

INTRODUCCIÓN

La incarceration uterina es una complicación obstétrica en la que el útero se queda enclavado entre la sínfisis del pubis y el promontorio del sacro. Su prevalencia es de 1/3000-10000 embarazos. El momento de máxima prevalencia es entre las 14 a 16 semanas de gestación.

Los factores de riesgo asociados a esta patología son:

- Útero en retroversión
- Episodios previos de incarceration
- Concavidad del hueso sacro acentuada
- Alteraciones uterinas (adherencias uterinas posteriores, miomas, malformaciones uterinas)
- Gestaciones múltiples
- Quistes de ovario

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una gestante de 13+5 semanas que acude a puerta de Urgencias por oliguria de 24 horas de evolución y sensación de tenesmo vesical, junto con dolor en hipogastrio. Refiere ingesta de agua en cantidad normal junto con disminución de la micción espontánea objetivada en domicilio.

Durante la exploración física se palpa el cérvix retropúbico y el fondo de saco posterior se nota ocupado por la retroflexión uterina. En la especuloscopia no se visualiza orificio cervical externo.

En la ecografía transvaginal se visualiza un cérvix alargado y adelgazado, el fondo uterino por debajo del promontorio sacro en el fondo de saco de Douglas, y un globo vesical elongado en la cara anterior. Se realiza un sondaje vesical intermitente en Urgencias para reducir el globo vesical y la paciente es dada de alta a domicilio con control ecográfico en consulta en 7 días.

La paciente vuelve a consultar en puerta de Urgencias 48 horas después, refiriendo dificultad en la micción y dolor hipogástrico más intenso desde que fue dada de alta. En la ecografía transvaginal se vuelven a objetivar los mismos hallazgos descritos anteriormente, por lo que se decide realizar un sondaje vesical permanente, manteniéndolo durante 7 días, junto con control ecográfico posterior.

DISCUSIÓN

El útero se encuentra en posición de retroversión en el 20% de las mujeres. Si al avanzar la gestación el útero no se recoloca adoptando una situación de anteversión y el fondo uterino permanece encajado en el promontorio sacro, al aumentar el tamaño del útero el cérvix asciende contra la sínfisis del pubis empujando con él a la vejiga, quedando atrapado a nivel pélvico y produciéndose la incarceration.

El manejo de esta patología depende de las semanas gestacionales de la paciente.

Antes de las 14 semanas, como en el caso clínico descrito, se opta por un vaciamiento vesical y manejo expectante. Se aconseja realizar un control ecográfico en torno a la semana 16 de forma que si continúa la incarceration se pueda realizar la reducción antes de la semana 20.

Entre las semanas 14 y 20 se recomienda la reducción uterina en todas las gestantes, ya estén asintomáticas o tengan clínica en el momento de la consulta. Se puede realizar una reducción pasiva (posición de Sims), manual bajo sedación o anestesia local/general, colonoscópica (la insuflación de aire que se produce durante en el procedimiento ejerce presión sobre el fondo uterino pudiendo liberarlo o quirúrgica (en el caso de que fallen el resto de procedimientos).

Si la incarceration se diagnostica posterior a la semana 20 se optará por una actitud expectante si la gestante se encuentra asintomática, llevando a cabo un control sintomático y de complicaciones.

Finalmente cabe destacar que el parto vaginal está contraindicado si el útero se encuentra incarcerated. En los casos en que el útero no se ha reducido se recomienda realizar una cesárea programada en la semana 36 mediante una laparotomía media supraumbilical.

BIBLIOGRAFÍA

- Herencia A, Moliner B, Sellers F, Bernabeu R. Incarceración uterina. Guía de práctica clínica SEGO. Prog Obstet Ginecol 2019; 62(4):369-72.
- Aguarón G, Arones M, Moreno R, Nogueira J, González G. Incarceración y torsión uterina en gestante. Prog Obstet Ginecol 2013; 210-2.