

Prolapso de uretra en una paciente pediátrica

Urethral prolapse in a pediatric patient

Dres. Ameri, C.;
Villasante, N.;
Ríos Pita, H.;
Richards, N.;
Contreras, P.

INTRODUCCIÓN

El prolapso de uretra en mujeres de edad prepuberal es una entidad poco frecuente; cuando se presenta, la misma es característica de la raza negra, en la raza blanca son casos de excepción.

Solingen en 1732 fue el primero en describir esta patología, que se caracteriza por ser un cuadro benigno donde se produce, en forma brusca, la eversión de la mucosa uretral por el meato; puede presentar diversos grados de complejidad, su etiología y patogenia no han sido aún definitivamente aclaradas, sólo se mencionan varias hipótesis.¹

Por tratarse de una entidad poco frecuente en una paciente prepuberal de raza blanca presentamos nuestro caso y revisamos la bibliografía.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 8 años de edad que consulta por una tumoración indolora que protruye por la vagina y sangrado genital de comienzo brusco.

Entre los antecedentes personales refiere constipación y episodios de alergia respiratoria.

El cuadro clínico que presenta es un sangrado de poca magnitud, pero constante por vagina, disuria y micción de apremio.

Al examen físico es una paciente de aspecto asténico, a nivel vaginal se halla una protrusión que sale por vagina y que la ocluye totalmente, color rojo brillante con algunas zonas de cianosis, consistencia blanda y no dolorosa a la palpación. No se observan lesiones que se pudieran atribuir a traumas sexuales.

Se indica un examen bajo anestesia donde se realiza una cistoscopia con el objeto de descartar patología endovesical que fuera causa del prolapso o bien descartar otra entidad como un ureteroceles prolapsado. El estudio endoscópico fue normal.

Se solicitó urocultivo que fue negativo y la ecografía renal fue normal.

Con diagnóstico definitivo de prolapso de uretra total y complicado se indica tratamiento quirúrgico, el mismo no es aceptado sin agotar antes la instancia conservadora, por lo cual se inicia tratamiento médico con gentamicina crema local, hielo, antiinflamatorios y baños de asiento.

Con dicho tratamiento la paciente mejoró el cuadro local disminuyendo el grado de inflamación y las zonas de cianosis, cedió la hemorragia y superó los trastornos miccionales en 1 semana, con ello la familia decidió esperar ante la posibilidad quirúrgica.

A los 10 días se reagudizó el cuadro con trastornos miccionales (micción de apremio y polaquiuria) a pesar de continuar con el tratamiento y haber cedido notoriamente el volumen del prolapso, se reitera la indicación quirúrgica, la cual es aceptada.

La técnica quirúrgica consistió en colocar una sonda vesical para ejercer una leve tracción, esto permite delimitar la zona de la mucosa prolapsada y el tejido sano, a ese



Foto 1. Imagen que muestra la mucosa uretral prolapsada con severo edema y cianosis, tapa totalmente el introito vaginal.



Foto 2. Imagen que demuestra que la patología es uretral, ya que se puede ver que la vagina está sana.



Foto 3. Se puede ver el prolapso de uretra reducido luego del tratamiento médico, pero que no permitió resolver definitivamente el cuadro y con esta imagen se operó.

nivel se comienza a reseca la mucosa redundante en forma escalonada para ir colocando puntos desde la mucosa uretral al introito vaginal, de esta manera se evita que se introduzca la mucosa sana dentro de la vejiga y queda finalmente toda la circunferencia de la uretra marsupializada.

Se dejó sonda vesical por 48 horas y se indicó el alta a las 72 horas.

Cursó buen postoperatorio, presentó a las 48 horas del alta retención aguda de orina que se evacuó sin dejar sonda permanente y no repitió el episodio.

La histopatología informó epitelio uretral con cambios inflamatorios inespecíficos.

El control clínico a los 6 meses no evidenció complicaciones.

DISCUSIÓN

El prolapso de uretra es una patología predominante de la raza negra, *Jerkins y col.*¹ presentaron una serie de 40 casos de los cuales 36 (90%) fueron de raza negra y solamente 4 de raza blanca, la edad se distribuyó entre 1 y 9 años con una media de 4 años y medio, nuestra paciente era de raza blanca y de 8 años.

*Rudin y col.*² presentaron la experiencia en 58 mujeres blancas en edad de 1 a 10 años, con picos de frecuencia entre 3 y 5 años y 5 y 9 años, dicha frecuencia se caracteriza por ser etapas de crecimiento rápido.

La forma de presentación más frecuente es el sangrado vaginal constante, pero de escasa magnitud, puede estar solo o asociado con síntomas urinarios como disuria, polaquiuria y micción de apremio; incontinencia y retención aguda de orina en casos de excepción, también puede haber dolor en el introito vaginal, poco frecuente, y casos asintomáticos; nuestra paciente presentaba sangrado vaginal, micción de apremio y polaquiuria, presentación clínica coincidente con la más frecuente que se manifiesta en la bibliografía.^{1, 2, 3}

En la población pediátrica el 90% son de raza negra y en las adultas el 86% son de raza blanca, de manera que no se puede definir una predisposición genética o racial.⁵

El prolapso puede ser parcial o total y el total puede ser complicado o no. El parcial es el menos frecuente, 30% (17/58 casos), se caracteriza porque la protrusión de la mucosa se exterioriza en una porción de la circunferencia del meato uretral, generalmente en la mitad inferior; la total no complicada es la más frecuente, 70% (41/58 casos), aquí la protrusión de la mucosa es en toda la circunferencia del meato uretral, cuando presenta zonas con úlcera, infección, necrosis, trombosis vascular, edema severo, si tapa el introito vaginal o pro-

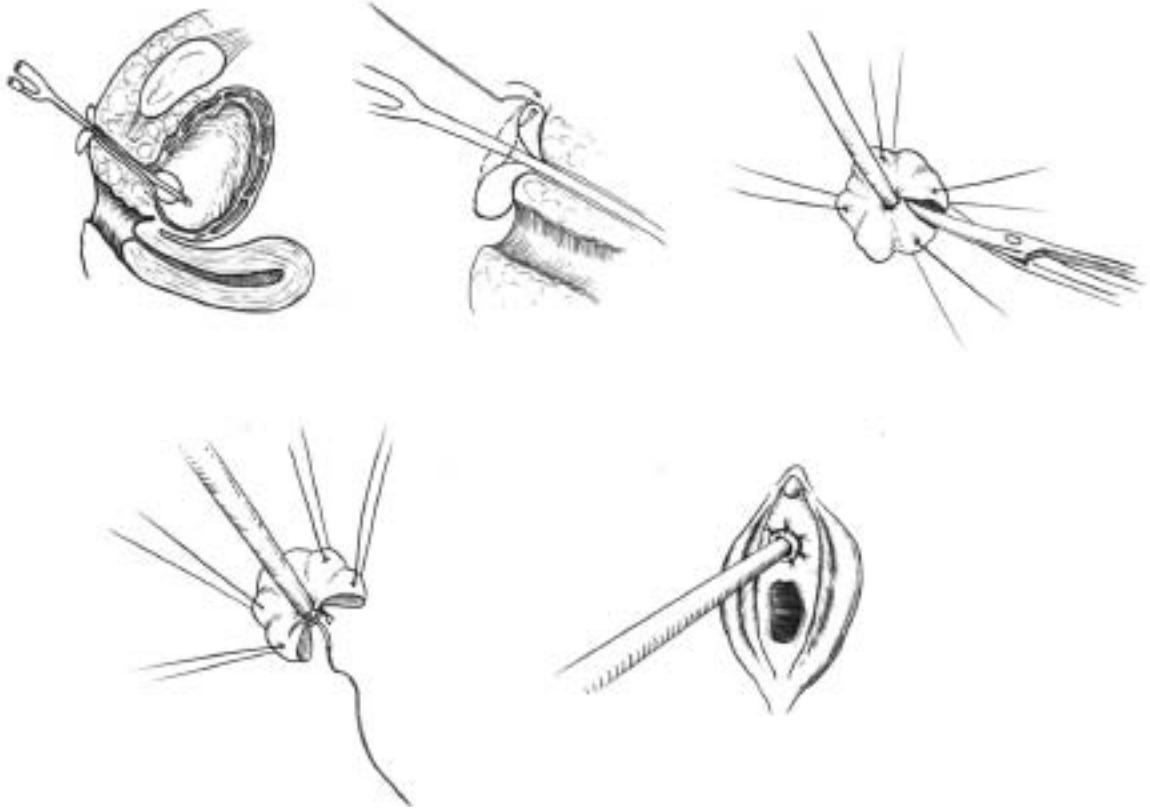


Figura 1. Esquema de la técnica quirúrgica realizada. a) Se coloca sonda vesical, b) Se tracciona de la sonda para individualizar uretra sana, c) Se comienza a seccionar la uretra prolapsada, d) La resección de la uretra enferma se hace escalonada y para evitar que la mucosa sana se introduzca en la vejiga se van colocando puntos de uretra a introito vaginal en la misma forma escalonada, e) Finalizada la cirugía se puede ver la mucosa uretral marsupializada.



Fotos 2 a,b,c. Imágenes que muestran la técnica quirúrgica descrita en los esquemas.

duce retención aguda de orina ésta se considera complicada, representa el 34% (14 de 41) de los casos totales, en nuestro caso era un prolapso total y complicado, ya que tapaba el introito vaginal y presentaba pronunciado edema con zona de cianosis.²

La etiología y patogenia no está clara, se postulan varias hipótesis, una refiere un desproporcionado crecimiento óseo en relación con el crecimiento de los ór-

ganos pelvianos, ello se justifica ya que los picos de frecuencia se producen en períodos de mayor crecimiento, entre los 3 y 5 años o de 5 a 9 años; otras refieren debilidad del diafragma urogenital en pacientes asténicos, falta de solidificación entre la mucosa y submucosa uretral, desarrollo de altas presiones intraabdominales por constipación o cuadros respiratorios, infección urinaria, abuso sexual, movilidad uretral por débil sos-

ten pelviano, mucosa redundante; nuestra paciente presentaba como antecedente ser constipada y tener aspecto físico de astenia, ambas características mencionadas en la bibliografía.

Esta entidad no suele acompañarse de otras alteraciones del árbol urinario, coincide con nuestro caso donde tenía ecografía normal, cistoscopia normal y el examen de orina fue negativo para infección.

El diagnóstico suele hacerse sin complicaciones con el cuadro clínico y el examen físico, en casos de duda se puede realizar una cistoscopia para descartar patología intravesical como un ureteroceles prolapsado, otros diagnósticos diferenciales son carúncula, pólipo uretral, condilomas y sarcomas.^{1,3}

En la paciente que presentamos la manifestación clínica fue patognomónica, sangrado vaginal de poca magnitud pero constante, micción imperiosa y polaquuria, al examen la protrusión uretral ocluía totalmente el introito vaginal y presentaba un severo edema con áreas de cianosis; se le realizó una cistoscopia que no mostró patología intravesical, con la cual confirmamos definitivamente el diagnóstico de prolapso total; la ecografía no aportó nuevos elementos al diagnóstico y confirmó que este cuadro no se acompañaba de otra patología del árbol urinario como lo refiere la bibliografía.

El tratamiento puede ser médico o quirúrgico.

La terapéutica conservadora consiste en medidas locales antiinflamatorias para intentar disminuir el prolapso, de tal forma, que permita a la mucosa reintroducirse a su posición anatómica, las mismas consisten en cremas con antibióticos y estrógenos, baños de asiento, catéter uretral y antiinflamatorios por vía bucal; este tratamiento conservador tiene bajo índice de resultados positivos y si los tuviese cuenta con alta tasa de recidiva (*Jerkins* 67%) de manera que actualmente se prefiere el tratamiento quirúrgico.^{1,5}

Dentro del tratamiento quirúrgico desde el año 1920 se postularon diversas técnicas como la reducción suprapúbica y uretropexia (*Hepburn* 1920 y *Devine* 1980), cirugía muy compleja en relación con el grado de la patología; otras técnicas apuntan a la resección de la mucosa redundante y se postulan varias posibilidades como realizar una ligadura sobre una sonda vesical a nivel de la mucosa sana para que espontáneamente se necrose y se desprenda la mucosa prolapsada, se ha dejado de hacer debido a que provoca intenso dolor; la resección con electrocauterio o criocirugía, ambas tienen

alto índice de estenosis; la incisión a nivel del anillo que comprime la mucosa de manera que al disminuir la compresión vascular disminuye el edema de la mucosa y de esa manera permite reintroducirse la mucosa a su posición normal y finalmente la técnica por nosotros utilizada que consiste en colocar un catéter uretral para permitir tirar de esta sonda, con lo cual se logra delimitar el tejido sano del enfermo y se procede en ese límite a la resección de la mucosa prolapsada en forma escalonada, es decir en cada punto de sección se van colocando puntos marsupializando la mucosa sana al introito vaginal y así de esta forma evitar que se introduzca la mucosa espontáneamente hacia el interior de la vejiga, situación que puede ocurrir si se reseca de una vez todo el prolapso.^{6,7}

En el caso que presentamos comenzamos con medidas locales conservadoras, con lo cual logramos disminuir los síntomas locales con una aceptable reducción del prolapso, con ello se pudo realizar la resección quirúrgica identificando sin dificultades el límite entre el tejido sano y el enfermo.^{4,5}

Como complicaciones se mencionan estenosis de meato o de uretra, no se mencionan en la bibliografía recidivas luego del tratamiento quirúrgico, nuestra paciente no presentó complicaciones hasta los 6 meses de control.

La histopatología de la mucosa reseca es inespecífica y sólo nota trombosis y dilatación venosa y epitelio transicional que es el epitelio de la uretra proximal que se ha protuido.^{2,3}

BIBLIOGRAFÍA

1. Jerkins G.R., Verheek K. y Noe N: Treatment of Girl with Urethral Prolapse. *J Urol* 132: 732; 1984.
2. Rudin JE, Geldt VG, Alekseev EB: Prolapse of Urethral Mucosa in White Female Children: Experience with 58 Cases. *Journal of Pediatric Surgery* 32: 423; 1997.
3. Lowe FC, Hill GS, Jeffs RD y Brendler CHB: Urethral Prolapse in Children: Insights Into Etiology and Management. *J Urol* 135: 100; 1986.
4. Redman John: Conservative Management of Urethral Prolapse in Female Children. *Urology* 19: 505; 1982.
5. Richardson DA y col.: Medical treatment of urethral prolapse in children. *Obst Gynec* 59: 69; 1982.
6. Owens SB y Morse WH: Prolapse of the female urethra in children. *J Urol* 100: 171; 1968.
7. Turner RW: Urethral prolapse in female children. *Urology* 2: 530; 1973.