Prolapso genital neonatal: A Propósito de un caso.

Neonatal genital prolapse: a case report

Carlos Chávez-Sandoval[1,a], Karin Montenegro-Díaz[2,b]

RESUMEN

El prolapso genital neonatal es una rara condición no reportada en nuestro medio. En la bibliografía solo se describen 11 casos reportados desde 1960, en un 82-84% asociados a malformación del sistema nervioso central. El tratamiento conservador es el tratamiento de elección en los casos descritos. Los autores de este artículo informan a un neonato con dicha condición, asociado a mielomeningocele; se informa también el tratamiento instaurado y la evolución clínica.

Palabras clave: *prolapso, genital, neonatal, tubo neural (**Fuente:** DeCS-BIREME)*

ABSTRACT

Neonatal genital prolapse is a rare condition in our environment unreported. In the literature only describen11 cases reported since 1960, in a 82-84% malformation associated with the central nervous system. Conservative treatment is the treatment of choice in cases described. The authors of this article report a newborn with this condition, associated with myelomeningocele, also reportedly established treatment and clinical outcome.

Keywords: prolapse, genital, neonatal, Neural Tube (**Source**: MeSH-NLM)

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital es una condición rara en el neonato. En la mayoría de los casos normalmente se asocia con defectos del tubo neural[(1)]. El problema generalmente se presenta en el nacimiento o durante los primeros días de vida[(2)].

La primera revisión de la literatura de prolapso genital neonatal fue realizada por Findley en 1917 y encontró que entre el 82-86% de casos eran asociados con espina bífida. En 1927 Noyes reconfirmó la asociación de prolapso genital con espina bífida en la revisión de 24 casos de la literatura. Después en 1955 Malpas clasificó las causas de prolapso genital en primarias (debilidad congénita o trauma obstétrico) y secundarias (por ejemplo al aumento de la presión intraabdominal). Desde 1960 se ha informado un total de 11 casos de neonatos con prolapso genital, tres de éstos, incluyendo un neonato pretérmino, no se asociaban con malformación del sistema nervioso central. Fraser (1961) informó el prolapso genital en un neonato de término nacido por cesárea por sufrimiento fetal. La presentación en podálica se propuso como factor de riesgo, seguido a la reducción digital, no había recurrencia del prolapso, pues los exámenes a 3 y 17 meses de seguimiento eran normales. Bayatpour et al. (1992) informó a una neonata con prolapso vaginal. Se trataba de una niña de término, nacido de parto normal, con peso de 2948g. Se requirieron reducciones digitales múltiples para completar la resolución a los 6 meses de edad[(3)].

Con respecto al tratamiento, el tratamiento conservador

Figura Nº 01: Prolapso genital uterino. A. Imagen donde se evidencia prominencia de región perineal probablemente por masa en genitales B. Visión cercana donde se evidencia masa que protruye al nivel de labios mayores correspondiente a cuello uterino.

1. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo-Perú.
2. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo-Perú.
a. Médico Pediatra b. Estudiante de Medicina

(reducción manual o pesario) a largo plazo ha dado buenos resultados por lo que el tratamiento quirúrgico rara vez se requiere[4] ,el tratamiento de elección cuando se realiza el diagnóstico es la reducción manual[5].

REPORTE

Neonato de sexo femenino, de 40 semanas de edad gestacional, de parto por cesárea electiva por cesáreada anterior y feto en podálico, con un peso de 2800gr, apgar 6 y 8, en el primer y cinco minutos respectivamente, portadora de múltiples malformaciones: hidronefrosis izquierda por estenosis de la unión pieloureteral, comunicación interauricular tipo ostium secundum con leve repercusión hemodinámica, pie bott bilateral.

Al nacimiento con diagnóstico de mielomeningocele, por lo que se le realiza cirugía de corrección en su primer día de nacimiento, realizándose posteriormente consulta a medicina física y rehabilitación para manejo. Cursa con sepsis neonatal, con resolución completa. Operada en el día 26 de nacimiento por hidrocefalia secundaria, se le realiza colocación de válvula ventriculoperitoneal con evolución favorable.

Diagnóstico de histerocele a los 19 días de nacida, no evidenciado en los días previos, se le realiza inteconsulta a ginecología, quien sugiere introducción manual como tratamiento y control posterior por consultorio externo de su especialidad, el cual aún no se ejecuta.

Actualmente presenta 3 meses de vida, continua con terapia física en casa una vez por semana, y con reducción manual de prolapso condicional a maniobras de valsalva, se evidencian movimientos activos en miembros inferiores y remisión casi completa del prolapso genital.

DISCUSIÓN

Se postula que la falta inervación de los músculos del suelo pelviano podría ser el responsable del prolapso, además se han propuesto varios factores asociados al prolapso neonatal; encontrándose que aproximadamente el 90% de casos presenta malformaciones del sistema nervioso central, y en nuestro caso se reporta mielomeningocele[1]. Cabe mencionar que si bien la presentación podálica ha sido descrita (que presenta nuestro caso) como factor asociado en reportes previos[1], no se tienen otros factores frecuentemente descritos como prematuridad, bajo peso al nacer o desnutrición.

El tratamiento propuesto fue el conservador, con reducciones manuales continuas, las que se realizaron condicional a la eversión uterina por maniobras de valsalva, con evolución favorable, que coincide a revisiones anteriores[5].

Conflictos de interés: Los autores niegan conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cheng P, Shaw P, et all. Prenatal diagnosis of fetal genital prolapse. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2005;26(2): 204–206.
2. Mahin B, Hope H, et all. Neonatal Genital Prolapse. Pediatrics 1992; 90 (3): 465-466
3. McGlone L, Patole S. Neonatal genital prolapse. J Paediatr Child Health. 2004 Mar; 40(3):156-7.
4. Prasad A. Neonatal genital prolapse. Indian pediatrics 2006; 43 (1).
5. De Mola J, Ricardo Loret. Management of genital prolapse in neonates and young women. Obstet and Gynecol Surv 1996; 51(1): 253-260.

Correspondencia:

Montenegro Díaz Karin
Correo: karin_20te@hotmail.com

Revisión de pares:

Recibido: 29/11/2012
Aceptado: 10/12/2012