

## CASO CLÍNICO

# Prolapso parcial de mucosa uretral en niñas. Revisión de dos casos clínicos y propuesta de un nuevo abordaje quirúrgico

## *Partial prolapse of the urethral mucosa in young girls: review of two cases surgically treated by a new approach*

Antonio Martínez Casas<sup>1</sup>, Alfonso Porfirio Rosales Morán<sup>2</sup>

### Resumen

**Introducción:** El prolapso de la mucosa uretral en niñas es una entidad rara, que se presenta con mayor frecuencia en pre-púberes de raza negra, entre 3 y 10 años, pero también en otras razas. Se acompaña con frecuencia de constipación, infección urinaria y sangrado vaginal. Se clasifica en circular y parcial y se ha reportado el manejo quirúrgico para el prolapso tipo circular con la técnica de Kelly-Burnham.

**Casos:** Se presenta el caso de dos lactantes femeninas de raza latina, de 9 y 19 meses de edad, con diagnóstico de prolapso de la mucosa uretral tipo parcial, corregidas quirúrgicamente con resección de la mucosa prolapsada y sutura de la mucosa restante con vicryl 3-0, bajo anestesia general en el Hospital General de Gómez Palacio.

**Conclusiones:** Se trataron quirúrgicamente dos lactantes femeninas con prolapso de la mucosa de uretra tipo parcial, con un abordaje quirúrgico no publicado en la literatura, con buenos resultados en las dos pacientes sin haber presentado complicaciones postoperatorias ni recidiva un año después.

**Palabras clave:** prolapso de mucosa uretral, tipo parcial, abordaje quirúrgico.

### Abstract

**Background:** Prolapse of the urethral mucosa in young girls is an uncommon condition. It occurs most often in prepubertal black girls between 3 and 10 years old, but it also occurs in other races. Constipation, urinary infection and vaginal bleeding accompany this pathology. It is classified as circular or partial. We report the surgical performance for the circular type of prolapse using the Kelly Burnham technique.

**Case report:** We report the cases of partial urethral prolapse in two Latino children of 9 and 19 months old who were surgically treated by excision of the prolapsed mucosa and suture of the remaining mucosa with vicryl 3-0. Surgery was performed under general anesthesia at Gómez Palacio General Hospital in Durango, Mexico.

**Conclusion:** Partial urethral prolapse in young girls surgically treated using a different approach has not been published in the literature. The procedure obtained favorable results in both patients and there were no post-operative complications. After 1-year of follow-up, there were no recurrences.

**Key words:** mucosa urethral prolapse, partial type, surgical approach.

www.medigraphic.com

<sup>1</sup>Cirujano Pediatra, Servicio de Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Patólogo, Servicio de Patología. Hospital General, Gómez Palacio, Durango, México.

Fecha de recepción: 30-06-2008

Fechas de aceptación: 22-09-2008

## Introducción

El prolapso de la mucosa uretral es una patología benigna y rara que se presenta con más frecuencia en niñas pre-púberes de raza negra, aunque también se presenta en otras razas.<sup>1-4</sup> Es la evasión de la mucosa distal de la uretra a través del meato externo.<sup>1,3,5</sup> Se ha descrito en edades entre 1.5 a 10 años y más comúnmente entre 3 a 5 y 5 a 9 años.<sup>1,2-6</sup> La etiología propuesta incluye una inadecuada unión muscular perineal, pobre unión entre las capas musculares de la uretra, en asociación con periodos de aumento de presión intraabdominal.<sup>1-8</sup> El diagnóstico diferencial se hace en niñas con sangrado vaginal y masas en vulva, sangrado por traumatismo, ureterocele prolapsado, condiloma, quiste peri-uretral, pólipos y sarcoma botrioides. El prolapso ha sido clasificado en cuatro grados dependiendo de la extensión de la masa e intensidad de la inflamación.<sup>1</sup> El tratamiento médico propuesto ha sido baños de asiento y aplicación local de crema de estrógenos al 0.5% o ungüentos con antibióticos.<sup>1-6</sup> La cirugía está indicada cuando el tratamiento conservador no es efectivo, cuando hay recurrencia del prolapso y desarrollo de complicaciones, como necrosis de la mucosa prolapsada.<sup>1-4</sup> Se ha reportado la resección quirúrgica con la técnica de Kelly-Burnham en el prolapso circular, que consiste en introducir en la uretra una sonda de espesor de acuerdo a la edad de la paciente; luego se colocan referencias en los cuatro puntos cardinales, se incide entre las suturas de referencia hasta el inicio de la mucosa prolapsada y se suturan los bordes con catgut crómico, escindiendo con pequeños cortes, seguido inmediatamente de la reconstrucción de los bordes hasta resecar totalmente la mucosa.<sup>1,3</sup>

Proponemos un abordaje con resección de la mucosa prolapsada y sutura de la mucosa restante con vicryl 3-0, en la tipo parcial que no encontramos reportado en la literatura.

## Presentación de casos

### Caso 1

Una lactante menor femenina de 9 meses de edad, vista en la consulta externa de pediatría, con ante-

cedente de constipación crónica e infección de vías urinarias, había recibido múltiples tratamientos con antibióticos, agregando molestias al orinar y manchado del pañal con secreción amarilla en escasa cantidad; a la exploración se le encuentra con buenas condiciones generales, peso y talla en límites normales para su edad. A nivel de genitales se encuentra pequeña masa de coloración rojiza en el borde posterior del orificio externo de la uretra, que ocupa la parte central del introito vulvar y dos tercios de su longitud antero posterior. Por la evolución clínica y exploración física se descarta condiloma, quiste parauretral y pólipos. Se solicita ultrasonograma pélvico, que se reporta sin neoformaciones en útero ni piso pélvico, sólo una masa que depende de la uretra, por lo que se piensa en la posibilidad de prolapso. Se inicia tratamiento a base de estrógenos en ungüento aplicado localmente y baños de asiento 2 veces al día por 4 semanas, sin respuesta. La masa permanece del mismo tamaño, por lo que se interviene quirúrgicamente bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia de la región; en posición ginecológica, se coloca sonda de Foley No. Fr. 8 para confirmar la situación posterior de la masa en relación al orificio de la uretra y se retira, luego se procede a resecar la masa en la misma posición, se incide el borde postero-inferior de la masa y sobre el defecto de la mucosa se sutura con punto continuo de vicryl 3-0 en toda su longitud, que fue de 8 milímetros. En el postoperatorio se administran analgésicos y antiséptico urinario por 72 horas. Tuvo micción dos horas después de la cirugía, con buena evolución post operatoria y sin complicación. El seguimiento a un año con buena evolución.

### Caso 2

Lactante mayor femenina de 1 año 7 meses de edad que ingresa al Servicio de Urgencias con dolor intenso y sangrado a nivel de vulva, la madre nota la tumoración ese día. A la exploración se encuentra la tumoración redonda de color rojo, pequeñas áreas oscuras, de 5 centímetros en su diámetro mayor, que ocupan toda la región vulvar. Se

efectúan estudios pre-operatorios que se encuentran en límites normales. En sus antecedentes se encontró que presentó sangrado vaginal al nacimiento durante dos días, cursó con constipación desde los tres meses de edad, evacuando cada dos o tres días, por lo que recibió tratamiento médico. Cursó con infección urinaria de tres meses de evolución con fiebre, molestias al orinar y resultados de examen general de orina que lo confirman, recibió tratamiento médico por 15 días un mes antes de su ingreso. Debido al dolor es explorada bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia de la región; en posición ginecológica, se introdujo sonda de Foley No. Fr. 8 para confirmar la situación de la tumoración posterior al orificio de la uretra, se rechaza la tumoración hacia la parte superior, se incide sobre la cara postero-inferior de su pedículo y se sutura el defecto con punto continuo con vicryl 3-0 en su longitud de un centímetro, se retira la sonda a las 12 horas del post operatorio, se administra analgésico y antiséptico urinario por 72 horas. Presentó micción después del retiro de la sonda de uretra sin complicación. El control a un año con buena evolución y sin complicación.

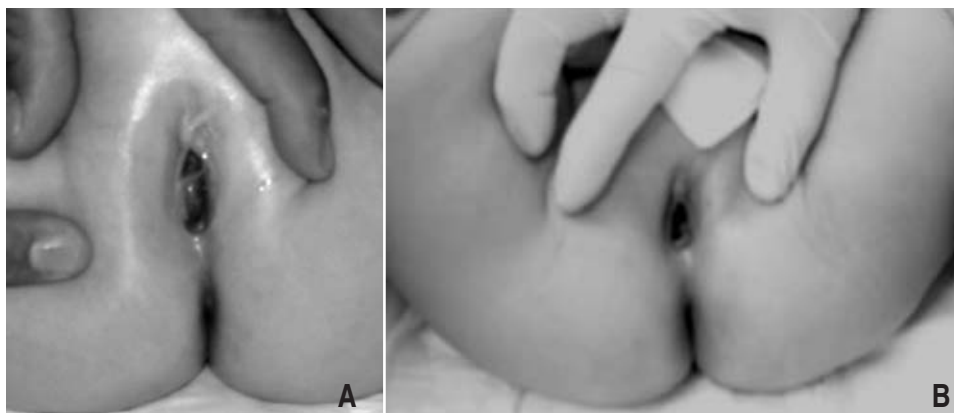
## Discusión

El prolapso de la mucosa uretral es una entidad que se presenta con poca frecuencia, descrita principalmente en niñas pre-púberes de raza negra, aunque también se ha observado en otras razas.<sup>1-4</sup> Se ha reportado que esta patología se presenta con

más frecuencia en edades de 3 a 5 y 5 a 9 años,<sup>1-5</sup> aunque hay reportado en la literatura un caso de una paciente de 14 meses.<sup>2</sup>

En este trabajo se describen dos casos de niñas con prolapso de tipo parcial, aunque con mayor frecuencia se ha descrito el de tipo circular.<sup>1-6,8</sup>

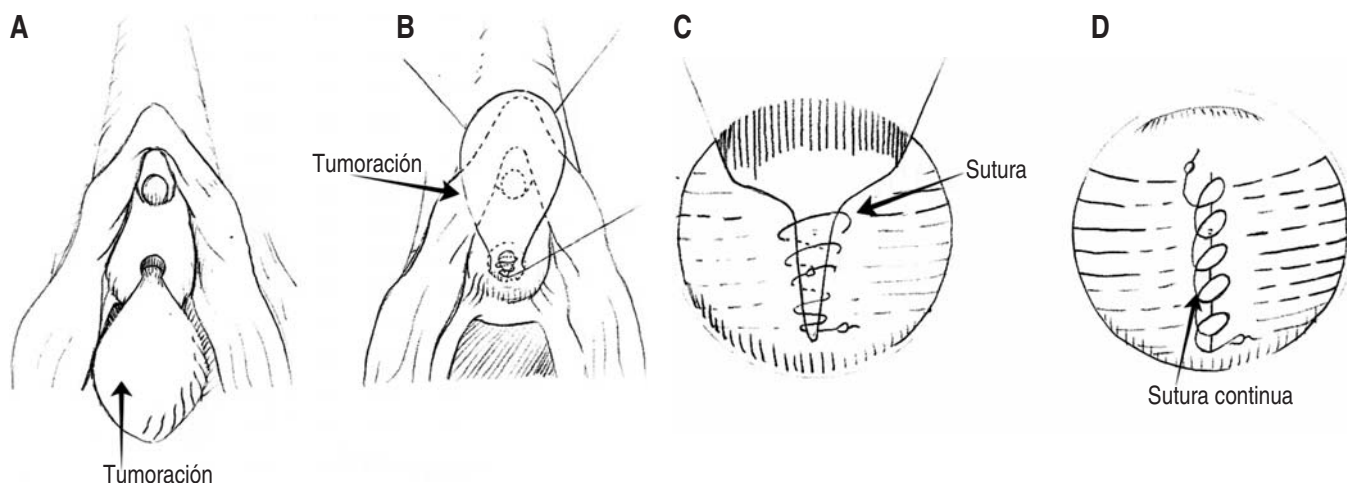
Presentamos dos lactantes femeninas de 9 y 17 meses de edad. Las niñas presentaron como factores predisponentes constipación crónica e infección urinaria, así como sangrado vulvar como lo describe la literatura.<sup>1,2,7</sup> La primera de 9 meses se presentó en la consulta externa y a la exploración física se encontró una pequeña masa localizada en la parte posterior del meato urinario; por las características clínicas y de exploración física se descartó condiloma, ureterocele prolapsado, uréter ectópico, quiste parauretral y pólipo, y para descartar la posibilidad de carcinoma botrioides se solicitó ultrasonografía de piso pélvico que reportó útero y musculatura del piso pélvico libres de lesión (Fig. 1). La segunda de 17 meses llegó al Servicio de Urgencia con sangrado y dolor a nivel de región vulvar; a la exploración se encuentra tumoración de coloración rojiza y con áreas oscuras, de 5 centímetros en su diámetro mayor, que ocupaba la totalidad de la región vulvar rechazando los labios mayores. Se descartan otras patologías por el tamaño de la tumoración (Fig. 2). Las dos pacientes con antecedente de haber recibido tratamiento para infección urinaria por su médico tratante, dos y cuatro semanas respectivamente. En el primer caso se manejó con



**Figura 1.** Prolapso de uretra tipo parcial grado II. Antes: A) tumoración de coloración rosada de 1 centímetro de diámetro en el introito vulvar. Después: B) Introito libre de tumoración.



**Figura 2.** Prolapso de uretra tipo parcial grado IV. Antes: A) tumoración de coloración oscura que ocupa el introito vulvar de 5 centímetros de diámetro, que rechaza los labios mayores. Después: B) resecada la tumoración permite ver el orificio de la uretra con sonda de Foley.



Dibujo por: L.D.G. Aldo G. Torres Monreal

**Figura 3.** A) Tumoración que se origina en la cara postero-inferior de la uretra. B) Se rechaza hacia arriba e incide en su origen e inicia sutura. C) Continúa incisión y sutura sobre la mucosa en la cara posterior de la uretra. D) Se resecta totalmente y se termina la sutura de la incisión.

estrógenos en ungüento aplicados localmente y baños de asiento por cuatro semanas sin respuesta; se solicitaron preoperatorios que se encontraron en límites normales. Se efectuó la misma técnica en las dos pacientes. Bajo anestesia general se les introdujo sonda de Foley para definir la tumoración que se encontraba en la parte posterior del meato urinario, se rechazó la masa hacia arriba incidiendo en la parte postero-inferior de la masa y, en el defecto que deja, se inicia punto de sutura continuo con vicryl 3-0. Se prosigue con la sección de la tumoración y la sutura de la mucosa uretral, hasta completar la mucosa no comprometida. En el primer caso se retiró la sonda al localizar la tumoración y en el segundo 12 horas después de la

intervención quirúrgica. Se manejó con antiséptico urinario y analgésico, con buena evolución postoperatoria. En otros estudios se han efectuado urografía, cistografía y cistoscopia, que no ayudan al diagnóstico<sup>1</sup> y otros reportes concluyen que no son necesarios para el diagnóstico.<sup>2</sup> Debemos siempre descartar otras patologías que se presentan como tumoraciones o sangrado a nivel de la vulva, por ejemplo: sangrado por trauma en genitales, ureterocele prolapsado, condilomas, quiste parauretral, uréter ectópico, pólipos, sarcoma botrioides, etc. y confirmar el prolapso de uretra, que se presenta con tan poca frecuencia. En nuestro primer caso solicitamos ultrasonido pélvico para descartar carcinoma botrioides; en el segundo no se efectuó nin-

gún otro procedimiento diagnóstico ya que se concluyó a la exploración física.

Se ha descrito la técnica de Kelly-Burnham para la resección del prolapso circular.<sup>1,4</sup> Nosotros efectuamos resección de la masa prolapsada para el tipo parcial, con buenos resultados en las dos pa-

cientes (Fig. 3), sin complicaciones ni recidiva. Los hallazgos histopatológicos reportados confirman los ya descritos en la literatura y no son específicos.<sup>1,8</sup>

Autor de correspondencia: Dr. Antonio Martínez Casas  
Correo electrónico: [martínez\\_antonio48@yahoo.com.mx](mailto:martínez_antonio48@yahoo.com.mx)

---

## Referencias

1. Juriy ER, Vadim GG, Evgeny BA. Prolapse of uretral mucosa in white female children: experience with 58 cases. *J Pediatr Surg* 1997;32:423-425.
2. Valeri E, Gilchrist BF, Frischer J, Scriven R, Klotz DH, Ramenofsky ML. Diagnosis and treatment of urethral prolapse in children. *Pediatr Urol* 1999;54:1082-1084.
3. Venugopal S, Duncan ND, Carpenter R. Urethral prolapse in girls. A series of 27 cases. *Pediatr Surg Int* 1995;10:115-117.
4. Eduardo TF, Samuel D, Mary AS, Fernando V. Urethral prolapse in children. *Urology* 1993;41:240-242.
5. Zoran DK, Stojan MZ. Urethral prolapse and vestibular fistula. *Pediatr Surg Int* 1994;9:529-530.
6. John FR. Conservative management of urethral prolapse in children. *Urology* 1982;19:505-506.
7. Lowe FC, Hill GS, Jeffs RD, Brendles CB. Urethral prolapse in children: insights into ethiology and management. *J Urol* 1986;135:100-103.
8. Raymond Rackley. Urethral prolapse (accessed on 15-06-2006). Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/443165-overview>.