

# Incontinencia urinaria secundaria a reflujo vesicovaginal

## *Urinary incontinence secondary to vesicovaginal reflux*

MILENA LUIZ PASSARELA<sup>a</sup>, LORELEY FERNÁNDEZ<sup>a</sup>, MÓNICA ORIO<sup>b</sup>, MIGUEL PODESTA<sup>c</sup>, HUGO COZZANI<sup>d</sup>

### Resumen

El reflujo vesicovaginal (RVV) se produce por el llenado retrógrado de la vagina durante la micción. Se manifiesta habitualmente con incontinencia urinaria diurna asociado a goteo post miccional y afecta principalmente a mujeres en edad puberal y pre puberal. Hasta un 12-15 % de las niñas pre púberes que consultan por pérdida involuntaria de orina pueden presentar RVV. Una correcta anamnesis y examen físico podrán descartar causas anatómicas que predisponen a esta condición orientando a su origen funcional. La ecografía es un método complementario no invasivo que refuerza esta presunción diagnóstica, sin necesidad de estudios de mayor complejidad. El tratamiento es conservador, basado en cambios conductuales y con una correcta adherencia lleva a la remisión de los síntomas. Se presenta el caso de una niña de 11 años que presenta RVV. **Palabras clave:** *incontinencia urinaria, pubertad, obesidad, reflujo.*

### Abstract

Vesicovaginal reflux (VVR) occurs due to the retrograde filling of the vagina during micturition. It is usually presented with daytime urinary incontinence, associated with post micturition dribbling and it is mainly encountered in prepubertal and pubertal girls. Up to 12-15 % of the prepubertal girls who consult for involuntary leakage of urine may have VVR. A right anamnesis as well as a physical examination might rule out anatomical causes, which predispose to this condition

and orient towards the functional origin. The sonography constitutes an innocuous complementary method that reinforces this diagnostic presumption, without the need to perform tests that are more complex. The treatment is conservative, based on behavioral modifications, and with a correct adherence, it leads to the remission of symptoms. A case report of an 11-year-old girl, who presents VVR, is described.

**Keywords:** *urinary incontinence, puberty, obesity, reflux.*

### INTRODUCCIÓN

El RVV es una alteración funcional relacionada con malos hábitos miccionales, que se manifiesta principalmente con incontinencia de orina diurna.<sup>1</sup> Tiene una epidemiología característica ya que compromete niñas en edad pre puberal y puberal, en general con sobrepeso.<sup>2</sup> Se trata de una entidad poco reconocida tanto para pediatras como para especialistas en diagnóstico por imágenes.

### CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 11 años de edad, previamente sana, que consultó por incontinencia de orina diurna con goteo post miccional de 1 año de evolución. Negaba síntomas acompañantes como fiebre, disuria, polaquiuria o tenesmo vesical.

Al examen físico la paciente presentaba genitales externos femeninos de características anatómicas conservadas, con orificios uretral y vaginal normoposicionados. Los caracteres sexuales secundarios eran compatibles con un estadio 3 de Tanner. Los datos antropométricos evidenciaban sobrepeso, con un IMC de 24,4 (pc>97 y Z score entre +1 – +2). Al momento de la consulta refirió no haber presentado aún su menarca.

Durante la evolución se le realizaron análisis de orina en varias oportunidades con sedimentos normales y cultivos negativos.

a. Residente de Diagnóstico por imágenes en Pediatría.

Servicio de Diagnóstico por imágenes, HNRG.

b. Médica de planta. Servicio de Diagnóstico por imágenes, HNRG.

c. Médico de planta. Servicio de Urología Pediátrica, HNRG.

d. Jefe del Servicio de Diagnóstico por imágenes en Pediatría, HNRG.

**Correspondencia:** milena.luiypassarela@gmail.com

**Financiamiento:** Ninguno.

**Conflicto de interés:** Ninguno que declarar.

Se interconsulta con Servicio de Urología, quienes solicitaron ecografía renal y de vías urinarias pre y post miccional. En dicho estudio se constataron ambos riñones y vejiga de características ecográficas conservadas. En topografía de la vagina se visualizó voluminosa imagen de aspecto quístico, de pared fina y contenido anecoico homogéneo, sugestiva de hidrocolpos (*Figura 1*). El útero y ambos ovarios eran de aspecto y tamaño acordes a la edad de la paciente.

Se decidió revalorar con ecografía inmediatamente post micción, evidenciándose evacuación completa de la imagen quística vaginal y leve residuo postmiccional (*Figura 2*). Al tratarse de una paciente sin sospecha de malformaciones genitourinarias al examen físico y constatándose vaciamiento del contenido vaginal completo tras la micción, se descartó hidrocolpos. Correlacionando dichos hallazgos con el patrón de incontinencia urinaria que presentaba (diurna con goteo post miccional), se asumió el cuadro como reflujo vesico vaginal.

La paciente realizó tratamiento conductual miccional con excelente adherencia y resolución total de los síntomas, por lo que no se solicitaron más estudios complementarios.

## DISCUSIÓN

El hidrocolpos es la acumulación de líquido en la vagina y es el resultado de obstrucción congénita. Se manifiesta como una masa abdominal detectada en el periodo neonatal o en forma diferida en la pubertad, con amenorrea secundaria a hematocolpos con o sin hematometra.<sup>3</sup>

Las obstrucciones congénitas pueden ser secundarias a malformaciones de la cloaca, seno urogenital congénito, obstrucción vaginal por himen imperforado, atresia o agenesia vaginal, o septos vaginales.<sup>4</sup>

El RVV es una entidad que, ecográficamente, puede demostrar presencia de líquido en vagina (por la presencia de orina), simulando un hidrocolpos.

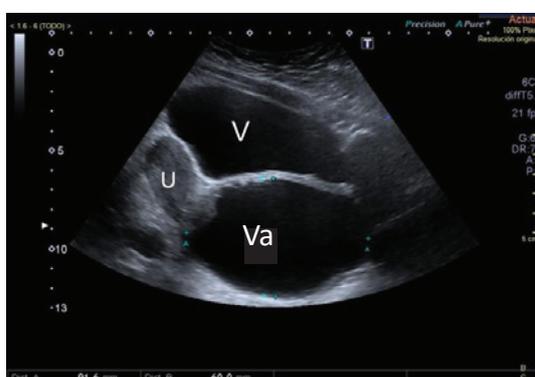
El RVV es una entidad poco conocida, infravalorada, descrita en 12 a 15 % de niñas pre púberes con incontinencia de orina.<sup>1</sup> Se produce por el llenado retrógrado de la vagina durante la micción y obedece principalmente a causa funcional por malos hábitos miccionales. En mujeres pre púberes esto se ve favorecido por la presencia del himen, por tener la vagina más horizontal y como sucede en las pacientes con sobrepeso, por la proximidad de los labios mayores y menores.

Además, el RVV puede estar relacionado a la predisposición anatómica de la paciente, entre las que se describen: sinequias de labios menores y posición anómala del meato urinario, en algunos casos desembocando en la vagina (hipospadia femenina).<sup>6</sup>

Clínicamente puede ser una condición asintomática o presentar incontinencia urinaria diurna con goteo postmiccional, vulvovaginitis y/o infecciones urinarias a repetición.<sup>7</sup>

En el abordaje diagnóstico de un paciente con pérdida involuntaria de orina se considerarán otras causas, incluyendo las neuropatías como disrafia espinal o vejiga hiperactiva y las no neuropáticas dentro de las que se destacan ectopia ureteral, reflujo vesicoureteral, diabetes, infección

**Figura 1.** Ecografía vesical premiccional



En topografía de la vagina se observa voluminosa imagen de aspecto quístico, de pared fina y contenido anecoico homogéneo sugestiva de hidrocolpos.  
**V:** Vejiga, **U:** Útero, **Va:** Vagina.

**Figura 2.** Ecografía vesical postmiccional



Se evidencia evacuación completa de la imagen quística vaginal con leve residuo vesical.



urinaria, constipación, estrés emocional o situaciones de abuso. Una adecuada anamnesis permite formular un patrón de incontinencia. Se debe indagar sobre frecuencia, momento del día en que ocurre, cantidad de orina perdida o posturas anómalas. Esto, en conjunto con un completo examen físico, podrá orientar hacia las probables causas y métodos complementarios necesarios para el estudio, como radiografía de abdomen, RM lumbosacra, sedimento de orina y urocultivo, ecografía o estudio urodinámico.<sup>4</sup>

El RVV se sospechará en mujeres jóvenes, sin alteraciones a destacar al examen físico, con un típico patrón de incontinencia urinaria, diurna, en goteo, que en general sucede minutos después de la micción.<sup>6</sup> La paciente presentada cumplía con estos criterios, luego de realizar una completa anamnesis y un examen físico minucioso, lo que permitió orientar el pedido de estudios complementarios hacia dicha sospecha diagnóstica.

El diagnóstico se realiza con una ecografía renal y de vías urinarias, la primera con vejiga distendida y la segunda inmediatamente después de la micción. Inicialmente, previo a la micción, se detecta imagen quística líquida en topografía de vagina, que resuelve post micción. Esto permite diferenciar al RVV del hidrocolpos obstructivo, donde la imagen no debería modificarse con la diuresis. Excepto que se sospeche alguna alteración anatómica de genitales internos y/o externos, no se requiere la realización de otros estudios complementarios.<sup>1,9</sup>

El reflujo vesicovaginal es una entidad conocida en la literatura urológica, pero puede pasar desapercibida por radiólogos pediátricos. En la serie presentada por Kilicoglu y Aslan tres pacientes presentaban incontinencia urinaria, enuresis diurna y goteo postmiccional característico.

En la primera se arribó al diagnóstico mediante la correcta realización de una ecografía pre y postmiccional. Ya en la segunda, la ecografía no fue realizada de forma apropiada y requirió la realización de una cistouretrografía miccional donde se visualizó el pasaje filiforme del material de contraste desde la uretra hacia la vagina. La tercera niña, además de someterse a una resonancia magnética, recibió tratamiento con anticolinérgicos, no obteniendo respuesta. Con esto resaltamos la importancia del reconocimiento de la entidad y la técnica ecográfica requerida, ya que en nuestra opinión el desconocimiento podría someter a los pacientes no solo a métodos diagnósticos con ra-

diación ionizantes sino también a procedimientos anestésicos o quirúrgicos que son innecesarios.<sup>10</sup>

Por otra parte, el tratamiento conductual tiene excelentes resultados con una buena adherencia. El mismo consiste en reeducación miccional, con micciones frecuentes y continuas, sin interrupción del chorro y realización de doble micción. Además, involucra la necesidad de un adecuado hábito postural miccional, con apertura de piernas e inclinación hacia adelante o a horcadas sobre el inodoro.<sup>5,8</sup> En caso de no obtener mejoría a pesar del cumplimiento adecuado de la terapia conductual se reconsiderarán otros diagnósticos, principalmente el uréter ectópico vaginal, que suele tener otro patrón de incontinencia con pérdidas constantes diurnas y nocturnas.<sup>11</sup>

La paciente que se expone en este trabajo, como se señaló con anterioridad, tuvo una excelente adherencia a las pautas indicadas por el pediatra y urólogo, con resolución completa de los síntomas, por lo tanto, solo continuó seguimiento con el equipo de salud, sin necesidad de realizar otros estudios complementarios.

## CONCLUSIÓN

Se destaca la importancia del conocimiento del RVV como causa de incontinencia urinaria diurna en niñas en edad puberal y pre puberal. La realización de una correcta anamnesis y evaluación clínica permiten sospechar su origen funcional. La evaluación ecográfica pre y postmiccional es un método no invasivo, que refuerza esta presunción diagnóstica, sin necesidad de someter a la paciente a estudios de mayor complejidad o intervenciones quirúrgicas innecesarias.

## Bibliografía

1. Mattsson S, Gladh G. Urethrovaginal reflux-a common cause of daytime incontinence in girls. *Pediatrics* 2003; 111(1):136-9. Citado en: PubMed; PMID: 12509566.
2. Snyder EM, Nguyen RA, Young KJ, et al. Vesicovaginal reflux mimicking obstructive hydrocolpos. *J Ultrasound Med.* 2007; 26(12):1781-4. Citado en: PubMed; PMID 18029931.
3. Herndon CD, Joseph DB. Urinary incontinence. *Pediatr Clin North Am.* 2006;53(3):363-77.
4. Sarmiento PY, Crespo CA, Sánchez MI, et al. Hidrocolpos neonatal. *Rev Cub Pediatr.* 2009; 81(4):93-7.
5. Balani A, Alwala S, Kumar DA, et al. Nonobstructive hydrocolpos due to vesicovaginal reflux: expanding the differential diagnosis. *Jpn J Radiol* 2015; 33(5):287-90. Citado en: PubMed; PMID 25724423.

6. Fernández IM, Martínez CI, Guirao Piñera MJ, et al. Reflujo vaginal y urocolpos. Arch Esp Urol. 2015; 68(5):502-5.
7. López CG, Sosa VJ, Paulo AF, et al. Reflujo Vesico-vaginal Asociado a Vulvovaginitis Crónica en Pediatría. Bol Clin Hosp Infant Edo Son. 2010; 27(1):16-21.
8. Romero Ruiz RM. Reflujo vaginal, una causa frecuente de incontinencia urinaria. An Pediatr. 2015; 83(1):1-2. doi:10.1016/j.anpedi.2014.09.007.
9. Mandava A, Rajaram N, Krovi, N. Urocolpos due to vesicovaginal reflux. Int UrogynecolJ. 2015; 26:151-3. doi: 10.1007/s00192-014-2545-0.
10. Gamze K, Ahmet R, Metin O, et al. Vesicovaginal reflux: recognition and diagnosis using ultrasound. Pediatr Radiol. 2010; 40:114-117. doi: 10.1007/s00247-009-1387-2.
11. Escala JM, González YC, López PJ, et al. Uréter ectópico en pediatría: un cambio en su forma de presentación. Arch Esp Urol. 2008; 61(4):507-10.

Texto recibido: 14 de agosto de 2020

Aprobado: 25 de febrero de 2021

**Conflicto de interés:** ninguno que declarar

**Forma de citar:** Luiz Passarela M, Fernández L, Orío M et al. Incontinencia urinaria secundaria a reflujo vesicovaginal. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2021;63 (280):21-24.