

## CASOS CLÍNICOS

# Prolapso de uretra

S. Gutiérrez-García<sup>a</sup>, J. Casasola<sup>b</sup>, F. Garrido<sup>a</sup>, S. Argüelles<sup>a</sup>  
y J.L. Hernández-Rodríguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario de León. León.

<sup>b</sup>Servicio de Urología. Complejo Hospitalario de León. León. España.

### ABSTRACT

Prolapse of the urethra in female patients is a rare event. It is defined as the complete eversion of the urethral mucosa through the external meatus. It occurs most often in pre-pubertal black girls and in postmenopausal white women. Recommended treatment ranges from conservative therapy to a diversity of operative techniques.

### INTRODUCCIÓN

El prolapso de uretra es una anomalía poco frecuente que consiste en la eversión circular de la mucosa de la uretra que protruye a través del meato<sup>1,2</sup>. Se describe como una tumoración en la zona anterior de la vulva, roja y friable<sup>3</sup>. Su aparente infrecuencia podría deberse a que grados menores de prolapso no son diagnosticados por el ginecólogo<sup>4</sup> que los detecta, básicamente si se complican con sangrado genital.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 67 años, que ingresa en ginecología por sangrado vaginal. Como antecedentes refiere hernia de hiato e hipertensión arterial en tratamiento; nódulo mamario en estudio; menarquia a los 15 años, tipo menstrual 3-4/28 y menopausia a los 53 años; paridad, 3 partos eutócicos. El sangrado por el que consulta la paciente es de sangre roja, escasa, de horas de evolución. En la parte anterior de la vulva se objetiva una masa rojo-purpúrea que protruye por introito. La vagina tiene un aspecto normal y el cuello es aparentemente sano, el útero es difícil de delimitar. En ecografía transvaginal se objetiva un endometrio de 7 mm regular. Tras su ingreso la paciente presenta retención urinaria y se avisa al servicio de urología por la sospecha de tumor uretral. El urólogo diagnostica un prolapso de mucosa uretral trombosado (fig. 1) y



Fig. 1. Prolapso de uretra.

aconseja sondaje vesical y pentosano polisulfato sódico (Trombocid<sup>®</sup>), diclofenaco oral y protección gástrica. Se practicó a la paciente una histeroscopia para valoración de endometrio que confirmó su atrofia. En la revisión por urología, al mes se le retiró la sonda. Tras 3 meses, la paciente está asintomática y presenta un meato normal para su edad y estado estrogénico, sin haber precisado tratamiento quirúrgico.

### DISCUSIÓN

El prolapso de uretra se define como la protrusión de la mucosa uretral de forma circunferencial alrededor del meato y su diagnóstico es infrecuente. Suele afectar a niñas de 4 a 9 años (90% de casos) y de raza negra (90-93%), y el segundo grupo más frecuente es el de las mujeres posmenopáusicas de raza blanca<sup>1,5</sup>. Es mucho más frecuente por debajo de los 10 años y no suele

—  
Aceptado para su publicación el 29 de octubre de 2004.

asociarse a otras alteraciones del tracto urinario<sup>6</sup>. Su causa no está clara, y se baraja la posibilidad de un factor desencadenante, habitualmente por aumento de la presión abdominal (tos, ejercicio, estreñimiento, traumatismos) y una alteración anatómica predisponente<sup>7</sup>. En la teoría congénita se postulan alteraciones del suelo pélvico, sujeciones de uretra inadecuadas, movilidad uretral aumentada, mucosa redundante, etc. En la teoría adquirida se manejan otros factores como traumatismos del parto, infecciones, masturbación, coito uretral, malnutrición, alteraciones neuromusculares y déficit de estrógenos<sup>8,9</sup>. El déficit de estrógenos podría relacionarse con la laxitud de la fascia periuretral<sup>1</sup>.

El prolapso uretral debe tenerse en cuenta ante cualquier sangrado vaginal en niñas y mujeres menopáusicas. El sangrado puede ser descrito como *spotting* o hematuria<sup>7</sup> y no suele ser doloroso. Si se estrangula produce disuria y retención urinaria como en nuestro caso<sup>3</sup>. En las niñas suele ser asintomático y se presenta como sangrado, pero en la menopausia puede presentar síntomas irritativos, asociándose dolor vaginal en los casos de trombosis y necrosis. El diagnóstico es obvio por inspección, al hallarse una tumoración circular que rodea todo el meato<sup>8,10</sup>. El examen físico es lo único que se requiere para el diagnóstico, puesto que es la única lesión que rodea el meato por completo. Las pruebas complementarias son innecesarias<sup>10</sup>. La cistoscopia es útil para confirmar la ausencia de otras lesiones en el momento de la cirugía, y el estudio radiológico con urografía intravenosa sólo es necesario si el prolapso es parcial y excéntrico diferenciándolo de un ureteroceles prolapsado<sup>1,8</sup>. El diagnóstico diferencial debe hacerse con el prolapso vesical, el ureteroceles, el uréter ectópico, los quistes uretrales y los sarcomas de partes blandas<sup>1,2</sup>. En la menopausia deberíamos además pensar en los pólipos, los condilomas y las carúnculas, siendo estas últimas sésiles o pedunculadas, rojas, nodulares y dependientes de la cara posterior de la uretra<sup>4</sup>.

El tratamiento es discutido. Si el prolapso es típico, el tratamiento local con estrógenos y un seguimiento cuidadoso serán suficientes; son útiles los antibióticos tópicos, los baños de asiento y los antiinflamatorios<sup>3,10</sup>. En nuestro caso, la aplicación de Trombocid® y la colocación de sonda durante 1 mes solucionó el proceso. Sin embargo, el 37% de casos recidivan tras el tratamiento local, y es necesario un seguimiento cuidadoso y recurrir a la cirugía si el prolapso persiste o recidiva<sup>6</sup>. Mientras que en las niñas el tratamiento quirúrgico se limita a prolapsos recurrentes, en la menopausia es el más utilizado, dada su eficacia, especialmente en casos de trombosis, ulceración o necrosis o si hay dudas diagnósticas<sup>5,8</sup>. Se han descrito

múltiples técnicas quirúrgicas, desde la reducción bajo anestesia general o regional con el empleo de hialuronidasa<sup>5</sup>, hasta la cirugía radical suprapúbica, técnica reservada para casos de recidiva tras cirugía escisional<sup>4</sup>. La escisión sobre sonda de Foley y sutura de los bordes uretrales, la incisión con diatermia, el acceso retropúbico y la colocación de bandas<sup>9,10</sup> son técnicas simples con buenos resultados. Las complicaciones de la cirugía incluyen sangrado, retención, incontinencia de estrés tardía, estenosis uretrales y recidiva del proceso.

El conocimiento de esta entidad infradiagnosticada nos permitirá como ginecólogos la utilización de tratamientos conservadores, que para nosotros son de uso común y fácil manejo, evitando, si reconocemos el proceso, consultas innecesarias y dando solución a nuestras pacientes de una forma sencilla, sin perder de vista que ante complicaciones pueda ser necesaria la colaboración del urólogo y la valoración de tratamiento quirúrgico por su parte.

## RESUMEN

El prolapso uretral en la mujer es infrecuente. Se define como la completa eversión de la mucosa uretral a través del meato. Ocurre frecuentemente en mujeres negras prepúberes y en mujeres blancas posmenopáusicas. El tratamiento recomendado incluye desde la terapia conservadora hasta múltiples intervenciones quirúrgicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kleinjan JH, Vos P. Strangulated urethral prolapse. *Urology*. 1996;43:599-601.
2. Pascual Regueiro D, Trivez Boned MA, García García MA, García de Jalón Martínez A, Carela Espín J, Rioja Sanz LA. Prolapso uretral tras esfuerzo físico. Corrección quirúrgica. *Actas Urol Esp*. 2002;26:699-702.
3. Shetty AK, Coffman K, Harmon E. Urethral prolapse. *J Pediatr*. 1998;133:552.
4. Bullock KN. Strangulated prolapse of female urethra. *Urology*. 1983;21:46-8.
5. Ho KL, Chu SM, Tam PC. Reduction of strangulated urethral prolapse using local anesthesia with hyaluronidase. *J Urol*. 2003;169:288.
6. Jerkins GR, Verheek K, Noe N. Treatment of girls with urethral prolapse. *J Urol*. 1984;132:732-3.
7. Távora Fernandes E, Dekermacher S, Sabadin MA, Vaz F. Urethral prolapse in children. *Urology*. 1993;41:240-2.
8. Lowe FC, Hill GS, Jeffs RD, Brendler CB. Urethral prolapse in children: insights into etiology and management. *J Urol*. 1986;135:100-2.
9. Harris RL, Cundiff GW, Coates KW, Addison WA, Bump RC. Urethral prolapse after collagen injection. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;178:614-5.
10. Valerie E, Gilchrist, Frischer J, Scriven R, Klotz DH, Ramenofsky ML. Diagnosis and treatment of urethral prolapse in children. *Urology*. 1999;54:1082-3.