



CARTAS CIENTÍFICAS

**Reflujo vaginal: una causa olvidada de incontinencia diurna en niñas prepúberes**



**Vaginal reflux: A forgotten cause of diurnal incontinence in prepubertal girls**

Sra. Editora:

La mayor parte de los casos de incontinencia diurna en niñas prepúberes son de etiología funcional, aunque es necesario descartar siempre una disfunción neurógena. El reflujo vaginal (RV) o micción intravaginal ha sido reconocido como una causa de incontinencia urinaria con goteo posmiccional en niñas prepúberes<sup>1,2</sup>. El llenado retrógrado de la vagina es, en ocasiones, visualizado en la cistouretrografía miccional retrograda (CUMS), incluso en bipedestación. Este hallazgo, presente en muchas prepúberes<sup>1</sup>, puede ser asintomático, o bien estar acompañado de síntomas como la incontinencia diurna y la vulvovaginitis de repetición<sup>3</sup>. La incontinencia se caracteriza por la pérdida de orina diurna (aunque, en ocasiones, puede estar acompañada de enuresis) típicamente a los pocos minutos tras la micción (goteo posmiccional), por el vaciado progresivo de la vagina<sup>1,3</sup>.

Hemos incluido 3 casos de RV, que cursaban con la clínica habitual de incontinencia exclusivamente diurna.

Caso 1. Niña de 7 años, con sobrepeso y clínica de incontinencia diurna consistente en goteo posmiccional, sin enuresis. Refiere urgencia ocasional e ITU afebriles (3-4 anuales). Se realiza ecografía y CUMS, informadas como sin alteraciones. Se realizan flujometría y urodinamia, donde no se aprecia patología (micción coordinada compensada, no hiperactividad, vaciado correcto). Se realizan 2 llenados y en el segundo (realizado en la posición de sentada) se aprecia goteo que no se había apreciado en el primero. Inicialmente, se valora la posibilidad de insuficiencia esfinteriana y se realiza una resonancia magnética de columna lumbosacra, que no muestra alteraciones. Se reevalúa a la paciente, se revisan pruebas de imagen y en la CUMS se aprecia RV (fig. 1). Ante dicha evidencia, se pautan medidas de uroterapia, presentando tras 6 meses desaparición de los síntomas.

Caso 2. Niña de 9 años, con incontinencia diurna e ITUS de vías bajas. Previamente, había sido tratada con oxibuti-



**Figura 1** Caso 1. Doble silueta en la placa miccional tardía de una CUMS, donde se aprecia vejiga parcialmente rellena, con silueta redondeada superpuesta (más radiopaca) correspondiente a vagina.

nina al sospechar una hiperactividad vesical, sin resultado. En flujometría con electromiografía, se aprecia micción no coordinada, por lo que se instaura programa de biofeedback, con pobres resultados a pesar de mejorar el trazado flujométrico. Se decide realizar CUMS, donde se aprecia RV (fig. 2). Se inicia uroterapia miccional específica para RV. A los 6 meses de iniciado este tratamiento, la niña se mantiene seca.

Caso 3. Niña de 7 años con fugas esporádicas e ITU de vías bajas. Presenta hábito retenedor y frecuencia miccional escasa. Se pauta únicamente uroterapia. En la siguiente visita, no hay mejoría sustancial, con lo que se solicita CUMS y ecografía, donde se aprecia RV. Se comprueba baja adhesión a la uroterapia, por lo que se refuerza mediante seguimiento estrecho en enfermería, insistiendo en hábito postural. Asintomática al año de seguimiento.

El RV puede ser la causa de la incontinencia en un 12-15% de las niñas prepúberes que presentan escapes de orina<sup>1,3-6</sup>. El diagnóstico puede ser complejo si no se piensa en esa posibilidad, precisando un arsenal de procedimientos diagnósticos. Es habitual que las placas miccionales de la CUMS no sean suficientemente valoradas, ya que muchas veces



**Figura 2** Caso 2. Doble silueta en cuello vesical, en placa miccional tardía. Se aprecia contraste ocupando la vagina (posterior a uretra).

se prima descartar anomalías anatómicas de la vejiga y RVU, y en ocasiones, los radiólogos pediátricos no están suficientemente familiarizados con el RV. Un diario miccional, junto con una anamnesis dirigida, muestra habitualmente un patrón de incontinencia típicamente diurna, goteo posmiccional (a los 5-10 min de las micciones), de escasa cantidad<sup>3</sup>, pero suficiente para precisar cambios de mudas o protección (compresas, etc.). En esta patología, la anatomía genital es rigurosamente normal y el reflujo de orina del meato urinario hacia la vagina se produce porque los labios mayores, al orinar sin separar las piernas, se interponen entre el meato y el libre flujo de orina, forzando a la orina a refluir hacia la vagina<sup>2-6</sup>. No tener el hábito de separar las piernas al usar el inodoro forma un obstáculo al libre flujo de la orina. La vagina más horizontal de la niña prepúber favorece además este reflujo. Este patrón es habitual en

niñas con espasticidad y «piernas de tijera» y en obesidad, y puede condicionar vulvovaginitis recurrentes<sup>3</sup>.

El reflujo intravaginal, una vez identificado, tiene un tratamiento gratificante. Consiste en un programa de uroterapia consistente en micciones frecuentes o programadas, cada 3 h, adaptadas a vida familiar y escolar, con un hábito postural correcto consistente en apertura de piernas e inclinación hacia delante, o bien, a horcajadas sobre el inodoro en posición contraria a la habitual (de cara a la pared), dedicando un tiempo suficiente a la micción (un minuto o «contar hasta 60»)<sup>1-6</sup>, con micciones dobles para vaciar el posible residuo<sup>7</sup>.

## Bibliografía

1. Chiang I, Shei-Dei Yang S, Chang SJ. Pathophysiology of daytime urinary incontinence in children incont pelvic floor dysfunct. 2011;5:107-10.
2. Austin PF, Bauer SB, Cogler W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the Standardization Committee of the Internacional Children's Continence Society. J Urol. 2014;191:1863-5.
3. Mattsson S, Gladh G. Urethrovaginal reflux —A common cause of daytime incontinence in girls. Pediatrics. 2003;111:136-139.
4. Haouas N, Cariou G. Urethrovaginal reflux during micturition: A case report. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2006;35:621-3.
5. Wolthuis DW, de Vries TW. Urethrovaginal reflux as a cause of urinary incontinence in girls. Ned Tijdschr Geneesk. 2007;151:2466-8.
6. Bernasconi M, Borsani A, Garzoni L, Siegenthaler G, Bianchetti M, Rizzi M. Vaginal voiding: A common cause of daytime urinary leakage in girls. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2009;6:347-50.
7. Luque Mialdea R, Martín-Crespo Izquierdo R. Uroterapia. En Urodinámica Pediátrica paso a paso. 1.ª ed. Toledo: Luque y Martín Editores; 2014. p. 253-87.

M. Fernandez Ibieta\*, G. Zambudio Carmona,  
I. Martinez Castaño, M.J. Guirao Piñera y J.I. Ruiz Jimenez

*Sección de Urología Pediátrica, Servicio de Cirugía  
Pediátrica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca,  
Murcia, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mfndezibieta@hotmail.com](mailto:mfndezibieta@hotmail.com)  
(M. Fernandez Ibieta).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.09.007>