



... ..

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN  
SECRETARÍA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

**PROLAPSO UTERINO Y RECTAL:  
ESTADO DE PELVIS FLÁCIDA EN EL  
RECIÉN NACIDO. REPORTE DE CASO Y  
REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD EN:

**CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

PRESENTA:

**DR. RODOLFO OMAR PÉREZ CRUZ**

TUTOR:

**DR. ROGELIO SANCHO HERNÁNDEZ**



CIUDAD DE MÉXICO 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**PROLAPSO UTERINO Y RECTAL: ESTADO DE PELVIS  
FLÁCIDA EN EL RECIÉN NACIDO. REPORTE DE CASO Y  
REVISIÓN DE LA LITERATURA.**



DRA. ROSAURA ROSAS VARGAS  
DIRECTORA DE ENSEÑANZA



DR. MANUEL ENRIQUE FLORES LANDERO  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PRE Y POSGRADO



DR. JORGE MAZA VALLEJOS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA  
PEDIÁTRICA



DR. ROGELIO SANCHO HERNÁNDEZ  
TUTOR DE TESIS

# ÍNDICE

	PÁGINA
Objetivo .....	4
Introducción.....	4
Presentación de caso.....	6
Discusión .....	8
Figuras .....	14
Algoritmo de tratamiento .....	16
Referencias .....	17

# **PROLAPSO UTERINO Y RECTAL: ESTADO DE PELVIS FLÁCIDA EN EL RECIÉN NACIDO. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

## **◆ OBJETIVO**

Reportar un caso de prolapso uterino y rectal, así como recolectar toda la información relacionada disponible y actualizada acerca de esta patología, y establecer un algoritmo para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con dicha patología.

## **◆ INTRODUCCIÓN**

El primer caso de prolapso uterino en un recién nacido fue reportado por Conovius en 1723.<sup>1</sup> Desde entonces se describen los disturbios en la inervación del área genital secundaria a la espina bífida como fundamento fisiopatológico del prolapso de los órganos intrapélvicos.<sup>2</sup> El 86% de los casos de prolapso uterino neonatal se encuentran asociados a mielomeningocele;<sup>3</sup> la pérdida en el desarrollo de los ligamentos o elementos anatómicos de fijación de los órganos pélvicos secundario a la denervación medular del complejo muscular del piso pélvico explican la parálisis flácida y la protrusión de los órganos intraabdominales y pélvicos.<sup>4</sup> La escasez de síntomas con frecuencia retrasan el diagnóstico y

tratamiento oportunos hasta que los signos clínicos de la exploración física exponen evidencia de isquemia, obstrucción, hemorragia e infección de los órganos involucrados agregando morbi-letalidad al pronóstico ya originalmente desfavorable de éstos recién nacidos. Existen menos de 20 casos de prolapso genital neonatal reportados en la literatura, la asociación con mielodisplasia congénita que complica con prolapso rectal es por demás rara y consideramos representa una estadificación severa de un estado de pelvis flácida. Se describe el caso clínico de un recién nacido femenino con mielomeningocele roto que evolucionó con prolapso uterino y rectal refractario al manejo conservador, se describe el tratamiento quirúrgico exitoso que evitó la recurrencia y se propone un algoritmo terapéutico fundamentado en una revisión de la literatura de ésta afección.

## ◆ PRESENTACIÓN DE CASO

Recién nacido femenino de 40 semanas con peso bajo para la edad gestacional, con diagnóstico prenatal en el segundo trimestre de defecto del tubo neural e hidrocefalia congénita compatible con enfermedad de Arnold Chiari tipo II. Obtenida con peso de 3,080 gr, con mielomeningocele roto en región lumbar, pie equino varo bilateral y síndrome clínico de neurona motora inferior, intervenida a los 10 días de vida de cierre de defecto neural lumbosacro y colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal. A los 22 días de vida se advierte protrusión de masa violácea a través del introito vaginal compatible con prolapso genital con exposición de cérvix y segmento inferior del cuerpo uterino así como prolapso rectal grado I con eritema y sangrado escasos y sin respuesta a las múltiples reducciones digitales; el ultrasonido renal y vesical solo muestran pielectasia renal izquierda. Se procede bajo sedación y relajación general a reducción manual del prolapso uterino y se advierte una cavidad vaginal amplia de 5x4x5 cm que permite la inserción de una sonda Foley número 14 con globo insuflado en 5 ml de solución inyectable, quedando alojado de forma intravaginal y posterior fusión parcial de labios mayores con puntos de contención de sutura no absorbible (prolene 2-0) mismos que se mantienen por 15 días; a los 37 días de vida posterior al manejo conservador con el globo intravaginal y la fusión labial se presenta recurrencia del prolapso uterino con edema e isquemia locales y se agrega prolapso rectal grado III a 5cms del margen anal, edematoso y hemorrágico, de espesor total de la pared rectal y con resistencia a la reducción manual por lo que se decide intervención quirúrgica para reducción y pexia de

múltiples órganos prolapsados del estado de pelvis flácida (figura 1). Por medio de un abordaje suprapúbico intraperitoneal se procede a pexiar con sutura no absorbible la pared anterior del útero a la porción posterior de la pared vesical, se fija la porción cervical posterior a la pared pélvica y finalmente la pared posterior rectal es pexiada a la fascia presacra adyacente, se coloca nuevamente el balón intravaginal y la fusión labial parcial en el posquirúrgico inmediato los cuáles son retirados al quinto día post operatorio con evolución satisfactoria y sin recurrencias a 3 meses de seguimiento con profilaxis antibiótica, cateterismos limpios intermitentes y oxibutinina para el manejo de vejiga neurogénica (figura 2)

## ◆ DISCUSIÓN

El prolapso deriva del latín *prolapsus* y se refiere al deslizamiento de una víscera fuera de sus cavidades o disposiciones naturales; el prolapso genital puede ocurrir dentro de los compartimentos anterior, medio o posterior de la cavidad pélvica. En el anterior existe prolapso de la uretra o la vejiga, o ambos, dentro de la vagina (uretro o cistocele); en el medio el útero o el intestino (enterocele) pueden prolapsar dentro del fondo de saco de Douglas y en el posterior el recto es prolapsado dentro de la vagina (rectocele).<sup>5</sup> El prolapso genital es usualmente una condición asociada a la multiparidad en la mujer menopáusica, su presentación en el periodo neonatal es raro y cuando éste ocurre se encuentra asociado a malformaciones del sistema nervioso central.<sup>6</sup> El prolapso genital para su abordaje se divide en origen primario de etiología congénita que condiciona pelvis flácida y anomalías en los tejidos de soporte y sustentación, y las causas secundarias relacionados con trauma al nacer, trabajo de parto prolongado, aumento de la presión intraabdominal, deformidades esqueléticas de la pelvis o anomalías de la cervix en donde se presume un sistema de soporte y de fijación normales.<sup>7</sup> Nuestro reporte corresponde a las causas primarias asociadas a malformaciones medulares congénitas donde la inervación sacra anormal conlleva un desarrollo deficiente del complejo muscular del piso pélvico y de los músculos elevadores del ano que son el principal soporte primario de los órganos pélvicos.<sup>8</sup> El diagnóstico clínico puede advertirse como la protrusión rosa o violácea de una masa a través del introito vaginal donde puede ser apreciado el orificio cervical externo de la cervix, el diagnóstico diferencial de una masa

interlabial en la etapa neonatal incluyen al pólipo vaginal, prolapso uretral, quistes parauretrales y el rhabdomyosarcoma botroide.<sup>9-10</sup> Posterior a la reducción digital la ultrasonografía inicial confirma el diagnóstico y permite evaluar complicaciones o alteraciones anatómicas asociadas como la hidronefrosis obstructiva o la vejiga neurogénica retencionista o espástica asociadas;<sup>11</sup> sugerimos realizar en todos los casos con exámenes generales de orina y urocultivos negativos una uretrocistografía retrógrada y post miccional (UCGM) como parte del abordaje urológico inicial que requerirán estos pacientes en el futuro. La resonancia magnética al ser solicitada para documentar la extensión y gravedad de las anomalías espinales amplía también los diagnósticos diferenciales a descartar.<sup>9</sup>

En las niñas es más frecuente el prolapso genital hacia los orificios naturales como el introito vaginal, y en los pacientes portadores de una espina bífida o mielomeningocele la parálisis flácida del piso pélvico podría favorecer un estado al que denominaremos de pelvis flácida donde los órganos pélvicos y abdominales inferiores podrían complicar con prolapso genital y rectal concomitantes. Aunque Dewhurts describió la asociación del prolapso genital y rectal en pacientes con extrofia vesical favorecidos por la debilidad de la pared abdominal y la disposición anterior del ano, el sustrato fisiopatológico en el paciente con mielodisplasia obliga a una corrección neuroquirúrgica temprana y a una rehabilitación estrictamente multidisciplinaria: neurológica, urológica, ginecológica y quirúrgica pediátricas.<sup>4,12</sup>

Las simples o múltiples reducciones digitales del útero prolapsado han mostrado utilidad en aquellas etiologías secundarias no neurológicas;<sup>4,13-14</sup> cuando los tejidos se encuentran ulcerados y edematizados la aplicación local de compresas salinas hipertónicas seguidos de la reducción digital de la masa prolapsada con la

fusión parcial de los labios mayores con sutura no absorbible ha mostrado éxito en el manejo conservador inicial.<sup>4,15</sup> Las causas neurogénicas, primarias, tienden a la recurrencia y extrapolada de la experiencia en adultos se han propuesto el uso de pesarios manufacturados con una pulgada de drenaje de Penrose o silicona estériles enrollados y fijados a manera de dona con sutura no absorbible<sup>16</sup>, el cuál es referido por la misma sutura para facilitar su remoción después de una semana alojada en la cavidad vaginal;<sup>17</sup> la vaginitis asociada a pesar de la impregnación con ungüento antibiótico ha limitado el uso de éste procedimiento; la colocación de un chupón succionador en el interior de la vagina fijado con cinta adhesiva al periné o la introducción de un tapón vaginal de gasas lubricadas con posterior retiro a las 48 hrs de su colocación representa otra opción conservadora con un mínimo riesgo de hemorragia e infección reportados, en la práctica representan opciones temporales para prevenir la hemorragia, ulceración y edema asociados en espera de un tratamiento definitivo mientras se identifican otros defectos anatómicos genitourinarios con apoyo de la ultrasonografía pélvica o la UCGM.

4,18-19

Cuando las medidas conservadoras iniciales fracasan, se han propuesto opciones semi-conservadoras con apoyo de sedación y anestesia general para facilitar la reducción digital y la colocación de un sonda Foley con globo insuflado dentro de la cavidad vaginal el cual es complementado con la colocación de puntos de sutura no absorbible para la fusión parcial de los labios mayores tal como fué expuesto en nuestro reporte;<sup>20-21</sup> la sonda con globo y los puntos de la sutura labial los retiramos en 15 días, prolongar éste retiro agrega morbilidad y podría enmascarar la recurrencia del prolapso por los puntos de contención labial.

La histerectomía y la amputación cervical representan opciones históricas para un prolapso genital neonatal refractario a opciones quirúrgicas de menor morbilidad o donde la preservación de la fertilidad no representa un factor para la toma de decisiones futuras.<sup>4</sup> Las técnicas de abordaje transvaginal aplicadas a la mujer joven como la intervención de Manchester (plicatura de los ligamentos cardinales y uterosacros con amputación parcial de la cérvix) ó la fijación del ligamento sacroespinoso ,no representan opciones prácticas en el recién nacido en donde la reducción en la fertilidad y la amenaza de parto pretérmino y distocias en la vida reproductiva futura son frecuentes; el enterocele y la recurrencia son también complicaciones referidas.<sup>22-25</sup> Aunque la vida reproductiva futura de éstos pacientes es cuestionable debe considerarse la morbilidad agregada por éstos procedimientos. Los abordajes abdominales suprapúbicos con suspensión de la cérvix a la pared anterior vaginal, la histeropexia posterior de la cérvix a los ligamentos redondos uterinos o la histero-sacro-pexia con o sin colocación de malla en el compartimento posterior representan opciones con buenos resultados anatómicos y sin recurrencias.<sup>26-28</sup> Es probable que el abordaje laparoscópico no agregue ventajas sobre el abierto.

Varias técnicas de fijación a través de un abordaje suprapúbico que consideren la suspensión ventral uterina (puntos de sutura no absorbible que sujetan la pared anterior del útero a la pared posterior vesical) y la sacro-cervico-pexia, representan como en nuestro caso, un excelente abordaje con mínimo riesgo de recurrencia y nuestra recomendación de tratamiento quirúrgico en el neonato y la infancia temprana refractarios a las medidas conservadoras iniciales.<sup>29</sup>

El prolapso rectal obliga a determinar y controlar el agente causal involucrado: incremento de la presión intraabdominal, diarrea aguda y crónica, infestación parasitaria, neoplasias rectales, desnutrición, fibrosis quística, hipotiroidismo, enfermedad de Ehler-Danlos y de Hirschsprung, abuso sexual y como ocurrió en nuestro reporte los desórdenes neuromusculares. El prolapso rectal es clasificado en tres tipos: Tipo I: únicamente la protrusión de la mucosa redundante, falso prolapso; Tipo II: invaginación, el prolapso ocupa el ámpula rectal pero no se continúa al canal anal, se acompaña de incontinencia fecal y ulceraciones mucosas; y tipo III: prolapso rectal completo, incluye todo el espesor de la pared rectal prolapsada y existe herniación al fondo de saco de Douglas, representa el tipo más frecuente;<sup>30</sup> otras asociaciones como la hernia inguinal bilateral, la hernia umbilical y las anomalías esqueléticas deben ser reconocidas.

Para el tratamiento quirúrgico del prolapso rectal aislado se han propuesto la recto-sacro-pexia por abordaje sagital posterior mínimo (resección del cóccix, suspensión y fijación del recto al sacro con sutura no absorbible y aproximación del complejo muscular elevador del ano a la línea media),<sup>31</sup> y esto cuando los agentes causales han sido identificados y tratados y otras medidas conservadoras como la aplicación de compresas salinas con reducción digital, la aplicación de azúcar tópica y la escleroterapia perirectal han fallado;<sup>32-33</sup> no obstante, en el contexto de una mielodisplasia con un estado de pelvis flácida de órganos múltiples como el útero y el recto de nuestro reporte, el abordaje suprapúbico permitió practicar una sacro-recto-pexia posterior para el tratamiento quirúrgico mixto de éstas dos entidades sin recurrencias ni complicaciones. Se propone un

algoritmo para el abordaje diagnóstico y terapéutico del prolapso genital y estado de pelvis flácida del recién nacido (figura 3).

## FIGURAS



**Figura 1.** Prolapso genital. A: protrusión de la cervix y segmento inferior del útero con cambios isquémicos; B: cavidad vaginal amplia posterior a la reducción digital simple; C: manejo conservador inicial con sondeo del meato uretral, inserción de sonda Foley (amarilla) con globo insuflado en cavidad vaginal y fusión de labios mayores con sutura no absorbible; D: recurrencia de prolapso genital posterior al retiro de puntos labiales de contención con prolapso rectal grado III agregado al estado de pelvis flácida



**Figura 2.** Tratamiento quirúrgico. A: pexia de la pared anterior del útero (au) a la pared posterior vesical (pv); B: pexia de la pared posterior rectal (pr) a la fascia presacra (fp); C: posquirúrgico inmediato con globo intravaginal y fusión parcial de labios mayores; D: a 3 meses sin recurrencias de órganos prolapsados



Figura 3. Algoritmo de manejo en prolapso genital y estado de pelvis flácida neonatal.

## ◆ REFERENCIAS

- 1.- Noyes IH. Uterine prolapse associated with spina bífida in the newborn, with report of a case. *Am J Obstet Gynecol* 1927;13:209-213
- 2.- Ballantyne JW, Thomson J. Congenital prolapses uteri with two illustrative cases. *Am J Obstet* 1897;35:161-175
- 3.- Findley P. Prolapse of the uterus in nulliparous women. *Am J Obstet Dif Wom* 1917;75:12-21
- 4.- Loret De Mola JR, Carpenter SE. Management of genital prolapse in neonates and Young women. *Obstet Gynecol Sug* 1996;51:253-260
- 5.- Thakar R, Stanton S. Management of genital prolapse. Clinical Review. *Brit Med J* 2002;324:1258-1262
- 6.- Shuwarger D, Young RL. Management of neonatal genital prolapse: case reports and historic review. *Obstet Gynecol* 1985;66(suppl 3):61-63
- 7.- Malpas P. The etiology of genital prolapse. In: Malpas P, editor. *Genital prolapse allied conditions*, chapter 2. London: Harvey and Blythe;1955:31-38
- 8.- Bader D, Davidovitch M, Berger A. In: Bergen A, editor. *Genital prolapse in a preterm female infant*. *J Perinatol* 1993;13:159-161
- 9.-Ashiery AS, Desouki NM, Abd alaal NA. Use of Foley catheter for management of neonatal genital prolapse: case report and review of the literature. *J of Pediat Surg* 2006;41:449-52
- 10.- Porges RF. Neonatal genital prolapse in a newborn baby. *Br Med J* 1961;5231:1011-1012

- 11.- Lockwood G, Durkes C, Groth T. Genital prolapse causing urinary obstruction and hydronephrosis in a neonate: a case and review of the literature. *J of Neonat Surg* 2012;1(3):39-42
- 12.- Dewhurst J, Toplis PJ, Shepherd JH. Ivalon sponge hysterocropexy for genital prolapse in patients with bladder extrophy. *Br J Obstet Gynaecolo* 1980;87:67-69
- 13.- Bayatpour M, McCann J, Harris T. Neonatal genital prolapse. *Pediatrics* 1992;90:465-466
- 14.- Vega MR, Fernández E, Martínez O. Prolapso genital en recién nacido. *An Esp Pediatr* 1993;38:77-78
- 15.- Ajabor LN, Okojie SE. Genital prolapse in the newborn. *Int Surg* 1976;61:496-497.