

CORRECCIÓN DE HIDROURETERONEFROSIS BILATERAL Y FALLA RENAL AGUDA SECUNDARIA A PROLAPSO UTERINO MEDIANTE PESARIOS VAGINALES. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN.

M.Canto (1), P. Vergara (2), S.Medel (3)

(1) *Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.*

(2) *Becada de de Ob/Gyn, Hospital Clínico San Borja Arriarán.*

(3) *Ginecólogo, departamento de ginecología y obstetricia, Hospital Clínico San Borja Arriarán.*

Resumen

Prolapso de órganos pélvicos (POP) es una de las patologías más frecuentes en mujeres multíparas. Esto afecta la calidad de vida, y se puede asociar a incontinencia urinaria, incontinencia fecal, disfunción sexual e infecciones urinarias a repetición. Los síntomas no son específicos, y no se relacionan la gravedad del prolapso con la severidad de los síntomas. Hidroureteronefrosis aparece con mayor frecuencia en mujeres con POP. Un estudio observacional prospectivo reporto una prevalencia superior al 10,3% (95% CI). Objetivos: Reportar un caso de falla renal aguda e hidroureteronefrosis secundario a prolapso de órganos pélvicos, que fue corregido mediante el uso de pesarios vaginales. Métodos: Reporte de un caso. Resultados: Mujer de 49 años, G2P2A0, con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria mixta desde 2007, en control en unidad de servicio pélvico del Hospital San Borja Arriarán, en espera de resolución quirúrgica. Desde noviembre de 2014, refiere dolor lumbar bilateral, EVA 7/10, irradiado a flancos, con mala respuesta a analgésicos, asociado a edema bilateral de extremidades inferiores y oligoanuria. Ecografía abdominal muestra dilatación de pélvicos renal y de ambos uréteres, sin signos de litiasis. Exámenes: Hb 12,7 g/dl, Gló-

bulos Blancos 10.200/mm³, plaquetas 332.000/mm³, VHS 48, Urea 73 mg/dl, BUN 34,1, creatinina sérica 2,1 mg/dl. Al examen físico se constata prolapso uterino completo (12 cms. afuera de la vagina). Este fue reducido con pesario vaginal donnut número 4, el que fue utilizado por 64 días mientras espera para resolución quirúrgica. No presenta complicaciones relacionadas al uso de este, ni presenta nuevos episodios de infección urinaria. Exámenes de control: Hb 12,3 g/dl, glóbulos blancos 5.500/mm³, plaquetas 268.000/mm³, VHS 8, urea 29 mg/dl, BUN 14,9, creatinina sérica 0,45 mg/dl. Urocultivo negativo. TAC de abdomen y pelvis no muestra signos de hidroureteronefrosis. El pesario fue retirado 3 días previos a la cirugía. Se realizó una histerectomía vaginal con punto de McCall alto, con excelentes resultados estéticos y funcionales. Conclusión: Aunque no hay suficiente información en la literatura, los pesarios vaginales son un método alternativo seguro y barato para el tratamiento de falla renal aguda e hidroureteronefrosis secundaria a prolapso de órganos pélvicos, mientras se espera la resolución quirúrgica definitiva.

Palabras claves: Pesarios, Prolapso de órganos pélvicos, Insuficiencia renal.

BILATERAL HYDROURETERONEPHROSIS AND ACUTE RENAL FAILURE DUE TO PELVIC ORGAN PROLAPSE, RECOVERED BY VAGINAL PESSARY USE. CASE REPORT

Contacto:

Mariana Canto M.

Celular: 66291854.

Mail: mariana.canto.m@gmail.com

Abstract

Pelvic organ prolapse (POP) is one of the most frequent pathologies that affect multiparous women. It affects quality of life, and can be associated to urine incontinence, fecal incontinence, sexual dysfunction and repeated urinary infections. Symptoms are not specific, and there is no linear relationship between the severity of the prolapse and the symptoms. Hydroureteronephrosis appears to be a frequent finding in women with POP. A recent prospective observational study reports an overall prevalence of 10.3% (95% CI). Objective: To report case of acute renal failure and hydroureteronephrosis secondary to pelvic organ prolapse, that was corrected using a vaginal pessary. Methods: Case report. Result: A 49 year old female patient, Gravid 2 para 2, with diagnosis of Pelvic Organ Prolapse and mixed urine incontinence since 2007, in control in the pelvic floor unit of Hospital San Borja Arriarán, registered in the waiting list for surgical resolution. Since November 2014th, with acute, bilateral lumbar pain, VAS 7/10, irradiated to flanks, with bad response to painkillers, associated to bilateral lower extremities edema and oligoanuria. Abdominal ultrasound showed moderate to severe dilation of renal pelvis and both ureters, with no signs of lithiasis. Blood panel: Hemoglobin 12.7g/dl, WBC 10.200/mm³, Plateles 332.000/mm³, VHS 48, Urea 73 mg/dl, BUN 34.1, Serum Creatinine 2,1 mg/

dL. At physical examination she had a total uterine prolapse. Cervix was 12 outside of the vagina. Uterine prolapse is reduced by using vaginal donnut pessary number 4. She used the pessary for 64 days while waiting for surgical resolution. No discomfort was related. There was no evidence of new episodes of urinary infection. Control Blood panel: Hemoglobin 12.3g/dl, WBC 5.500/mm³, Plateles 268.000/mm³, VHS 8, Urea 29 mg/dl, BUN 14,9, Serum Creatinine 0,45 mg/dl. Urine culture was negative. Pelvis and Abdomen CAT scan showed no signs of hydroureteronephrosis. The pessary is withdrawn 3 days before surgical resolution. Vaginal hysterectomy plus McCall culdoplasty was performed with excellent esthetic and functional results. Conclusion: Although there's still not enough evidence in the literature, vaginal pessaries are a secure and non expensive alternative treatment to correct postrenal acute kidney failure and hydroureteronephrosis secondary to pelvic organ prolapse, while waiting for the surgical definitive resolution.

KEYWORDS. Pessaries, Pelvic Organ Prolapse, Renal Insufficiency.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 49 años, con antecedentes de 2 partos vaginales (G2P2A0), enfermedad de basedow graves tratada mediante tiroidectomía subtotal (1998), hipertensión arterial (HTA) en tratamiento, y tabaquismo activo (10 cigarrillos al día). Desde 2007 con diagnóstico de prolapso uterino e incontinencia urinaria mixta, en control en policlínico de piso pélvico de hospital clínico San Borja Arriaran (HCSBA), e ingresada a lista de espera para resolución quirúrgica. Desde noviembre de 2014 refiere cuadro de dolor lumbar bilateral irradiado a flancos, EVA 7/10, tipo punzante, con mala respuesta analgésica, con edema bilateral de extremidades. Consulta en diversos SU, quienes constatan el prolapso uterino, y refieren sintomatología descrita secundaria a esta, otorgando el alta y control con especialista. El cuadro clínico persiste, a lo que posteriormente se agrega fiebre hasta 39°C, disuria, poliaquiuria, tenesmo y urgencia miccional. Consulto nuevamente al SU, donde se solicitó OC compatible con ITU, se otorgó tratamiento antibiótico, y se da alta. Paciente refiere dos cuadros similares a este.

Finalmente el 11 de noviembre de 2014, refiere cuadro de oligoanuria, por lo que consulta en HUAP. Se solicitó ecografía abdominal (imagen 1), donde se describe dilatación moderada a severa de la pelvis y ureteronefrosis bilateral, sin evidencia de litiasis. Exámenes: Hb 12.7 g/dl, leucocito 10.2 mil/mm³, plaquetas 332 mil/mm³, VHS 48. Urea 73 mg/dl, BUN 34.1, ácido úrico 8 mg/dl. Se diagnostica: Hidroureteronefrosis bilateral y oligoanuria secundario a obstrucción de vía urinaria (secundario a prolapso uterino). Se sondeó a la paciente, y se deriva al HCSBA para manejo por ginecología.

Imagen 1.

Ingresa a control en policlínico de especialidad, el 28 de noviembre de 2014, con sonda Foley in situ. Se retiró sonda Foley. Se constata prolapso uterino completo [12 cms. Afuera de la vaginal]. Se reduce prolapso uterino mediante pesario donuts N4 [diuresis 150 cc.]. Se maneja con pesario en espera de resolución quirúrgica.

Uso pesario durante 64 días. Sin evidencia de complicaciones asociado a este, y con buena respuesta clínica. Refiere regresión de la sintomatología previa, sin cuadros de infección urinaria, ni dificultad miccional. Se solicitó TAC de abdomen y pelvis previo a cirugía, el que no muestra signos de hidroureteronefrosis bilateral. Exámenes de control: Hb 12,3 gr/dl, GB 5500/mm³, plaquetas 268.000/mm³, VHS 8, urea 29 mg/dl, BUN 14,9, Creatinina plasmática 0.45 mg/dl. Urocultivo normal.

El pesario fue retirado 3 días antes de la resolución quirúrgica. Se realizó una histerectomía vaginal con punto de MccCall alto. El procedimiento fue llevado a cabo con resultado estético y funcionales excelentes.



Discusión:

El prolapso genital femenino es una de las alteraciones más frecuentes de encontrar secundarias a la disfunción del piso pélvico (1), correspondiendo al motivo de consulta, e indicación quirúrgica más frecuente en la práctica ginecológica diaria (2). Se estima que alrededor de un 11% de las mujeres es sometida a una cirugía de prolapso y/o de incontinencia urinaria en algún momento de su vida (2).

Existen múltiples factores de riesgo involucrados en el desarrollo de patologías del piso pélvico, entre ellos destacan: la edad, edad del primer embarazo (menor de 25 años), múltiples embarazos, el peso del recién nacido por parto vaginal, antecedentes de cirugías en el área, antecedentes de histerectomía, menopausia, uso de terapia de reemplazo hormonal, y aspectos sociales como el menor ingreso económico (3).

El prolapso genital se asocia a complicaciones, tales como: infección urinaria a repetición, incontinencia urinaria de esfuerzo (IOE), y a uropatía obstructiva (4). El grado de prolapso se correlaciona directamente con la severidad de obstrucción urinaria, encontrándose: 5% de incidencia en prolapso grado 1, y un 40% en prolapso grado 5 (5). Esto podría conllevar a hidroureteronefrosis bilateral, con deterioro de la función renal asociada, pudiendo incluso producir la muerte. Es por esto la importancia de diagnóstico precoz y correcto tratamiento (4).

El manejo de prolapso genital puede realizarse mediante uso de pesarios, o procedimientos quirúrgicos, ya sea por vía abdominal o vaginal. (6) El pesario es un recurso útil. Puede usarse como medida correctiva temporal hasta que pueda realizarse un tratamiento permanente, pudiendo ser usados por periodos prolongados. (6)

En la literatura se encuentran múltiples casos de hidroureteronefrosis bilateral secundario a prolapso genital, donde la mayoría opta por manejo quirúrgico, con buena respuesta clínica. Sin embargo, hay casos, donde el manejo con pesarios fue efectivo. Así podemos nombrar el caso reportado por Micha et al, de una paciente de 77 años, con antecedente de prolapso uterino de 5 años de evolución, que ingresa a policlínico de ginecología con prolapso grado 3, asociado a hidroureteronefrosis bilateral, e insuficiencia renal aguda. La paciente fue manejada con pesario, revirtiéndose ambas complicaciones. (7)

Se puede encontrar un estudio retrospectivo que buscan determinar cuál tratamiento (quirúrgico v/s pesarios), es el más óptimo para estas pacientes, donde se concluye que el manejo quirúrgico sería el más adecuado. Sin embargo, los mismos autores destacan el bajo N del estudio, lo que dificulta un análisis estadístico significativo. (8)

Otro caso corresponde a una paciente de 86 años con prolapso uterino total asociado a hidroureteronefrosis bilateral y anuria. Esta paciente fue adecuadamente manejada con pesario. Sus investigadores plantean la inserción de pesario vaginal en pacientes de alto riesgo quirúrgico, obteniendo un manejo efectivo. (9)

Para concluir podemos plantear que el pesario corresponde a una medida efectiva, mínimamente invasiva, de costo considerablemente menor que el tratamiento quirúrgico, con aceptable perfil de seguridad y efectividad. (10) En especial en aquellas pacientes que rechazan la cirugía o tienen contraindicación para esta (9-10). Sin embargo, hay que destacar que el pesario requiere un uso permanente y adecuado, para evitar la progresión de esta complicación, que podría terminar en enfermedad renal crónica terminal.

Referencias

- 1.- Domingo Laiz R., Fernando Urzúa V. Cervico histeropexia sacra con reparación paravaginal. caso clínico. rev chil obstet ginecol 2006; 71[1]: 31-34
- 2.- Barranger E, Fritel X, Pigne A. Abdominal sacrohysteropexy in young women with uterovaginal prolapse: long-term follow-up. Am J Obstet Gynecol 2003; 189[5]: 1245-50.
- 3.- Flores e, Claudia et al. Descripción de la función sexual en mujeres con alteraciones de piso pélvico en un hospital público de Santiago. Rev. chil. obstet. ginecol. 2012, vol.77, n.5, pp. 331-337.
- 4.- Savas et al. Uterine prolapse as a cause of chronic renal failure. Turk Neph Dial Transpl 2014; 23 [3]: 259-261.
- 5.- Hojeong Kang MD, and Sungyob Kim, MD. Obstructive anuria resulting from total uterine prolapse. A case report. Journal of women's medicine. Vol. 3. No 4. December 2010.
- 6.- Sepúlveda J., Quintero E., Mejía M., Correa M.; Alarcón M. Prolapso de la cúpula vaginal. Revisión del manejo médico y quirúrgico.
- 7.- Micha JP., Rettenmaier MA, Clarck M, et al. Successful management of acute renal failure with a vaginal pessary; a case report, Gynecol surg 2008; 5:49-51.
- 8.- Wei-wei Wee, Heng Fox Wong, Lih Charn Lee, How Chuan Han. Incidence of hydronephrosis in severe utero aginal or vault prolapse. Singapore Med J 2013, 54 [3]; 160 - 162.
- 9.-Hojeong Kang, Sungyob Kim.Obstructive anuria resulting from total uterine prolapse: A case report. Journal of women's medicine. Vol 3. No 4. December 2010.
- 10.- Constanza Ralph T., Danisa Ivanovic-Zuvic S., Bernardita Blümel M., Silvana Gonzalez L., Javier Pizarro-Berdichevsky. Uso de pesarios en mujeres menores de 65 años con diagnóstico de prolapso de órganos-pelvianos: estudio de factibilidad. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.79 no.3 Santiago jun. 2014