



CASO CLÍNICO CASE REPORT

MANEJO QUIRÚRGICO DE UN CASO DE HEMATOCOLPOS POR TABIQUE VAGINAL TRANSVERSO

Resumen

Se presenta un caso de hematócolpos, en una niña de 14 años, sometida a himenotomía en otra institución, sin lograrse evacuar el hematócolpos por presencia de tabique vaginal transversal, siendo transferida a nuestro Hospital. Refería dolor pélvico, disuria, polaquiuria y tumoración en hipogastrio; estaba febril, con presencia de tumoración pélvica hacia fosa iliaca izquierda. La vagina estaba obturada por tabique transversal a 1 cm del introito. Se halló fístula rectovaginal y tumor renitente a tensión de 6 cm hacia pared rectal anterior. Se inició antibioterapia, y la ecografía transperineal localizó el tabique, su grosor y diámetro y distancia del meato urinario. Bajo anestesia epidural y cateterización vesical, se punzó el tabique en el punto medio, obteniéndose 200 mL de material hemopurulento maloliente. Con tracción con sonda Foley triple vía, globo insuflado con 30 mL de suero, se pudo exponer el tabique que fue cortado en rodete con electrobisturí. Se reparó la fístula rectovaginal en tres planos. Por persistencia de fiebre, el piosálpinx fue resuelto al sexto día vía laparoscópica y fue dada de alta al 16° día.

Palabras clave: Amenorrea primaria, hematócolpos, himen imperforado, tabique vaginal.

Surgical treatment of hematócolpos due to transverse vaginal septum.

ABSTRACT

A case of hematócolpos in a 14 year-old girl is presented. She had hymenotomy at other institution without evacuation of hematócolpos due to transverse vaginal septum; she was transferred to our Hospital. She complained of pelvic pain, dysuria, polaquiuria and hypogastric tumor; she had fever and a left pelvic tumor. A transversal septum 1 cm from the introitus closed the vagina. Rectovaginal fistula and tense tumor were present at 6 cm towards the anterior rectal wall. Antibiotics were started and transperineal ultrasound localized the septum, its thickness, diameter and distance from the urinary meatus. Under epidural anesthesia and with bladder catheter, the septum was punctured centrally and 200 mL of foul hemopurulent material was obtained. By traction with three-way Foley catheter filled with saline 30 mL the septum was exposed and cut in ring shape with electro scalpel. The rectovaginal fistula was repaired in three layers. Due to persistence of fever pyosalpinx was resolved at the sixth day by laparoscopy and the patient was discharged on day 16.

Key words: Primary amenorrhea, hematócolpos, imperforated hymen, vaginal septum.

JORGE GUTARRA CANCHUCAJA¹, IMELDA LEYTON VALENCIA², FRANCISCO ESTEVES OSSO³, MILTHON MESTANZA SÁENZ⁴, LUISA CÁCERES⁵

¹ Médico Gineco-obstetra, Asistente Servicio de Ginecología, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú

² Médico Gineco-obstetra, Jefe de la Oficina Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente de EsSalud, Lima, Perú

³ Médico Gineco-obstetra, Jefe del Servicio de Ecografía, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú

⁴ Médico Gineco-obstetra, Jefe del Servicio de Reproducción Humana, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú

⁵ Médico Residente de Ginecología y Obstetricia, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú

Trabajo presentado como Tema Libre al XIX Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, noviembre 2012.

Correspondencia:

Dr. Jorge Edgardo Gutarra Canchucaya
Teléfono: 351 0502 Celular: 999 467 643
Correo electrónico:
jorgegutarrac@yahoo.es

Rev peru ginecol obstet. 2013;59: 133-138



INTRODUCCIÓN

El himen imperforado es una malformación vaginal poco común. Se describe en la literatura una frecuencia entre 0,5 y 1/1000. Se caracteriza por la falta de canalización del tejido conjuntivo que conforma el himen, permaneciendo ocluido el orificio de salida de la vagina. La teoría más aceptada corresponde a una alteración en el desarrollo de los conductos de Müller^(1,2) y a su vez, es la patología más frecuente del sistema de los conductos müllerianos, que ocurre en el quinto mes de gestación⁽³⁾. Otros autores han planteado un origen genético, dado que se puede repetir en varios miembros de una familia⁽⁴⁾.

Las malformaciones del aparato reproductor femenino se hacen manifiestas en diferentes etapas de la vida de la mujer^(3,5), ocurriendo que la mayoría de las anomalías visibles en los genitales externos se manifiestan desde el nacimiento, mientras que las anomalías estructurales obstructivas y no obstructivas del aparato reproductor se hacen presente no solo al nacimiento, sino también en la niñez, la pubertad, durante la menarquía, en la adolescencia o en etapas posteriores de la vida⁽³⁾. Así tenemos que, en el periodo de la recién nacida puede presentarse como una tumoración pelviana secundaria a un cúmulo de mucosidad. Esta presentación ocurre en aproximadamente 40 a 50% del total de los casos⁽¹⁾.

El himen imperforado suele permanecer asintomático durante el periodo de la niñez y pasar inadvertido, lo que puede deberse a la falta de examen de los genitales en los controles de salud, hasta que llega la edad de la menarquía, momento en que con el inicio de la descamación endometrial, estas niñas empiezan a presentar dolor abdominal cíclico de intensidad variable⁽⁵⁾, debido a que se produce acumulación de sangre en la vagina. Los niveles de afectación pueden ir desde la vagina hasta las trompas de Falopio. La sangre menstrual retenida en la vagina, el útero y las trompas de Falopio puede dar como resultado hematocolpos, hematometra y hematosálpinx progresivos⁽⁴⁾.

La asociación de dolor abdominal y fiebre es característica y obliga a realizar una exploración minuciosa del aparato genital por parte del especialista. En el caso de una tumoración abdominal, la valoración debe incluir el introito vaginal. Sin embargo, el pediatra no la realiza de manera sistemática en la exploración inicial ni en consultas subsiguientes, lo que retrasa el diagnóstico de la patología del himen a cualquier edad.

Además, se cometen errores en el abordaje diagnóstico, lo que lleva a realizar laparotomías innecesarias. Su diagnóstico y tratamiento tardío puede producir endometriosis, adenosis vaginal y hemoperitoneo. El diagnóstico puede retardarse bastante cuando se omite el examen de los genitales, llegando a presentar abdomen agudo con secuelas importantes que comprometen la futura fertilidad⁽⁶⁾.

La presencia de un piocolpos debido a la infección del flujo vaginal es un cuadro poco frecuente; su incidencia se estima en 0,1 a 0,05%⁽⁷⁾.

La vía de infección del flujo retenido que se presenta con mayor frecuencia es la hematógena; de ahí la importancia de su drenaje sin demora^(8,9). También es necesario mencionar que no es rara su asociación a infecciones urinarias a repetición, por gérmenes poco frecuentes, debido a la compresión que el piocolpos origina sobre los uréteres. Incluso puede llegar a originar hidronefrosis y abscesos renales en casos severos^(8,9).

El diagnóstico se basa en una buena historia clínica, la exploración física y las pruebas de imagen. La ecografía abdominal puede mostrar una tumoración abdominal que puede llegar a ocupar todo el hipogastrio e hipocondrio, con contenido ecodenso en su interior. En ocasiones, el piocolpos puede ser de tal cuantía que origine piometra e incluso piosálpinx. En ocasiones es necesaria la realización de una resonancia magnética para diagnóstico diferencial de otras lesiones ocupantes de espacio^(8,11). Se puede contar en la actualidad con los avances del diagnóstico ecográfico prenatal en el que se puede sospechar de una imagen que se asocie a cierto grado de muco-colpos intraútero⁽⁷⁾.

El tratamiento estándar consiste en himenectomía en T, en X o cruciforme, en quirófano, bajo anestesia general, seguido por excisión del tejido sobrante y drenaje del material hemopurulento acumulado^(7,12,13). Algunos expertos utilizan incisiones circulares o elípticas. Se debe dejar un orificio himeneal con un diámetro de aproximadamente 1 dedo para impedir que se cierre de nuevo. Hacer una sutura continua de reabsorción tardía de 4-0, impidiendo la cicatrización precoz del orificio creado. No se recomienda el lavado vaginal con sueros ni soluciones antisépticas, por la posibilidad de ascensión de gérmenes a través de cérvix⁽¹³⁾.



CASO CLÍNICO

C.P.J., mujer de 14 años, natural de Jauja, Junín, quien acudió al Hospital Domingo Olavegoya de Jauja, Junín, por presentar dolor pélvico cíclico tipo cólico, de dos meses de evolución, con antecedente de amenorrea primaria, percibiendo además un aumento de volumen en hipogastrio. Fue evaluada clínica y ecográficamente concluyendo el diagnóstico de himen imperforado, hematocolpos. Fue sometida a intervención quirúrgica en ese nosocomio, realizándosele himenotomía, con la que no lograron evacuar el hematocolpos, por lo que deciden su derivación al Hospital San Bartolomé, en Lima.

Al Hospital San Bartolomé llega manifestando dolor pélvico constante, disuria, polaquiuria y sensación de alza térmica.

Al examen físico, las funciones vitales eran presión arterial 110/70 mmHg, temperatura 37° C, pulso 76 por min, frecuencia respiratoria 20 por min. Paciente en aparente buen estado general, lúcida, bien orientada. Cardiopulmonar: dentro de límites normales. Abdomen doloroso en el hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, siendo lo más destacado la presencia de tumor suprapúbico y dolor a la presión en la región de hipogastrio.

Al examen ginecológico, vagina obturada por tabique transversal a 1 cm del introito, el cual no protruye a la maniobra de Valsalva. Tacto rectal: esfínter hipotónico, fístula rectovaginal de 5 mm, con 4 puntos de vicryl en cada cuadrante, producto de la ‘himenotomía’ realizada en el Hospital de Jauja; y tumor renitente a tensión, de 6 cm, hacia pared rectal anterior; órganos pélvicos difícil precisar por dolor y resistencia abdominal.

Hemograma con leucocitos 18 610 y 12 abastados, hemoglobina 12,4 g/dL, hematocrito 36%, examen de orina con leucocitos 40 a 50/campo, con piocitos y gérmenes móviles. Resto de exámenes sin alteraciones.

La ecografía en la nota de transferencia de su lugar de origen señalaba que “se visualiza masa a nivel vaginal compatible con colpometra, hematometra y masa de aspecto heterogéneo en fosa ilíaca izquierda de aproximadamente 4 x 5 cm.” En nuestro Hospital, para corroborar y planificar la cirugía se realizó las ecografías siguientes:

- La ecografía transabdominal mostró hematocolpos (figura 1) y la transperineal el tabique vaginal (figuras 2 y 3) y sus características (figura 4).

Figura 1. Ecografía abdominal muestra hematocolpos de 67 x 60 mm.



Figura 2. Tabique vaginal de 6 mm. Hematocolpos y su relación con la uretra y vejiga hacia la pared anterior de vagina

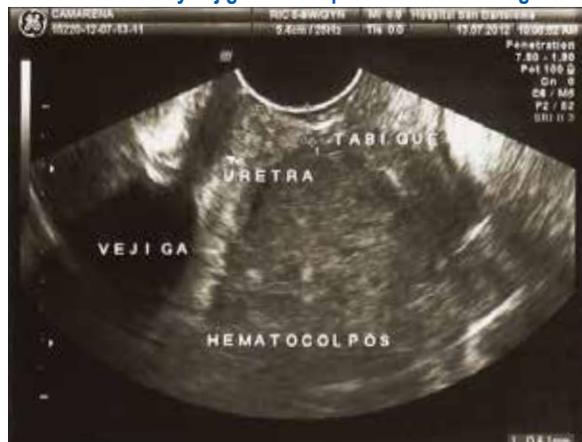


Figura 3. Tabique vaginal de 6 mm de espesor y 13 mm de diámetro.



Con los diagnósticos de amenorrea primaria, hematocolpos, hematometra, hematosálpinx, tabique vaginal transversal e infección del tracto urinario, se inició antibioterapia parenteral de amplio espectro, y se decidió tratamiento quirúrgico consistente en himenotomía (extirpación del tabique vaginal transversal) y drenaje del hematocolpos; de acuerdo a la evolución, se realizaría salpingectomía laparoscópica.

Figura 4. Distancia de la uretra a punto medio de tabique: 11,5 mm.



Previa anestesia epidural y con la paciente en posición ginecológica se procedió a asepsia y antisepsia del área operatoria, colocación de campos estériles, cateterización vesical con Foley N° 14, punción del tabique con bisturí N° 15 en el punto medio (a 12 mm por debajo del meato urinario, según ecografía transperineal), obteniéndose aproximadamente 200 mL de material hemopurulento maloliente. A través del orificio se pasó sonda Foley de triple vía N° 16, se insufló el globo con 30 mL de suero fisiológico y se la traccionó, exponiendo así el tabique, que fue cortado en rodete alrededor de la sonda con electrobisturí, en un radio de 6 mm (figuras 5 y 6). El corte fue fácil y uniforme, sin sangrado de los bordes, habiendo certeza de no dañar las estructuras vecinas y la obtención de un orificio de calibre tal que evitara su cierre ulterior (figura 7). Se hizo aspiración y lavado de material hemopurulento contenido en la vagina con suero fisiológico instilado a chorro mediante jeringa de 20 mL. Finalmente, se extirpó la fístula rectovaginal (figura 8) con los puntos de los cuatro cuadrantes de la 'himenotomía' realizada en Hospital de Jauja; se hizo resección fina de los bordes y sutura en tres planos -mucosa, muscular y pared vaginal- con puntos separados de catgut crómico 2/0.

La evolución posquirúrgica de ambas intervenciones cursó favorablemente, pero con fiebre por el piosálpinx, que fue resuelto con salpingectomía laparoscópica, siendo dada de alta en buenas condiciones al decimosexto día.

DISCUSIÓN

La cesárea es la causa más frecuente de fístulas vesicouterinas. En la literatura se asocia entre 50 y 96%⁽⁴⁾. En nuestro caso, también el antecedente quirúrgico fue la cesárea. La vejiga urinaria, al estar en contacto con la parte inferior del útero

Figura 8. Identificación de la fístula rectovaginal de 5 mm a 1 cm del introito.

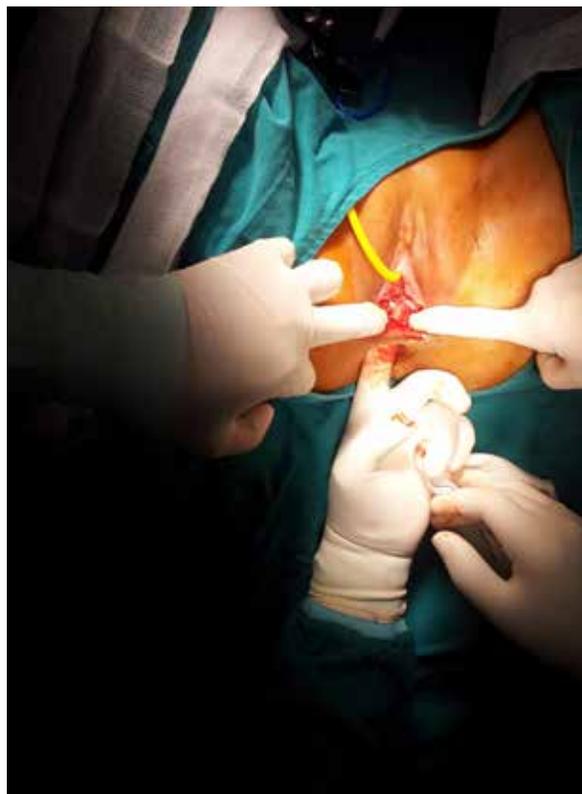


Figura 5. Corte en rodete con electrobisturí alrededor de la sonda.

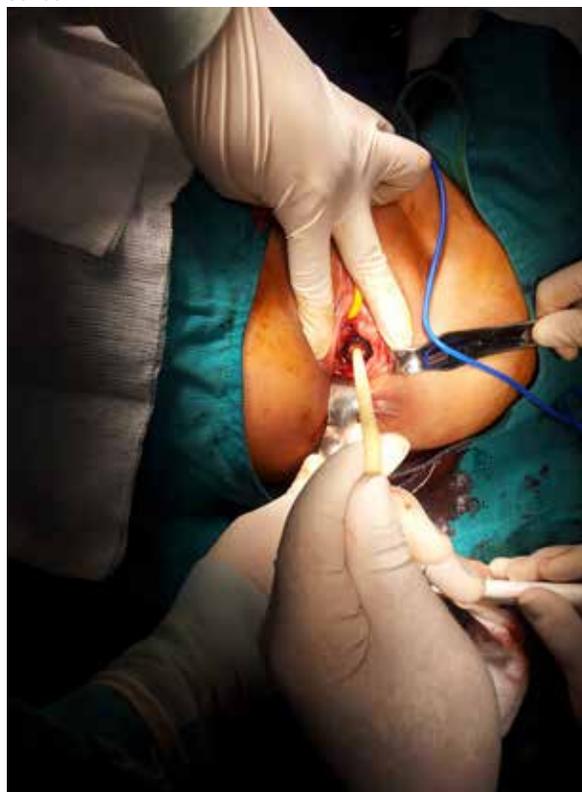




Figura 6. Tabique seccionado como anillo a la sonda con globo a la vista.

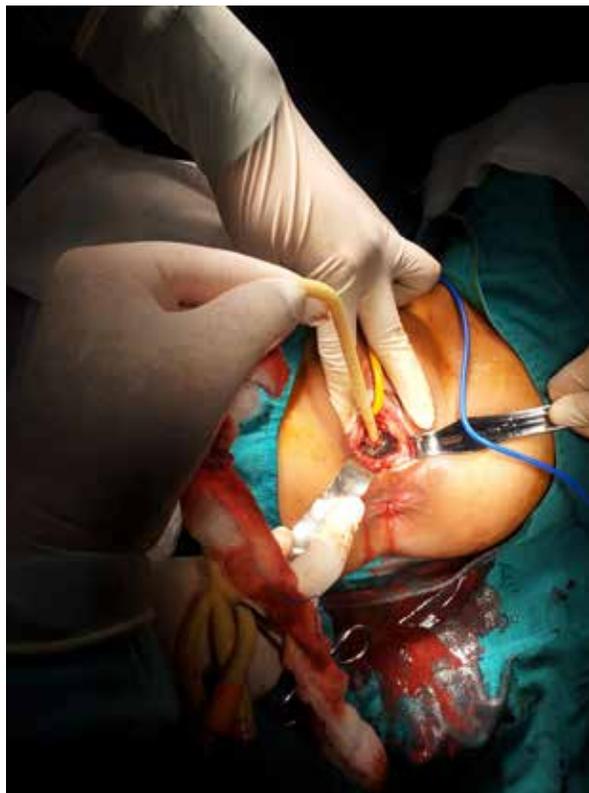


Figura 7. Paredes vaginales visibles luego de extirpar el tabique.



grávido, tiene posibilidades de ser lesionada durante la cesárea segmentaria baja, procedimiento que en los últimos años se ha incrementado.

La fistulas más frecuentes, según la clasificación de Józswik, son de tipo III en 50% y tipo I en 96%⁽⁸⁾. La paciente presentó clínica de menuria y a su vez incontinencia de esfuerzo intermitente, por lo que encaja en el tipo I y III.

Según la literatura, cuando está afectado el cuello uterino (66%) se puede tener pérdida de orina a través de la vagina. Las fistulas que comprometen el cuerpo uterino (vesicocorporales) presentan con menor frecuencia incontinencia por acción del istmo uterino, que actuaría como un esfínter^(4,8). A diferencia de las fistulas vesicovaginales que tienen IUE permanente, las fistulas vesicouterinas tienen IUE intermitente⁽⁴⁾. En nuestra paciente, la clínica se ha desarrollado de acuerdo a la literatura.

Józswik refiere que 5% de fístulas vesicouterinas cicatrizan espontáneamente⁽⁸⁾. Para otros autores, Soler⁽³⁾ y Allona⁽⁵⁾, el tratamiento definitivo es el quirúrgico, resultando alto porcentaje de éxito cuando se produce una adecuada fibrosis de la zona lesionada. En nuestro caso, el tratamiento quirúrgico fue la primera opción y la definitiva. La fístula fue tratada con éxito, ya que a dos años de control postoperatorio la paciente estaba asintomática.

Para concluir diremos que la fístula vesicouterina tiene incidencia infrecuente, dejó de ser diagnóstico excepcional, por incremento de las cesáreas segmentarias bajas, por lo que debe considerarse su posibilidad en poscesareadas que presentan incontinencia urinaria intermitente y menouria. La histerosonografía con inyección de suero y azul de metileno por el cuello uterino es un buen método diagnóstico, visualizado en tiempo real y sin radiación. El tratamiento quirúrgico es el de elección, que debe ser realizado después de fibrosis del trayecto fistuloso (diferida) y el abordaje de acuerdo a la localización de la fístula. La presencia de 2 trayectos fistulosos es muy difícil de diagnosticar de primera intención. En la revisión de la literatura no hemos encontrado otro caso similar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina Ramos N, Cerezuela Requena JF, Martín Martínez A, García Hernández JA, Chesa Ponce N. Fístula vesicouterina, una rara complicación del parto por cesárea. *Actas Urológicas Esp.* 2003;27(3):224-7.



2. Fernández Rodríguez A, Gómez Balaguer M, Mantanana V, Santolaya García JI, Polo Peris A, Canto Faubel E. Fístula vesicouterina: tratamiento conservador. Arch Esp Urol. 1991;44 (1):80-81.
3. Soler Soler J, Navarro Repiso JA, Hidalgo Domínguez y col. Fístula vesicouterina: aportación de dos nuevos casos. Actas Urol Esp. 1998;22(2):116-19.
4. Bonillo G, Pacheco Bru JJ, Palmero Marti JM. Fístulas vesicouterinas. Nuestra experiencia tras 25 años. Actas Urol Esp. 2003;(9):707-12.
5. Allona Almagro A, Sanz Miguelez JL. Fistulas urinarias, puesta al día. Act Urol Esp. 2002;26(10):776-95.
6. Ramamurthy S, Vijayan P, Rajendran S. Sonographic diagnosis of a uterovesical fistula. J Ultrasound Med. 2002;21:817-9.
7. Park BK, Kim SH, Cho JH, Sims JS, Seong CK. Vesicouterine fistula after cesarean section: findings in two cases. J Ultrasound. 1999;18:441-3.
8. Józwik M, Józwik M. Clinical classification of vesicouterine fistula. Int J Gynaecol Obstet. 2000;70(3):353-7.
9. Sheen JH, Lin CT, Jou YC, Cheng MT. A simple means of making differential diagnosis of ureterouterine and vesicouterine fistula. J Urol. 1998;160(4):1420-1.
10. Tarhan F, Erbay E, Penbegül N, Kuyumcuoğlu U. Minimal invasive treatment of vesicouterine fistula: a case report. Int Urol Nephrol. 2007;39(3):791-3.