

PROLAPSO URETRAL TRAS ESFUERZO FÍSICO. CORRECCIÓN QUIRÚRGICA

D. PASCUAL REGUEIRO, M.A. TRÍVEZ BONED, M.A. GARCÍA GARCÍA,
A. GARCÍA DE JALÓN MARTÍNEZ, J. CARELA ESPÍN, L.A. RIOJA SANZ

Servicio de Urología. Hospital Universitario "Miguel Servet". Zaragoza.

PALABRAS CLAVE:
Prolapso uretral. Técnica quirúrgica.

KEY WORDS:
Urethral prolapse. Surgical technique.

Actas Urol Esp. 26 (9): 699-702, 2002

RESUMEN

Queremos presentar un caso de prolapso uretral, en mujer mayor, tras un esfuerzo físico. Esta situación es poco frecuente en la literatura, siendo más común en niñas y en chicas antes de la menarquia. La forma más frecuente de presentación es el sangrado genital con presencia de una masa. Si se trata de un prolapso grande, puede llegar a estrangularse apareciendo síntomas urinarios en forma de retención aguda de orina.

Queremos describir el tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

We want to present an urethral prolapse, in an elderly woman, after a physical effort .This situation is rarely reported in the literature, being a more common situation in children and premenarchal girls. The most common presentation is genital mass and bleeding. If it is a large one can become strangulated and urinary symptoms are present as acute urine retention. We want to describe the surgical treatment.

El prolapso uretral es una evolución circular de la mucosa a nivel del meato uretral.

Es más frecuente en la premenarquia, en la posmenopausia y en mujeres de raza negra^{5,11}.

Su origen está en situaciones que cursen con un aumento de la presión abdominal, como esfuerzos físicos, accesos de tos, estreñimiento, posparto y traumatismos.

Casi siempre indoloro, el motivo de consulta suele ser la presencia de manchas de sangre en la ropa interior o la identificación de la presencia de una masa a nivel genital.

En situaciones de grandes prolapsos, puede producirse la estrangulación de la mucosa evertida, originando molestias miccionales e incluso retención urinaria.

Aunque la simple inspección es suficiente para el diagnóstico, debe diferenciarse del prolapso vesical, ureterocele, uréter ectópico, sarcoma y del quiste uretral.

El prolapso uretral es la única lesión que forma un rodete completo alrededor del meato.

El tratamiento más eficaz es el quirúrgico como describiremos más adelante.

No obstante, en pequeños prolapsos asintomáticos en niñas, está descrito el tratamiento con pomadas estrogénicas y baños de asiento¹⁰.

CASO CLÍNICO

Mujer de 70 años de edad que es atendida de urgencias por nuestro Servicio por molestias miccionales y sangrado genital.

En sus antecedentes personales destacar una Talasemia minor y dos intervenciones de rodilla, tras las cuales llevó sonda vesical.

En lo urológico, episodio aislado de hematuria 30 años atrás asociado a infección del tracto urinario inferior.

Hace 23 años fue intervenida por el Servicio de Ginecología de otro hospital de un prolapo de cuello uterino asociándose una corrección de cistocele.

Desde esta intervención la paciente refiere la corrección completa de la incontinencia de esfuerzo que aquejaba, aunque en los últimos años ha notado una disminución de la fuerza al orinar y frecuentes infecciones del tracto urinario inferior.

La paciente refiere, que tres días antes de acudir a urgencias, realizó un esfuerzo consistente en cargar y mover un peso excesivo. Desde este momento comenzó a notar una tumoración rojiza a nivel genital que asomaba por fuera de la vulva, con ligero sangrado, así como ligera disuria y escozor al orinar.

En el momento de ser atendida en urgencias la paciente refiere imposibilidad para orinar desde hace ocho horas y sangrado genital.

A la exploración se observa una tumoración rojiza en forma de manguito, que rodea a la totalidad del meato uretral, protuyendo unos 2-3 cm y que sangra al mínimo contacto (Fig. 1).

Se coloca sonda vesical, objetivándose una retención urinaria de 500 cc, dejándose una sonda vesical de Foley 14 Ch..

Se decide el ingreso de la paciente realizándose una ecografía de la vía urinaria, que resulta normal, y un estudio preoperatorio con valoración por el servicio de Anestesia.

Al día siguiente, y bajo raquianestesia, se lleva a cabo una resección de la totalidad del prolapo uretral.

Estando la paciente asintomática es dada de alta al día siguiente de la intervención portando sonda vesical, que es retirada una semana tras la intervención.

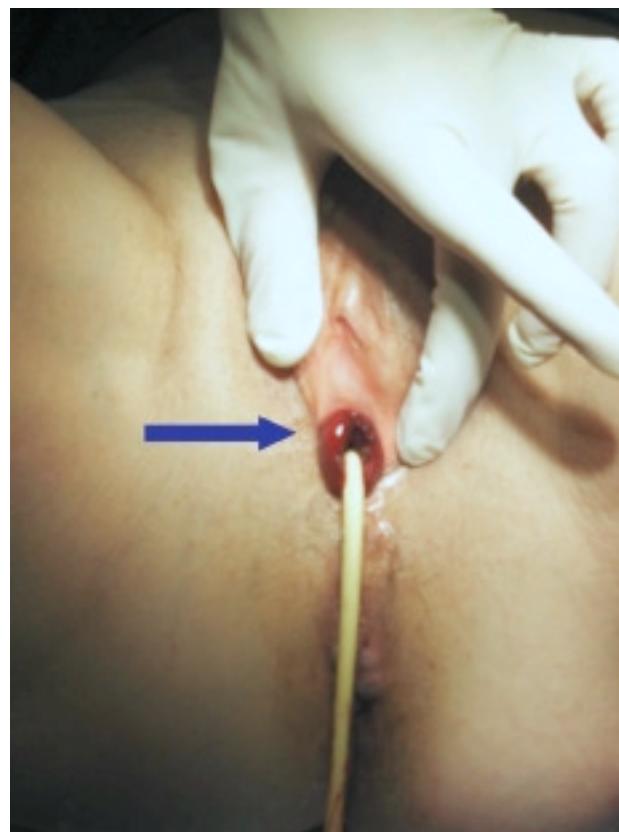


FIGURA 1. Exploración genital en la que se aprecia el prolapo de un rodete de mucosa congestiva, y que sangra al mínimo contacto, alrededor de la totalidad del meato uretral. Sonda vesical para la evacuación de la retención urinaria.

Los cuidados domiciliarios consistieron en el lavado urinario de la zona genital y aplicación tópica de povidona yodada.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

Con la paciente en posición ginecológica se realiza una exploración ginecológica evidenciándose un leve rectocele. No presencia de cistocele ni de prolapo genital.

Exponemos el campo mediante fijación de los labios menores a la piel de la ingle mediante puntos sueltos de seda.

Se tracciona de la sonda vesical identificando el cuello vesical para no dañar el esfínter (Fig. 2).

Se comienza con una incisión dorsal a las doce y otra ventral a las seis hasta llegar a uretra sana, dando dos puntos sueltos de Vicryl rapid de unión de la mucosa uretral al tejido periméártico. Dichos puntos nos sirven de tracción y de referencia.



FIGURA 2. Imagen superior: preparación del campo quirúrgico. Se aprecia la mucosa uretral prolapsada. Imagen inferior: se han realizado dos incisiones, ventral y dorsal en el rodete prolapsado, dividiéndolo en dos porciones semicirculares, señaladas por las flechas.

Estas dos incisiones nos dividen la porción propasada de forma tubular, en dos fragmentos de corte semicircular.

El resto de la intervención consiste en ir recortando ambos fragmentos, al tiempo que se va suturando la uretra sana al tejido perimeálico con Vicryl rapid.

Si se reseca todo el tejido prolapsado de golpe, existe el riesgo de que la mucosa uretral se invagíne hacia el interior dificultando mucho la sutura.

Una vez finalizada la resección y sutura en la totalidad de la circunferencia, dejamos una sonda uretral alrededor de la cual colocamos un apósito impregnado con sustancia antibiótica y cicatrizante de uso habitual (Fig. 3).

Al día siguiente de la intervención se comprueba el estado de la herida, y la paciente es dada de alta portando sonda vesical durante siete días, y explicándole la realización de curas domiciliarias con povidona yodada durante el tiempo que tarde a reabsorberse la sutura.

DISCUSIÓN

El prolapso uretral es una patología no excesivamente frecuente, aunque si hay bastantes casos referidos en la literatura en edades pediátricas^{1,2} y puberales.

Como mecanismos en su génesis están implicados aumentos de presión a nivel de la cavidad abdominal motivados por factores como el estreñimiento, accesos de tos, etc.



FIGURA 3. Una vez finalizada la exéresis de la mucosa prolapsada, se evidencia la corona de puntos que fijan la mucosa sana al tejido perimeálico. Colocación de sonda vesical que la paciente deberá portar durante siete días.

Es una entidad descrita en ocasiones tras los esfuerzos del parto^{4,6}.

En edades avanzadas, la debilidad del suelo pélvano, que provoca prolapsos genitales, cistoceles y rectoceles, es un factor determinante para la aparición de esta entidad, asociada siempre a esfuerzos físicos que motiven el citado aumento de presión.

El hecho más llamativo de su clínica, es la presencia de manchado sanguinolento en zona genital⁸, lo que frecuentemente lleva a una primera consulta ginecológica.

Aunque poco frecuente, dado que suele ser una entidad poco sintomática, existen casos como el que describimos, que obligan a una actuación de urgencia, ya que prolapsos de gran tamaño originan una estrangulación de la mucosa uretral que puede llegar a provocar una retención aguda de orina.

A pesar que el diagnóstico viene dado en la mayor parte de los casos por una sencilla y básica exploración física, no debemos olvidar el diagnóstico diferencial con otras patologías como son el prolapso vesical, el ureterocele, la desembocadura de uréter ectópico los quistes uretrales o sarcomas de partes blandas que cursan con tumoração uretral.

CONCLUSIONES

El prolapso uretral es una entidad más frecuente en edades infantiles y púberes, sobre todo en niñas de raza negra.

Su mecanismo de producción es la elevación de la presión abdominal por distintas circunstancias.

El diagnóstico es sencillo consistente en una exploración genital, siendo la clínica más frecuente el sangrado genital.

El tratamiento más sencillo, rápido y efectivo es la exéresis del fragmento uretral prolapsado y posterior sutura de la mucosa uretral sana.

REFERENCIAS

1. SEFTON E, SHENOY MU, RANCE CH: Urethral prolapse in premenarchal girls. *BJU Int* 2000 aug; **86** (3): 402.
2. TEMPLEMANC, HERTWECK P, PERLMAN S, NAKAJIMA S: Urethral prolapse in a 7 year old girl. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000 nov; **40** (4): 480.
3. VALERIE E, GILCHRIST BF, FRISCHER J, SCRIVEN R, KLOTZ DH, RAMENOFSKY ML: Diagnosis and treatment of urethral prolapse in children. *Urology* 1999 dec; **54** (6): 1.082-1.084.
4. BAYLY C: Postpartum urethral prolapse. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1999 aug; **39** (3): 396. Comment on: *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1998 nov; **38** (4): 477-478.
5. OLA B, AROWOJOLU OA: Urethral prolapse in a west African hospital. *Int J Gynaecol Obstet* 1999 aug; **66** (2): 187-188.
6. GOH JT, KRAUSE HG: Postpartum urethral prolapse. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1998 nov; **38** (4): 477-478.
7. SHETTY AK, COFFMAN K, HARMON E: Urethral prolapse. *J Pediatr* 1998 oct; **133** (4): 552.
8. IMAI A, HORIBE S, TAMAYA T: Genital bleeding in premenarcheal children. *Int J Gynaecol Obstet* 1995 apr; **49** (1): 41-45.
9. DESAI SR, COHEN RC: Urethral prolapse in a premenarchal girl: case report and literature review. *Aust N Z J Surg* 1997 sep; **67** (9): 660-662.
10. RUDIN JE, GELDT VG, ALECSEEV EB: Prolapse of urethral mucosa in white female children: experience with 58 cases. *J Pediatr Surg* 1997 mar; **32** (3): 423-425.
11. FALANDRY L: Urethral prolapse in young black girls. Report of 12 cases. *Prog Urol* 1996 jun; **6** (3): 392-397.
12. KISANGA RE, ABOUD MM: Urethral mucosa prolapse in young girls. *Cent Afr J Med* 1996 jan; **42** (1): 31-33.
13. ANVEDEN-HERTZBERG L, GAUDERER MW, ELDER JS: Urethral prolapse: an often misdiagnosed cause of urogenital bleeding in girls. *Pediatr Emerg Care* 1995 aug; **11** (4): 212-214.
14. GOLOMB J, MERIMSKY E, BRAF Z: Strangulated prolapse of the urethra in the elderly female. *Int J Gynaecol Obstet* 1985 feb; **23** (1): 61-63.
15. NAKAO M, MISHINA T, KOBAYASHI T, MAEGAWA M, NAKAGAWA S, IMASHUKU S: A case of rhabdomyosarcoma of the bladder in a child with urethral prolapse. *Hinyokika Kiyo* 1983 feb; **29** (2): 233-238.

Dr. D. Pascual Regueiro
Avda. Compromiso de Caspe, 27-29, 2º A
50002 Zaragoza

(Trabajo recibido el 21 febrero de 2002)