

## HEMATOMETROCOLPOS EN LA INFANCIA: NUESTRA EXPERIENCIA

HOSPITAL PEDIATRICO PROVINCIAL DOCENTE  
"Dr. EDUARDO AGRAMONTE PIÑA", CAMAGUEY

*Dr. David Páez Campoy,\* Dra. Edith Grass Martínez\*\*  
Dr. Rafael A. Félix León\*\*\**

Se presentan 12 casos de pacientes con hematocolpos en la infancia. Se hace un análisis de los datos recogidos en cuanto a sintomatología, exámenes físico y complementarios realizados. Se señala el proceder quirúrgico seguido en cada caso. Se hacen conclusiones y recomendaciones.

### INTRODUCCION

Los trastornos del desarrollo embrionario son numerosos, y uno de los órganos que se afecta con gran frecuencia por las anomalías congénitas es el genitourinario. Esto es particularmente evidente en el tracto genital, donde las alteraciones de forma y posición de los órganos continúan incluso en la etapa posnatal.

Una de estas malformaciones, de naturaleza relativamente simple, de presentación poco común, y de repercusión poco significativa si es diagnosticada y tratada correctamente, es la imperforación de la membrana himeneal, lo cual crea mucocolpos o hematometocolpos.

Más complejas aún, y excesivamente raras en su incidencia en la práctica clínica, son aquellas malformaciones en las cuales los órganos impares del tracto genital aparecen duplicados. De estos, los casos que aparecen informados en la literatura médica han sido encontrados en niñas con duplicidad de vulva, uretra, y vejiga, así como de la vagina y el útero. En 1957 *Jettcoate*,<sup>1</sup> señalaba que esta malformación representaban gemelas incluidas y se acompaña casi invariablemente de otras malformaciones congénitas.

Del conocimiento de estas entidades pueden derivarse grandes beneficios para nuestras pacientes, pues en ocasiones una laparotomía innecesaria o

---

\* Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Jefe del Servicio de Cirugía.

\*\* Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Vicedirectora Facultativa.

\*\*\* Especialista de I Grado en Radiología. Jefe del Departamento de Rayos X.

una repercusión manifiesta sobre el aparato excretor urinario, pueden ser evitadas si se establece un diagnóstico y tratamiento precoces, lo que resulta, por demás, relativamente sencillo.

Además, se han registrado casos mortales, por sepsis del contenido retenido, en niñas en las cuales el mucocolpos o hematocolpos había permanecido oculto,<sup>2 3</sup> eventualidad esta inaceptable en el momento actual. Todo esto nos ha motivado a la presentación del estudio de estos estados patológicos.

## MATERIAL Y METODO

La realización de este trabajo implicó la revisión de las historias clínicas en nuestro Servicio, de todas aquellas pacientes cuyo diagnóstico de egreso fue el de tumores en la esfera genital, por hematocolpos o hematometocolpos, y se logró la recopilación de 12 casos clínicos en los que se presentó este tipo de malformaciones.

El período estudiado abarca los meses comprendidos de enero de 1974 a diciembre de 1984.

Se procedió a extraer los siguientes datos de dichos expedientes clínicos: datos generales, sintomatología, examen físico, complementarios realizados, y evolución tras el tratamiento operatorio.

Se sumaron las cifras recogidas por tabulación manual simple, y se reflejaron en tablas los resultados obtenidos.

## RESULTADOS

*Tipo de malformaciones:* en este aspecto debemos señalar que del grupo de pacientes estudiado obtuvimos las siguientes variedades:

- Duplicidad de útero y vagina, con agenesia renal homolateral: 2 pacientes (16,6 %).
- Atresia del  $\frac{1}{3}$  inferior de vagina: 2 pacientes (16,6 %).
- Imperforación himeneal con muco o hematocolpos: 7 pacientes (58,3 %).
- Duplicidad tabicada de cuerno uterino derecho: 1 paciente (8,3 %).

En esta serie no se presentó la atresia del  $\frac{1}{3}$  superior de la vagina, la cual ha sido señalada por los autores revisados.<sup>1-4</sup>

*Edad:* único dato de valor real entre los generales, pues de nuestras pacientes, en 11 las edades fluctuaban entre 12 y 14 años, y 1 de 9 años; esta última era la que presentó el mucocolpos.

Nuestros datos concuerdan con lo señalado en la literatura científica revisada,<sup>1 3 5</sup> pues la anomalía no se descubre generalmente hasta el comienzo de la menarquía, pues los síntomas se deben al acúmulo de la sangre menstrual por la tabicación del tracto genital, con la dilatación subsiguiente de la vagina o útero (figura 1). Sólo a una de nuestras pacientes fue la madre quien le detectó la malformación, por demás, asintomática.

*Sintomatología:* puede ser agrupada como se observa en la tabla 1.

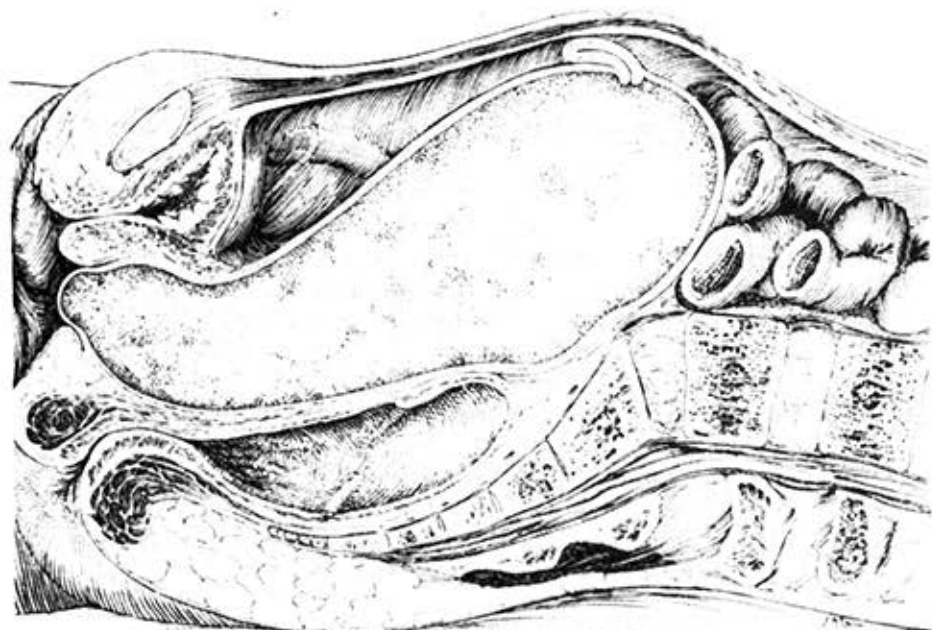


FIGURA 1. Himen imperforado: vagina distendida comprimiendo vejiga y recto.

TABLA 1

Síntomas	Número de pacientes	%
Dolor cíclico en bajo vientre	9	75
Dificultades en la micción	6	50
Tenesmo rectal	3	25
Ausencia de menarquía	8	66,6
Tumor en genitales externos	1	8,3
Malformación descubierta por la madre	1	8,3

Como se observa el dolor cíclico en bajo vientre, coincidente en 3 de las pacientes con el periodo menstrual, constituye el síntoma más común, y en lo referente a su evolución en el tiempo, este periodo varía entre los 6 días y los 5 a 6 meses previos al diagnóstico. La dificultad miccional sigue en

frecuencia, la cual se puede presentar en forma de tenesmo vesical o de retención completa de orina.

La ausencia de menarquía es otro dato significativo, y debe ser siempre indagado, especialmente en las niñas con caracteres sexuales bien definidos ya.

*Examen físico:* de la exploración física de nuestras pacientes se obtuvieron los datos que se exponen en la tabla 2.

TABLA 2

Examen físico	Número de pacientes	%
Caracteres sexuales secundarios desarrollados	11	93,3
Tumor abdominal palpable en hipogastrio	7	58,3
Himen: imperforado o abombado	7	58,3
Normal	4	33,3
Ausente	1	8,3
Tumor en introito vaginal	1	8,3
Tacto rectal «positivo» donde se palpa tumor en pelvis o vagina abombada	11	93,3
Tabique 1/3 inferior de vagina	2	16,6

El primer signo, junto con la ausencia de menarquía los consideramos los de más valor diagnóstico. Unido al examen integral de las pacientes, con la realización de tacto rectal, permiten llegar fácilmente, sin maniobras o exámenes complejos a un diagnóstico definitivo de estas entidades patológicas.

*Exámenes complementarios:* dentro de estos, los de más valor fueron:

1. Urograma descendente:
  - Signos de compresión de vejiga o uréter o ambos: 4 pacientes.
  - Ausencia de eliminación de un riñón: 2 pacientes.
  - Normal: 4 pacientes.
  - No realizados: 2 pacientes.
2. Aortografía transfemoral:
  - Puso de manifiesto la agenesia renal, homolateral, en las pacientes con duplicidad de útero y vagina; en una paciente fue afectado el riñón derecho, y en otra el izquierdo (figura 2).

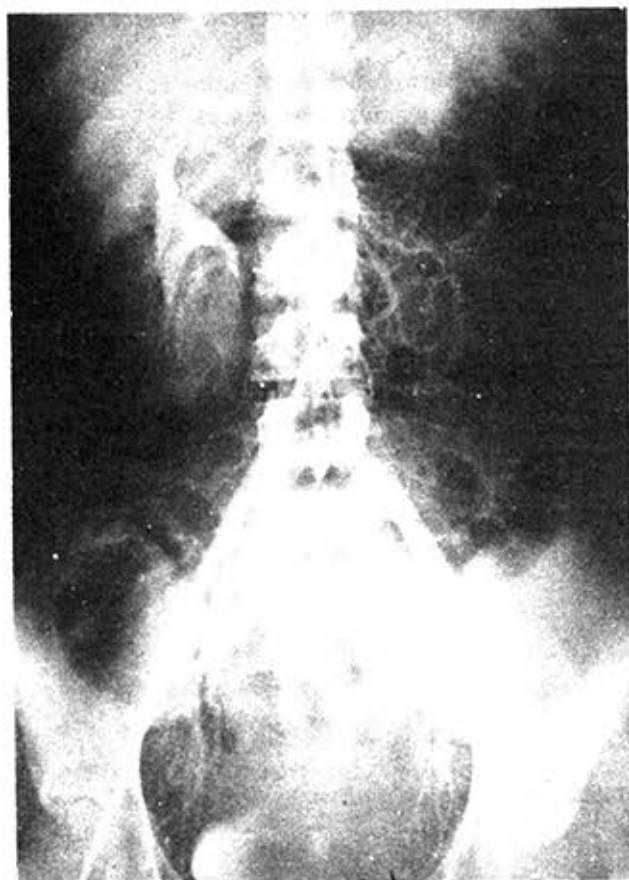


FIGURA 2. Aortografía trans-femoral que demuestra agenesia renal izquierda.

3. Vaginografía:  
Mostró duplicidad del canal vaginal y cuerno uterino en 2 pacientes, con trompa de Falopio única en cada una de éstas (figura 3).  
En 6 pacientes se reveló una vagina única, muy dilatada, sin toma evidente del cuerno uterino.
4. Histerosalpingografía:  
Se realizó este examen a una paciente, y se pudo observar marcada compresión y desplazamiento del cuerno uterino hacia el lado contrario, en el caso de la paciente con duplicidad tabicada del cuerno uterino derecho.
5. Pelvencumografía:  
Se realizó sólo a 2 pacientes y se determinó que no fue útil para el diagnóstico.
6. Laparoscopia:  
Una paciente que confirmó útero bicorne.

*Tratamiento realizado:* En todas se realizó tratamiento quirúrgico, el cual se resume de esta forma:

Resección himeneal circular: 7 pacientes.

Resección del tabique intravaginal: 2 pacientes.

Laparotomía y exéresis del cuerno uterino tabicado: 1 paciente.

Exéresis de tabique intervaginal: 2 pacientes.

La evolución posoperatoria en todas las pacientes fue favorable salvo en una de ellas que necesitó reintervención y nueva resección del tabique intravaginal, por caída prematura de la sonda que actuó como férula.



**FIGURA 3.** Vaginografía. Duplicidad del canal vaginal, útero y trompa izquierda.

## RECOMENDACIONES

1. La esfera genital debe ser bien explorada en las niñas que refieran antecedentes de dolor abdominal recurrente, e incluso en aquellas en que el dolor sea de presentación brusca, se acompañen o no de síntomas disúricos o digestivos.
2. Realizar, siempre que sea posible, el examen ginecológico a las niñas bajo anestesia general, para evitar así los trastornos psicológicos que esta manipulación pueda crear.
3. El tacto rectal debe ser complemento de todo examen físico bien realizado.
4. El urograma descendente debe ser realizado a todas las pacientes afectadas por estados anormales en el área genital.

5. En el posoperatorio de las atresias del  $\frac{1}{3}$  inferior de vagina, deben realizarse exámenes ginecológicos frecuentes, y dilataciones bajo anestesia, de ser necesario.

## SUMMARY

Twelve cases of hematocolpos in infancy are reported. An analysis of the data collected on symptomatology, physical and supplementary examinations performed is made. The surgical procedure followed in each case is described. Conclusions and recommendations are made.

## RÉSUMÉ

On présente 12 patients avec hémato-colpos dans l'enfance. On fait l'analyse des données ramassées en ce qui concerne la symptomatologie, examen physique et complémentaires réalisés. On signale le procédé chirurgical suivi dans chaque cas. On fait les conclusions et recommandations.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Hullman, J. W.*: The Gynecology and Childhood and Adolescence. Philadelphia, EE.UU., W. B. Saunders Co., 1969, Pp. 181, 186.
2. *Dewhurst, C. J.*: Ginecología Pediátrica. España, Ed. Alhambra, S.A. 1964. P. 39.
3. *Dewhurst, Sir J.*: Obstrucción de vías genitales. Clin Ped North Am 2: 331, 1981.
4. *Ravitch, M. M. et al.*: Pediatric Surg 2: 1452. Year Book Medical Publishers, Inc Chicago, EE.UU., 1979.
5. *Cruz, M. et al.*: Tratado de Pediatría. T. 2, Barcelona, España, Ed. Espaxs, 1983. P. 1316.

Recibido: 26 de octubre de 1986. Aprobado: 18 de diciembre de 1986.

Dr. *David Páez Campoy*. Calle 8, No. 56 (altos). Reparto Vistahermosa, Camagüey, Cuba.