

Hematocolpos en una niña de 12 años

Reporte y Revisión de Bibliografía

Hospital Jose Carrasco A.

Paola Sisalima Flores¹, Giovanni González Pazmiño¹, Fernando Córdova-Neira²
Jorge Tinoco Jiménez³, Maoly Schuldt Cruz⁴, Leonardo Polo Vega⁵

Resumen

Niña de 12 años transferida de un hospital cantonal al servicio de emergencia del Hospital "José Carrasco Arteaga", por masa abdominal en estudio acompañado de dolor y sintomatología urinaria. Luego de una adecuada anamnesis, exploración física, se sospecha el diagnóstico que se confirma con ecografía y tomografía abdominal, el tratamiento se realizó en forma quirúrgica, sin complicaciones y fue dada de alta en mejores condiciones.

Descriptores DeCS. Dolor abdominal en niñas, hematócolpos, himen imperforado, hidrocolpos

Hematocolpos in a girl of 12 years Clinical Case Report and Review of Literature

Abstract

A 12 year old girl is transferred from a cantonal hospital to the emergency service of Hospital Jose Carrasco Arteaga, because of an abdominal mass in study accompanied by abdominal pain and urinary symptoms. After a proper clinical history, physical examination, is suspected a diagnosis that is confirmed by ultrasonography and abdominal CT scan, treatment with surgery was performed without complications and was discharged in better conditions.

Keywords. Abdominal pain in children, hematócolpos, imperforate hymen, hidrocolpos

- 1 Residente de Pediatría
- 2 Cirujano Pediatra - Docente de la Universidad del Azuay
- 3 Pediatra - Docente de la Universidad de Cuenca
- 4 Anatómo-Patólogo
- 5 Jefe del Departamento Materno-Infantil del Hospital José Carrasco, IESS

Recibido: diciembre 20, 2010.
Aceptado: febrero 8, 2011

Correspondencia:
Fernando Córdova Neira: fcordova@uazuay.edu.ec
Departamento Materno Infantil del Hospital José Carrasco Arteaga
Rayoloma entre Popayán y Pacto Andino, Cuenca, Ecuador
Teléfono 593 7 2861500 ext.4053

Rev Med HJC 2011;3(1):63-67

Introducción

En el aparato genital femenino hay una variada gama de malformaciones, las cuales pueden estar localizadas exclusivamente en el canal vaginal o estar acompañadas de malformaciones del útero, integrando una displasia mesodérmica, que puede constituir un verdadero complejo malformativo al estar involucradas otras estructuras como: columna, corazón y riñón, entre las más frecuentes y que dan origen a un grupo de síndromes mesodérmicos [1]

El interior de la vagina permanece separado del seno urogenital por una lámina delgada, el himen, que consiste en el revestimiento epitelial del seno y una delgada capa de células vaginales, generalmente forman un pequeño orificio durante la vida perinatal y su imperforación es causa de patología. [2]

El himen imperforado es una malformación vaginal poco común. La frecuencia descrita en la literatura alcanza entre 0,5 a 1/1000 recién nacidos de género femenino. Se caracteriza por la falta de canalización del tejido conjuntivo que conforma el himen, ocluyendo la salida de la vagina. La teoría más aceptada corresponde a una alteración en el desarrollo de los conductos de Müller. Otra hipótesis le asigna como etiología ser producto de abuso sexual. Otros autores han planteado un origen genético ya que se puede repetir en varios miembros de una familia. [3,4,5]

En el periodo de recién nacida puede presentarse como una masa pelviana secundaria a la acumulación de mucosidad o Hidrocolpos (40 a 50%) [6], pero durante el periodo de la niñez puede pasar inadvertido, por falta de examen de los genitales en los controles de salud. El himen imperforado suele permanecer asintomático hasta la edad de la menarquía, cuando la sangre menstrual retenida en la vagina, el útero y las trompas de Falopio puede dar como resultado hematocolpos, hemátometra, hematosalpinx y hemoperitoneo progresivamente. [5]

Caso Clínico

Anamnesis. Niña de 12 años, procedente y residente de Gualaceo, con dolor abdominal tipo opresivo en hipogastrio de moderada intensidad de aproximada-

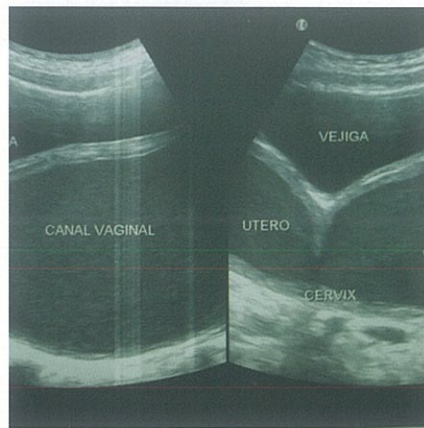


Fig. 1: Ecografía Abdominal

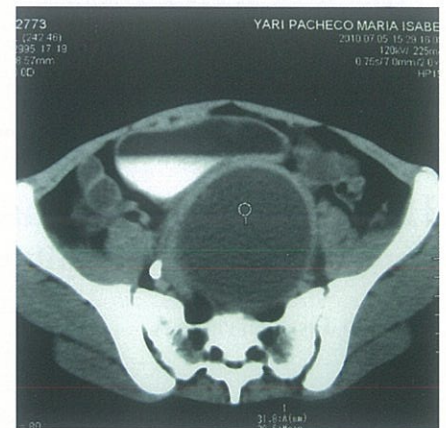


Fig. 2: TAC Abdomen: corte transversal



Fig. 3: TAC Abdomen: corte longitudinal



Fig. 4: Preoperatorio: himen cerrado y protruido

mente un mes de evolución, mas sintomatología miccional, es diagnosticada y tratada de infección de vías urinarias, sintiéndose bien por el lapso un mes que nuevamente presenta igual dolor abdominal sumándose otra vez disuria, poliaquiuria, retención urinaria aguda y masa dura en hipogastrio.

Examen Físico. Signos Vitales: Tensión arterial: 100/60; Frecuencia cardíaca: 100; Saturación de O₂: 90%; temperatura: 37° C; Peso: 35 kg. Apariencia General regular. Actitud dolorida. Piel caliente, diaforética, normoelástica. Pecho en estadio de Tanner IV. Pulmones con murmullo vesicular conservado; ruidos cardíacos sincrónicos con el pulso. Abdomen sensible, blando, con presencia de masa dura móvil dolorosa, que llega hasta el ombligo, doloroso en hipogastrio y mesogastrio, sin signos de irritación peritoneal, Examen Ginecológico: genitales de nulípara, con persistencia de membrana himeneal de consistencia firme, tenso y algo protruida.

Examen Neurológico: niña consiente, orientada en tiempo, espacio y persona, tono y fuerza muscular conservada, reflejos osteo-tendinosos presentes.

Exámenes Complementarios

- Examen de Sangre. Leucocitos: 13.170; neutrófilos 27%; linfocitos 59,6%; hemoglobina 12,7 g/dl; hematocrito 40,5%; Proteína C Reactiva (PCR) 1,9 mg/dl; sodio 134 meq/l; potasio 4,5 meq/l; cloro 115 meq/l; urea 17; creatinina 0,6.
- Examen de Orina. amarillo, turbio, PH 6; densidad 1025; sangre ++, nitritos +; cuerpos cetónicos +, hemátías 4 a 6 / campo, leucocitos abundantes; células epiteliales ++, piocitos +++.
- Examen de Heces. color verdoso, consistencia líquida, parásitos negativo, PMN +

Ecografía Pélvica. Canal vaginal con gran distensión, líquido hipocóico denso con volumen de 470cc, cuello



Fig. 5: Postoperatorio: himenotomía



Fig. 6: biopsia

uterino y cavidad endometrial con gran cantidad de líquido 65cc aproximadamente, ovarios dilatados, aumentados de tamaño e irregulares. (Fig. 1)

Tomografía Axial y Computarizada de Abdomen. Presencia de proceso ocupativo, con contenido líquido, que se extiende desde la pelvis menor hasta la mayor, con epicentro en la cavidad endometrial. Dilatación importante del canal vaginal, con compresión de vejiga, por delante. No se observa adenopatías ni peritoneales ni retro-peritoneales. Estudio compatible con: Hematometra + Hematocolpos. (Fig. 2 y 3)

Tratamiento Quirúrgico. Bajo anestesia general y caudal, colocamos sonda nelaton para comprobar permeabilidad uretral y vaciar globo vesical, se realiza himenotomía con drenaje de 500cc de sangre menstrual retenida. (Fig. 4 y 5)

Evolución. La niña permanece en el postoperatorio inmediato tranquila, sin dolor. Se inició antibiótico, preoperatorio, para manejo de su infección urinaria y analgésicos: Fue dada de alta en buenas condiciones a completar tratamiento por su cuadro urinario. Urocultivo: E. Coli >100.000 UFC. Al control en una semana la niña se encuentra asintomática, con muy buena evolución postoperatoria, con herida limpia y sin signos infecciosos.

Biopsia (69868 HJCA). fragmento de tejido de 2x1,2x0,8 cm; al corte histológico muestra mucosa revestida por epitelio escamoso, acantósico, no queratinizado subyacente al cual se dispone tejido conectivo congestivo con signos leves de inflamación: Himen Imperforado (Fig. 6)

Discusión

El himen imperforado es un trastorno del desarrollo embriológico. Aunque poco frecuente, es la anomalía obstructiva más común del tracto genital femenino. Su incidencia es aproximadamente del 0,1% de los recién nacidos de sexo femenino [7], con mayor incidencia: en la época neonatal (hidrocolpos) y en la pubertad (hematocolpos). El diagnóstico y corrección de esta patología es primordial para evitar complicaciones, entre ellas, la inflamación crónica de las trompas de Falopio por la retención de sangre (hematosalpinx) que puede provocar infertilidad. [8]

La sintomatología comprende crisis dolorosas en la región abdominal baja, en forma periódica o cíclica cuyos intervalos corresponden al ciclo menstrual [9]. Por lo que debe sospecharse siempre ante una adolescente con amenorrea primaria y dolor bajo recurrente [10], sus complicaciones incluyen la endometriosis y adherencias, ambas evitables [11]

En el caso de nuestra paciente su principal sintomatología fue miccional: disuria, poliaquiuria, fiebre por lo cual recibió tratamiento para una infección de vías urinarias, en forma ambulatoria; un mes más tarde nuevamente presenta disuria, anuria y masa en región pélvica muy dolorosa, con estos antecedentes es transferida a este hospital con diagnóstico de masa abdominal en estudio.

La Incontinencia urinaria por reboamiento ocurre cuando el flujo normal de orina está bloqueado y la vejiga no puede vaciarse por completo. Es poco

frecuente en niñas, a veces es causada por una obstrucción parcial debido a la compresión de una masa externa sobre la uretra y la vejiga. [12]

El Hematocolpos debido a himen imperforado puede ser una causa rara de masa externa de compresión en el tracto urinario inferior en las adolescentes, 58% de los pacientes con hematocolpos se presentan con dificultad para orinar o disuria y 47% se manifiesta con retención aguda de orina [13], la Ecografía ha sido la prueba de elección en la mayoría de los casos de himen imperforado con hematocolpos y hematometra reportados en la literatura [14], pero si se dispusiera de resonancia magnética nuclear, la modalidad de imagen es aún más exacta para confirmar hematocolpos y también para la exclusión de la presencia de otras anomalías de la tracto mülleriano o anomalías urológicas. Hasta un 25% a 90% de pacientes con anomalías renales se han reportado con anomalías genitales concurrentes [15]

En el caso de nuestra paciente luego de la anamnesis, examen físico que incluyo examen perineal y exámenes complementarios con ecográfica y tomografía abdominal, nos confirmó el diagnóstico de hematometra mas hematocolpos, explicándonos así que la presión que ejercía el mismo sobre la vejiga y uretra es la que ocasionó su desplazamiento anterior y provocó la obstrucción y las molestias urinarias.

Generalmente las malformaciones vaginales no cursan con dolor pélvico, salvo que se presenten, como ocurrió en este caso, con obstrucción urinaria y con retención del flujo menstrual que provocó dilatación retrógrada progresiva y dolor, que suele ser cíclico, mensual, con un aumento gradual en su intensidad, debido a la acumulación de sangre. La tumefacción hipogástrica se pudo confundir, al principio, con globo vesical sobre todo por la retención urinaria aguda, pero el examen perineal demostró un himen imperforado y protruido, al realizar la ecográfica y observar la imagen de dilatación uterina y sobretodo vaginal con aplastamiento vesical nos orientó al diagnóstico hematometra mas hematocolpos; de ahí la importancia de realizar una correcta historia clínica: anamnesis y exploración física, los cuales jamás sustituirán los estudios complementarios y nos en-

focará de mejor manera la diagnóstico definitivo y tratamiento adecuado.

La ecografía sigue teniendo un rol importante en el estudio inicial de estas malformaciones, debido a su bajo costo, sin radiaciones ionizantes, rápida realización, útil en el postoperatorio, aunque puede estar limitada en algunas personas obesas y por la interposición de gas en asas intestinales, no olvidar que este examen es operador-dependiente, lo cual podría limitar el valor del estudio. La ecografía endovaginal proporciona mayor resolución espacial, aunque con menor campo de visión, posee una precisión cercana al 100% en el estudio de todas las malformaciones útero-vaginales, ya que delimita con fiabilidad la anatomía uterina interna y externa, permitiendo un estudio multipanar y posibilita muchos diagnósticos alternativos [16]

Dentro del diagnóstico diferencial, se deben considerar patologías intrabdominales entre las cuales están los quistes mesentéricos, quistes ováricos voluminosos, hidronefrosis y las patologías ginecológicas como: adherencias labiales adquiridas; septo vaginal obstructivo o parcialmente obstructivo; quiste vaginal; agenesia vaginal (Síndrome Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser) con o sin la presencia de útero o endometrio funcional; feminización testicular; prolapso uretral (centrado por meato); rabdomiosarcoma vaginal (variedad botrioide u otras) y otros tumores vaginales [17]

El tabique vaginal es poco frecuente, tiene una frecuencia aproximada de 1/70.000 pacientes, el tacto rectal permite su detección, al igual que el himen imperforado en la ecografía se aprecia una imagen tubular hipoeoica, que distingue la cavidad endometrial y la vagina. La presencia de dolor y tumoración abdominopélvica no son frecuentes en el síndrome de Rokitanski-Mayer-Kuster-Hauser, que incluye ausencia de vagina y alteraciones variables del desarrollo uterino y malformaciones del sistema urinario y anomalías esqueléticas asociadas, habiéndose reportado insuficiencia renal en el curso del mismo [18], en el Síndrome Wunderlich la asociación con riñón multiquístico, agenesia renal a los hallazgos útero-vaginales (doble sistema mülleriano con hemivagina obstruida), le confiere al diagnóstico

una especificidad de casi 100%; a la ecografía se observa como imagen tubular de ecogenicidad menor que las paredes del hemiútero y la hemivagina obstruida [19]

El tratamiento de elección es la himenotomía (apertura de la membrana himeneal). La técnica quirúrgica elegida es la descrita por Rock. Esta técnica consiste en incisiones estrelladas a través de la membrana himeneal con escisión de los bordes. Se han descrito otras técnicas con uso de Láser de dióxido de carbono, o la colocación de una sonda Foley a través de una incisión central en el himen. Los resultados con cualquiera de las técnicas son muy buenos. [20]

Otras técnicas quirúrgicas, como la punción aspirativa, no están indicadas por el riesgo de introducir gérmenes dentro de una cavidad estéril y la potencial implicación sobre la esterilidad de la paciente. Durante la intervención quirúrgica se debe comprobar y proteger la permeabilidad uretral a través de una sonda vesical de Foley. Es útil recoger muestras para análisis bacteriológicos (aerobios y anaerobios). La laparoscopia también se propone en algunos estudios como procedimiento prequirúrgico en adolescentes con hematocolpos, porque pueden estar presentes severas adherencias pélvicas o una endometriosis asociada [7]

En todos los casos, se debe hacer seguimiento posterior (primer control en 1 y 4 semanas tras la intervención quirúrgica) para inspeccionar el área y descartar signos de infección o inflamación locales. Algunos autores recomiendan en púberes supresión menstrual con anticonceptivos orales durante 3-6 meses y está en discusión el prolongar este tratamiento en posteriores visitas. [21]

Conclusiones

La ginecología pediátrica es uno de los grandes temas que actualmente está adquiriendo gran auge en pediatría, sobre todo por el aumento en la demanda de pacientes pediátricas cuya responsabilidad asistencial actualmente se prolonga hasta los 18 años. Es importante por ello tener en cuenta, que debemos:

- Realizar una correcta historia clínica: anamnesis y exploración física, incluida una exploración cuidadosa de los genitales externos en niñas

recién nacidas y en adolescentes con dolor abdominal bajo, para lograr un diagnóstico precoz y de esta forma evitar complicaciones futuras.

- Descartar otros defectos congénitos del desarrollo urogenital.
- La ecografía es la prueba complementaria fundamental para el diagnóstico de himen imperforado mas hematocolpos.
- Comprobar en todos los casos la permeabilidad de la uretra mediante sondaje vesical.

Referencias Bibliográficas

1. Vilanova Fernández A, Roca Jaume N, Nieto del Rincón JF, Mulet Ferragut JM, Román Piñana. Himen imperforado: una revisión de diez años. *Rev Pediatr Atenc Prim*. [serie en Internet] 2003 [citado 20 Sep 2007]; 5: [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.dinarte.es/pap/num20/pdf/Himen%20imperforado.pdf>
2. Cabrera M, Milagros L, Caveda R, Lorenzo J. Anomalia vaginal: a propósito de un caso interesante. *Revista Ciencias Médicas v.14 n.1 Pinar del Río. Cuba. Enero a Marzo, 2010*. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942010000100028&script=sci_arttext
3. Delgado Pcellin I, Navas López VM, Rodríguez Herrera A, Espín Jaime B, Pizarro Martín A, Rodríguez Ruiz JR. Himen imperforado como causa infrecuente de dolor abdominal recurrente. *An Pediatr (Barc)* [serie en Internet]. 2007 [citado 13 Oct 2008]; 66(6): [aprox 4 p.]. Disponible en: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloId=13107402
4. Lim YH, Ng SP, Jamil MA. Imperforate himen: report of an unusual familial occurrence. *J Obstet Gynecol Res*. 2003; 29(6): 399-401.
5. Sakalkale R, Samarakkody U. Familial occurrence of imperforate himen. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2005; 18(6):427-9.)
6. Fernández Jiménez EM, Diego García DE, Trugeda García S, Sandoval González F. Masas abdominales en la infancia. *Bol Pediatr*. 2002; 41: 122-130.
7. Guerra Cabrera F, Cervera Valverde C, Lires Rodríguez C. Himen imperforado como causa de dolor sacrococcígeo recurrente. *FMC* 1998; 5 (5): 347
8. Quinn T, Erickson V, Knudson MM. Down's Síndrome, precocious puberty, and transverse vaginal septum: an unusual cause of abdominal pain. *J Pediatr Surg* 2001; 36: 641-3.
9. Hernandez C, et al. Tratado de pediatría. Nueva Edición. Editorial Océano. Barcelona - España. Cap. 21.8: Ginecología pediátrica. Págs.: 1718.
10. García Reymundo M, Hidalgo-Barquero del Rosal E. Dolor abdominal recurrente secundario a hematocolpos. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2008;(2) 2.
11. Zuccardi L, Bou-Khair RM, Gringarten

- M, Graciano G, Escobar de Lázari ME. Endometriosis en la etapa infanto-juvenil: presentación de nueve casos en un hospital pediátrico. *Arch Argent Pediatr*. 2007; 105(4): 328-332. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v105n4/v105n4a08.pdf>.
12. Vigod SN, Stewart DE. Treatment patterns in Canadian women with urinary incontinence: a need to improve case identification. *J Womens Health (Larchmt)* 2007 Jun;16(5):707-12.
 13. Yu TJ, Lin MC. Acute urinary retention in two patients with imperforate hymen. *Scand J Urol Nephrol* 1993;27: 543-4.
 14. Little HK, Crawford DB, Meister K. Hematocolpos: diagnosis made by ultrasound. *J Clin Ultrasound* 1978;6:341-2
 15. Benitez Navio J, Casanueva Luis T, Laguna Urraca G, Gallardo Galan C, Garcia Velasco S. Right hematocolpos and hematometra with left renal agenesis. A rare association. Apropos a case. *Arch Esp Urol* 1993;46:824-7
 16. Trejo EC, Carranza LS. Malformaciones congénitas del aparato reproductor. En: Trejo EC, Carranza LS. Manual de normas y procedimientos en ginecología. Luis Castelazo Ayala; 2005. Pp. 1103
 17. Gómez JB, Serna JA, Blasco I, Navarro H, Garaulet JV, Ingelmo MR. Hematocolpos secundario a himen imperforado aislado. Aportación de la ecografía pélvica abdominal. *Obstet Ginecol [serie en Internet]*. 2004 [citado 21 Jun 2008]; 47: [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.elsevier.es/revistas/cil_servlet?_f=7064.
 18. M. Jiménez Villodres, P. Galindo, M. E. Palacios, C. Asensio. Insuficiencia renal en el síndrome de Rokitansky. *Nefrología*. 2004; 24 (3): 300-301.
 19. Stoisa D, Armas D, Lucena ME, Staffieri R. Villavicencio RL. Síndrome de Wunderlich. Útero didelfo, hemivagina ciega y agenesia renal homolateral. Puesta al día. *Anuario Fundación Dr. J. R. Villavicencio*. 2005; (13):177-181
 20. Rock J. Trastornos quirúrgicos de la vagina y uretra. En: Thomson J, Rock J. *Te Linde Ginecología Quirúrgica*. 7 ed. México: Editorial Médica Panamericana; 1993. p. 1014-16.
 21. Ali A, Cetin C, Nedim C, Kazim G, Cemallettin A. Treatment of imperforate hymen by application of Foley catéter. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004; 106(1): 3-4.
 22. Fontirroche R, Barroetaña Y, Rodríguez B, Gonzales L. Hematocolpos secundario a himen imperforado en la adolescencia. A propósito de un caso. *Hospital Provincial Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola" Ciego de Ávila. MEDICIEGO* 2010; 16(1). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_01_10/casos/t-17.html.