ y Mohamed-Suphan et al¹⁷, se presenta buena tolerancia con pocos eventos adversos al utilizar el Gellhorn, teniendo como único evento adverso el aumento del flujo y en otra paciente disquecia que se resolvió con la reacomodación del dispositivo. En la primera paciente expuesta se realizó tratamiento de infección vaginal previo a la inserción

del pesario como es recomendado en la literatura por Clemons et al⁸, al mencionar las contraindicaciones para su uso. Por otro lado, después del seguimiento de las pacientes mencionadas que se realizó mensualmente desde la inserción del dispositivo para descartar infección o erosión vaginal, se logró llevar el embarazo por encima de las 34 semanas en todas las pacientes incluidas. En cuanto al manejo quirúrgico, se ha reportado la realización de colposuspensión laparoscópica en el primer trimestre del embarazo^{20,21}. Asimismo, en el momento del parto se puede recomendar cesárea electiva en caso de edema de cérvix producido por el pesario y en mujeres con paridad satisfecha, se puede plantear la posibilidad de cesárea con histerectomía y colposacropexia abdominal concomitante^{19,22}. Al finalizar el embarazo, se debe plantear un tratamiento adecuado para cada tipo de paciente que va desde rehabilitación del piso pélvico como es planteado en esta serie de casos, pesarios como fue reportado por Hassine et al²³ y hasta manejo quirúrgico definitivo.

CONCLUSIONES

El tratamiento con pesarios para prolapso es barato, efectivo y seguro con pocas contraindicaciones y complicaciones. Son una muy buena opción en pacientes embarazadas con prolapso ya que se prefiere un manejo conservador en estos casos. No hay guías actualmente de tratamiento para esta condición específica, pero se ha demostrado manejo exitoso con estos dispositivos en esta población específica. Se requieren más estudios para comparar la efectividad del uso de diferentes tipos de pesarios y otras terapias.

REFERENCIAS

1. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, Wang W, Schaffer J. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192(3): 795-806. doi: 10.1016/j.ajog.2004.10.602.
2. Nygaard I, Bradley C, Brandt D; Women's Health Initiative. Pelvic organ prolapse in older women: prevalence and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2004; 104(3): 489-497. doi: 10.1097/01.AOG.0000136100.10818.d8.
3. Boyles SH, Weber AM, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188(1): 108-115. doi: 10.1067/mob.2003.101.
4. De Vita D, Giordano S. Two successful natural pregnancies in a patient with severe uterine prolapse: A case report. *J Med Case Rep.* 2011; 5: 459. doi: 10.1186/1752-1947-5-459.
5. Keettel W. Prolapse of uterus during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1941; 42: 121-126.
6. Tsikouras P, Dafopoulos A, Vrachnis N, Iliodromiti Z, Bouchlariotou S, Pinidis P, Tsagias N, Liberis V, Galazios G, Von Tempelhoff GF. Uterine prolapse in pregnancy: risk factors, complications and management. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014; 27(3): 297-302. doi: 10.3109/14767058.2013.807235.
7. 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; 84(9): 601-606.
8. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190(2): 345-350. doi: 10.1016/j.ajog.2003.08.034.
9. Powers K, Lazarou G, Wang A, et al. Pessary use in advanced pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006; 17(2): 160-164. doi: 10.1007/s00192-005-1311-8.
10. Mutone MF, Terry C, Hale DS, Benson JT. Factors which influence the short-term success of pessary management of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 193(1): 89-94. doi: 10.1016/j.ajog.2004.12.012.
11. Maito JM, Quam ZA, Craig E, Danner KA, Rogers RG. Predictors of successful pessary fitting and continued use in a nurse-midwifery pessary clinic. *J Midwifery Womens Health.* 2006; 51(2): 78-84. doi: 10.1016/j.jmwh.2005.09.003.
12. Clemons JL, Aguilar VC, Tillinghast TA, Jackson ND, Myers DL. Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190(4): 1025-1029. doi: 10.1016/j.ajog.2003.10.711.

13. Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, Coates KW, Schaffer JI, Strohbehm K, Handa VL. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 196(4): 405.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2007.02.018.
14. Wu V, Farrell SA, Baskett TF, Flowerdew G. A simplified protocol for pessary management. *Obstet Gynecol.* 1997; 90(6): 990-994. doi: 10.1016/s0029-7844(97)00481-x.
15. Fernando RJ, Thakar R, Sultan AH, Shah SM, Jones PW. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2006; 108(1): 93-99. doi: 10.1097/01.AOG.0000222903.38684.cc.
16. 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. doi: 10.1007/s00192-002-1006-3.
17. Mohamed-Suphan N, Ng RK. Uterine prolapse complicating pregnancy and labor: a case report and literature review. *Int Urogynecol J.* 2012; 23(5): 647-650. doi: 10.1007/s00192-011-1573-2.
18. Guariglia L, Carducci B, Botta A, Ferrazzani S, Caruso A. Uterine prolapse in pregnancy. *Gynecol Obstet Invest.* 2005; 60: 192-194. doi: 10.1159/000087069.
19. Klawans AH, Kanter AE. Prolapse of the uterus and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1949; 57(5): 939-946. doi:10.1016/0002-9378(49)90650-x.
20. Haliloglu-Peker B, Ilter E, Peker H, Celik A, Gursoy A, Gunaldi O. Laparoscopic Sacrohysteropexy in a Woman at 12 Weeks' Gestation. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018; 25(7): 1146-1147. doi:10.1016/j.jmig.2018.01.035.
21. Yildiz MS, Ekmekci E. A laparoscopic procedure for the treatment of uterine prolapse during pregnancy: A case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019; 242: 33-35. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.09.002.
22. Matsumoto T, Nishi M, Yokota M, Ito M. Laparoscopic treatment of uterine prolapse during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1999; 93(5 Pt 2): 849. doi: 10.1016/s0029-7844(98)00494-3.
23. Hassine MA, Siala H. Uterine prolapse in pregnancy. *Pan Afr Med J.* 2015; 22: 188. doi:10.11604/pamj.2015.22.188.8077.

TABLA

Tabla 1. Características de las pacientes

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Edad gestacional al diagnóstico	16 semanas	11 semanas	32 semanas	27 semanas
Compartimiento(s) afectado(s)	Apical	Anterior	Anterior, apical y posterior	Anterior, apical y posterior
Tipo de pesario	Anillo con membrana	Gellhorn	Gellhorn	Gellhorn
Talla del pesario	6	5	5	7
Edad gestacional al parto	39 semanas	36 semanas	36 semanas	36 semanas
Complicaciones	Ninguna	Ninguna	Aumento del flujo	Compresión rectal