

Retención urinaria aguda por sinequias de labios menores en paciente pediátrica

Acute urinary retention due to synechiae of the labia minora in a pediatric patient

Kilder N. García-Murga¹, Luis J. Orbegoso-Celis^{1*}, Zhitall M. Zuniga-Torres²
y Wendy M. Chipa-Beizaga¹

¹Unidad de Urología Pediátrica, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; ²Unidad de Urología, Cirugía Pediátrica, Hospital Nacional San Bartolomé Martins. Lima, Perú

Resumen

Introducción: Las sinequias vulvares se definen como una fusión completa o parcial de los labios menores. Generalmente afectan a las niñas entre 3 meses y 6 años. **Caso clínico:** Niña de 10 años que, acudió por emergencia por presentar obstrucción de sonda de Foley. Antecedente de talla vesical en otra institución hace 2 semanas por retención urinaria aguda y no factibilidad de cateterismo uretral. En la exploración física se evidenciaron cistostomía suprapúbica obstruida con detritus e introito vaginal sellado por fusión de labios menores, de aspecto hipertrófico; himen no visible, uretra no visualizada. La paciente fue sometida a cura quirúrgica de sinequias de labios menores, y drenaje de colección vaginal. **Conclusiones:** Las sinequias de labios menores afectan la calidad de vida de las pacientes y pueden afectar el funcionamiento de las vías urinarias. El manejo comprende medidas conservadoras, como higiene genital, uso de corticosteroides y disección manual bajo anestesia local, o tratamiento quirúrgico en casos persistentes o graves.

Palabras clave: Retención urinaria. Sinequias. Enfermedades de la vulva. Cistostomía suprapúbica. Corticosteroides.

Abstract

Introduction: Vulvar synechiae are defined as a complete or partial fusion of the labia minora. They generally affect girls between 3 months and 6 years old. **Clinical case:** A 10-year-old girl presented to the emergency department due to obstruction of a Foley catheter. She had a history of bladder dilation at another institution 2 weeks prior for acute urinary retention and unsuccessful urethral catheterization. On physical examination, a suprapubic cystostomy blocked with debris was observed, and vaginal introitus sealed by fusion of the labia minora, with a hypertrophic appearance; hymen not visible, urethra not visualized. The patient underwent surgical treatment of labia minora synechiae plus drainage of vaginal collection. **Conclusions:** Synechiae of the labia minora affect the quality of life of female patients, with complications involving the urinary tract. The management involves genital hygiene, topical corticoids and manual dissection under local anesthesia, and surgery in case of persistent and severe cases.

Keywords: Urinary retention. Synechiae. Vulvar diseases. Suprapubic cystostomy. Corticoids.

*Correspondencia:

Luis J. Orbegoso-Celis
E-mail: luis.orbegoso.c@upch.pe

Fecha de recepción: 10-01-2026
Fecha de aceptación: 27-03-2026
DOI: 10.24875/RPU.26000001

Disponible en línea: 11-06-2026
Rev. Per. Uro. 2026;31(1):20-23
www.revistaperuanadeurologia.com

3081-2089 / © 2026 Sociedad Peruana de Urología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo de acceso abierto bajo la CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las sinequias vulvares se definen como una fusión completa o parcial de los labios menores; también se conocen como adhesión labial o fusión vulvar¹. Generalmente afectan a las niñas entre 3 meses y 6 años². La causa exacta se desconoce, pero las afecciones que originan hipoestrogenismo o procesos inflamatorios de la región vulvar podrían producirlas³. La mayoría de las sinequias vulvares son asintomáticas; sin embargo, en algunos casos graves pueden generar síntomas del tracto urinario inferior, como goteo posmiccional, disuria y retención urinaria aguda, además de infecciones del tracto urinario y cambios inflamatorios locales del introito vaginal⁴.

Con respecto al manejo, el 80% de las sinequias desaparecen en el plazo de 1 año con medidas de higiene genital adecuada. No obstante, pueden ofrecerse varias alternativas, desde aplicación tópica de estrógenos (como estradiol al 0,01%) o corticosteroides tópicos (como beta-metasona al 0,05% o beclometasona al 0,025%) en ciclos cortos sobre las sinequias por 4 a 6 semanas, siendo este un manejo que requiere mayor tiempo de aplicación y buena adherencia por parte de los padres y las pacientes⁵. Si no responden al manejo tópico, puede optarse por disección manual de las sinequias vulvares, previa anestesia local y programada de forma ambulatoria. Las sinequias vulvares extensas y firmes deben ser tratadas quirúrgicamente bajo anestesia general⁶.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 10 años, que acude por emergencia por presentar obstrucción de una sonda de Foley, con antecedente de talla vesical en otra institución hace 2 semanas por retención urinaria aguda y no factibilidad de cateterismo uretral. En la exploración física se observa abdomen globuloso, blando, depresible, sin masas; presencia de cistostomía suprapúbica con sonda de Foley de dos vías de 14 Fr, con detritus; introito vaginal sellado por fusión de labios menores, de aspecto hipertrófico; himen no visible y uretra no visualizada (Fig. 1). Se intenta la liberación de sinequias con un hisopo (bajo sedación), siendo frustra. La paciente es hospitalizada en urología pediátrica para manejo definitivo.

Niega hematuria y no refiere antecedente de infecciones urinarias. Se la había realizado liberación manual de las sinequias en tres ocasiones, sin éxito. Tiene como antecedente la aplicación en dos oportunidades de corticosteroide en crema, sin resultado. Se amplió



Figura 1. Aspecto preoperatorio.

el estudio con ecografía pélvica, que mostró la vejiga a mediana repleción con globo de sonda vesical, morfología conservada, leve engrosamiento mural de 5 mm, no lesiones perivesicales y no líquido libre.

La paciente fue sometida a cura quirúrgica de sinequias de labios menores, drenaje de colección vaginal, retiro de talla vesical, cateterismo uretral y biopsia de labio menor (Fig. 2). En los hallazgos operatorios se identifican orificio vaginal amplio sin estructura himeneal, meato uretral permeable y colección intravaginal de aproximadamente 10 ml de consistencia espesa y blanquecina. El cultivo de la colección intravaginal fue negativo para bacterias. El informe anatomopatológico reportó dos fragmentos de tejido parduzco, irregulares, que en promedio medían 1 x 0,6 cm, y la microscopía informó fragmentos de tejido cutáneo con infiltrado inflamatorio crónico reagudizado, tejido de granulación, denudación del epitelio y fibrosis.

Discusión

Se estima que hasta el 40% de las niñas sanas entre los 6 meses y los 6 años desarrollan sinequias vulvares, con un pico de incidencia entre los 13 y los 23 meses. Se clasifican en parciales y totales. Como diagnósticos diferenciales se encuentran la agenesia vaginal y el himen imperforado. El tratamiento de las sinequias, especialmente las asintomáticas, es bastante controversial⁷. La observación resulta suficiente en la mayoría de los casos; sin embargo, muchos padres optan por la separación manual de las sinequias vulvares sobre los métodos conservadores. La literatura internacional

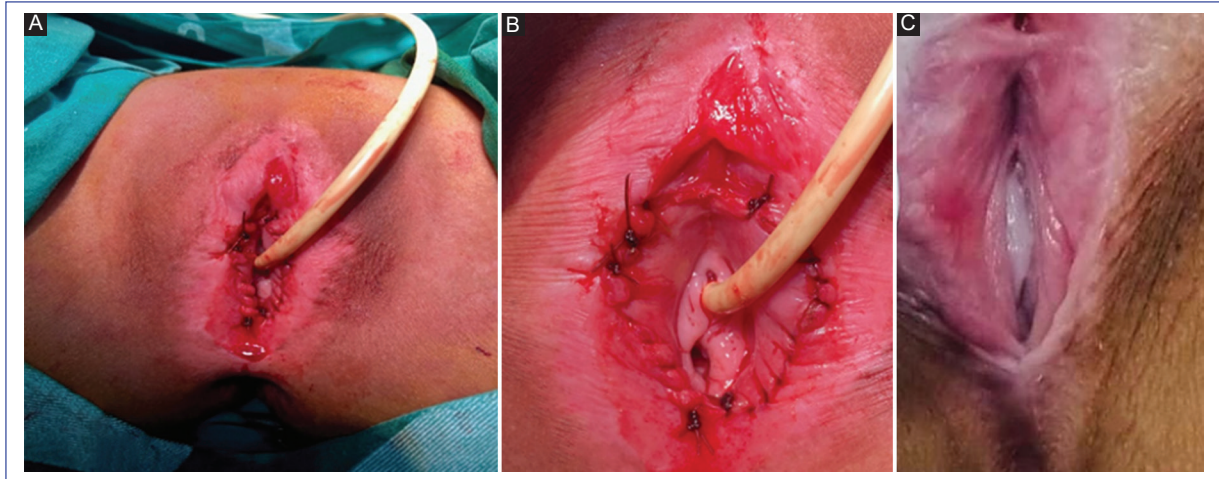


Figura 2. Cura quirúrgica de sinequias de labios menores. **A y B:** aspecto posoperatorio. **C:** control a los 10 meses de posoperatorio.

señala que la tasa de resolución espontánea puede llegar hasta un 80% en 1 año y cercana al 100% a inicios de la pubertad⁸. Nuestra paciente fue sometida a tres intentos de separación manual, sin resultado. Dentro de las opciones no quirúrgicas se encuentra la aplicación tópica de corticosteroides, siendo la betametasona en crema tópica al 0,05% el producto más utilizado; presenta una tasa de éxito entre el 68 y 78,9%, similar a los resultados con el uso de estrógenos tópicos. No se han reportado efectos adversos graves por su uso, pero sí atrofia de piel con aplicaciones prolongadas⁹. Nuestra paciente presentó como antecedente dos intentos fallidos de manejo con corticosteroide tópico.

El tratamiento quirúrgico es una opción ante los fracasos del manejo conservador y de los intentos de separación manual, y está indicado en casos de mayor complejidad. Su tasa de éxito es cercana al 100% y la tasa de recurrencia es del 10%¹⁰. Nuestra paciente presentó retención urinaria por obstrucción del meato uretral, por lo que fue sometida en primera instancia a cistostomía suprapúbica y referida a nuestro hospital para manejo definitivo, que consistió en separación quirúrgica de sinequias, cierre de talla vesical, colocación de sonda de Foley uretral y biopsia de labio menor, con evolución favorable después de 1 año de seguimiento.

Conclusiones

Las sinequias de labios menores afectan la calidad de vida de las pacientes y pueden afectar el funcionamiento de las vías urinarias. El manejo incluye medidas conservadoras, como higiene genital, uso de corticosteroides y

diseción manual bajo anestesia local, o tratamiento quirúrgico en casos persistentes o graves.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria y anonimizados. Debido a la naturaleza del estudio, no fue necesario el consentimiento informado individual. Se han seguido las recomendaciones éticas pertinentes.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Dhaiban MAR, Chaudhary MA. Manual separation of labial synechiae: a cost-effective method in prepubertal girls. *Afr J Paediatr Surg.* 2021;18:139-42. doi: 10.4103/ajps.AJPS_34_20.

2. Kumetz LM, Quint EH, Fisseha S, Smith YR. Estrogen treatment success in recurrent and persistent labial agglutination. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2006;19:381-4. doi: 10.1016/j.jpag.2006.09.008.
3. Schober J, Dulabon L, Martin-Alguacil N, Kow LM, Pfaff D. Significance of topical estrogens to labial fusion and vaginal introital integrity. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2006;19:337-9. doi: 10.1016/j.jpag.2006.06.004.
4. Pontón Martino B, Cebrián Muiños C. Patologías genitourinarias más frecuentes. *Pediatr Integral.* 2024;28:371-9.
5. Bacon JL, Romano ME, Quint EH. Clinical recommendation: labial adhesions. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2015;28:405-9. doi: 10.1016/j.jpag.2015.04.010.
6. Janštová A, Nová ková M. Early treatment of vulvar synechiae in childhood – prevention of late complications. *Ceska Gynekol.* 2023;88:384-9. doi: 10.48095/cccg2023384.
7. Leung AK, Robson WL, Tay-Uyboco J. The incidence of labial fusion in children. *J Paediatr Child Health.* 1993;29:235-36. doi: 10.1111/j.1440-1754.1993.tb00495.x.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and management of vulvar skin disorders: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 224. *Obstet Gynecol.* 2020;136:222-5. doi: 10.1097/AOG.0000000000003945.
9. Sookpotarom P, Asawutmangkul C, Srinithiwat B, Leethochawalit S, Vejchapipat P. Is half strength of 0.05% betamethasone valerate cream still effective in the treatment of phimosis in young children? *Pediatr Surg Int.* 2013;29:393-6. doi: 10.1007/s00383-012-3253-9.
10. Prieto L, López M, Giachetto G. Sinequia vulvar en la infancia. *Arch Argent Pediatr.* 2017;115:571-6.