

HEMATÓMETRA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

HEMATOMETER: FOR THE PURPOSE OF A CLINICAL CASE

(Entregado 04/03/2016 – Revisado 03/03/2017)

KLEVER PATRICIO MORENO PONCE

Médico General por la Universidad Central del Ecuador Quito 2011. Coordinador de Hospitalización del Hospital Básico de San Gabriel año 2012 – 2013. Médico Residente del Servicio Terapia Intensiva 2012 -2015. Miembro Comité de Investigación y Docencia del Hospital Luis Gabriel Dávila. Y Colaborador del Laboratorio Ecocardiografía periodo 2012 – 2015 Tulcán.

NUBIA CAROLINA VILLAREAL PONCE

Médico General de la Universidad Central. Año 2011. Médico Residente en Hospital Básico San Gabriel año 2011- 2012. Médico Residente en Hospital Luis Gabriel Dávila Servicio Cirugía desde 2013 hasta la actualidad.

ADRIANA ROCÍO ALBUJA CASTILLO

Obstetriz Graduada en la Universidad Central Del Ecuador 2011, actualmente Líder del Centro de Salud de Punyaro, de la Ciudad de Otavalo y Maestría de Gerencia en Salud para el desarrollo Local en la Universidad Técnica Particular de Loja.

Hospital Luis G. Dávila- Ecuador
patriciomoreno123@hotmail.com

RESUMEN

El hematómetra es una afección rara que se caracteriza por la acumulación de sangre menstrual en el útero, que no puede evacuarse por el cuello uterino. Esta patología debe sospecharse en adolescentes con amenorrea primaria y dolor recurrente en bajo vientre, condicionado por la obstrucción en alguna región anatómica de la vía de salida del sangrado menstrual. Entre las principales causas tenemos las malformaciones mullerianas como el himen imperforado y tabique vaginal transversal y entre las causas adquiridas, encontramos la malignidad endocervical o debido a procedimientos quirúrgicos. Se desconoce la prevalencia de hematómetra en general, pero tiene una frecuencia aproximada de 1 por 70.000 pacientes ginecológicas, cuando la etiología es tabique vaginal transversal.

El caso se presenta en una paciente femenina de 13 años que ingresa por Emergencia en el Hospital Luis Gabriel Dávila por dolor abdominal en bajo vientre de tres meses de evolución, en el examen físico se encontró altura de fondo uterino que llega al ombligo y el estudio ecoFigura revela presencia material ecogénico en interior de cavidad uterina y vagina, es ingresada para realizar vaciamiento quirúrgico, con lo que

se confirma el diagnóstico de hematometra por presencia de un tabique vaginal transverso.

Palabras clave: hematometra, tabique vaginal transverso, malformaciones müllerianas.

ABSTRACT

Hematometra is a weird condition characterized by the accumulation of menstrual blood in the uterine cavity that can not be evacuated by the cervix. This condition should be suspected in teenagers with primary amenorrhea and recurrent pain in lower abdomen that is conditioned by the blockage in any anatomical region of the outflow tract of the menstrual bleeding. The main causes are Mullerian malformations such as imperforate hymen and transverse vaginal septum while the acquired causes are endocervical malignancy or due to surgical procedures. It is general unknown the hematometra prevalence but it has an approximate frequency of 1 per 70.000 gynecological patients when the etiology is about transverse vaginal septum.

The case of a 12 female patient who got into Emergency at the Luis Gabriel Dávila hospital because of an abdominal pain in lower abdomen, three months of evolution, in the physical examination it was found that the fundal height reaches the navel; the sonographic study exposed the presence of echogenic material inside of uterine cavity and vagina, the patient is gotten into the hospital to do surgical emptying that confirms hematometra by the presence of a transverse vaginal septum.

Keywords: hematometra, transverse vaginal septum, Mullerian malformations.

1. Introducción

El hematometra es una de las patologías, que en la mayoría de los casos, se presenta durante la menarquia y es debido a malformaciones útero vaginales con una prevalencia a nivel mundial del 6.7% en la población general. Dentro de estas malformaciones útero vaginales encontramos; imperforación de himen, tabique vaginal transverso o por procesos que obliteren el cuello como estenosis cervical secundaria a procesos quirúrgicos, cáncer de cuello, endometrio, fibromas cervicales, restos ovulares abortivos (León, 2008, p.4).

La incidencia de himen imperforado se estima en 1 de 1000 pacientes, mientras que la del tabique vaginal transverso tiene una frecuencia aproximada de 1 de 70.000 pacientes ginecológicas. El tabique vaginal transverso es una de las anomalías más raras del tracto reproductivo, su descripción inicial fue hecha por Delauney en 1877 (García, et al, 2010, p.5-6).

Las alteraciones del ciclo menstrual constituyen uno de los principales motivos de consulta en ginecología (aproximadamente 37% de las consultas), La prevalencia de la amenorrea no fisiológicas es de aproximadamente 3% a 4%, según la clasificación de la OMS, las alteraciones del tracto genital son la cuarta causa de amenorrea primaria y el 30 % de amenorrea primaria es debido a alteraciones del tracto genital femenino, de las cuales el 2 % es a causa de tabique vaginal transverso (León, 2008,p.4-5).

Cuando el hematómetra se diagnostica tempranamente es relativamente fácil de tratar, así se evita evoluciones terribles como la endometriosis avanzada y toda su sintomatología a la que conlleva, en algunos casos, puede llegar a haber colección hemática a nivel de las trompas de Falopio (hematosalpinx) y derrame de sangre a cavidad peritoneal, a través del orificio tubario.

El hematómetra conlleva a alteraciones fisiológicas como psicológicas, tanto para la paciente como para su entorno social, lo que repercute en la vida de la adolescente al alterar su esquema corporal, su capacidad reproductiva y la dificultad para el ejercicio de su sexualidad, mientras que en su entorno psicosocial su estado puede confundirse con las características de un embarazo y de esta manera, ser sometida a un juicio de valores que rige la sociedad (Kaufman, et al., 2010, p.7).

2. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años edad procedente área rural de Tulcán, refiere que desde hace aproximadamente 3 meses presenta dolor abdominal a nivel de hipogastrio tipo cólico, de moderada intensidad que se incrementa hace una semana, causado aparentemente por la realización de esfuerzos físicos, irradiado a la región genital y miembros inferiores, acompañada de ausencia de menarquia así como la presencia de masa a nivel abdominal. Abdomen: suave, depresible, se palpa a nivel de hipogastrio una masa móvil, dolorosa a la palpación superficial y profunda, con altura uterina la cual llega hasta nivel de ombligo. Región inguino genital: Se evidencia genitales de nulípara, en región externa sin alteración patológica aparente. No se valora genitales internos debido a que paciente refiere no haber iniciado vida sexual. Miembros inferiores: sin patología. Exámenes laboratorio: Biometría hemática, Química sanguínea y Elemental Microscópico Orina dentro parámetros normales.

La Ecografía pélvica reporta útero incrementado de tamaño, con una longitud de 11.03 cm, altura de 7.43 cm, ancho de 8.9 cm que corresponde a un volumen de 383 ml, por presencia de un contenido ecogénico en interior de cavidad endometrial. Anexos sin alteraciones. Douglas libre.



Figura 1: Se observa cavidad uterina distendida por material ecogénico homogéneo que corresponde a hematometra.

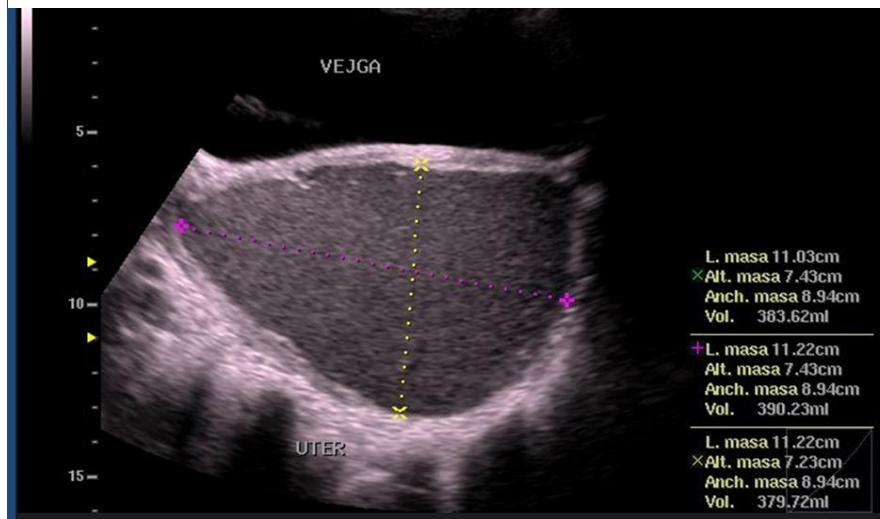


Figura 2: Cavidad endometrial en corte longitudinal con evidencia de hematometra que casusa distensión en cuerpo, fondo y segmento uterino inferior, encontrándose en un volumen de 383 ml.

3. Discusión

La hematometra es una acumulación de sangre en el útero (metro) o vagina (colpos), que depende del sitio de obstrucción. Antes de la menstruación la acumulación de secreciones en la vagina y el útero se llama hidrometrocolpos, después de la menstruación el hematometrocolpos es la consecuencia de sangre menstrual retenida que puede ser congénita o adquirida.

Dentro de las causas congénitas, los defectos de Müller son un problema clínico, cuya incidencia es difícil de determinar ya que la mayoría de datos se derivan de los estudios de pacientes con problemas reproductivos y un diagnóstico preciso y la evaluación completa de la morfología uterina no siempre se ha realizado. En muchas pacientes, las anomalías congénitas uterinas se han relacionado con la infertilidad, pérdida recurrente del embarazo, nacimiento prematuro y otras complicaciones obstétricas. Aunque las malformaciones uterinas son comunes, las malformaciones complejas son raras. El fracaso de la fusión de los conductos de Müller puede resultar en un útero didelfo en algunos casos y el fracaso de canalización o la resorción en el canal uterovaginal o seno urogenital pueden conducir a un tabique vaginal (Khunda & Al-Omari 1988).

Las causas adquiridas son la atrofia senil del conducto cervical, la cicatrización del istmo por sinequias, la radiación y la neoplasia endocervical o debido a procedimientos quirúrgicos (Fujimoto, Klein & Miller 1988). Varios procedimientos quirúrgicos se han asociado con hematómetra entre los más frecuentes encontramos la dilatación y legrado, conización, la ablación endometrial, criocoagulación y electrocauterio (Goluda, Gabrys, Ujec, Jedryka & Goluda 2006).

Aunque es raro, la aparición de adherencias intrauterinas hematómetra o piómetra, puede ser una secuela a largo plazo de la cesárea, que podría ser debido a cierre uterino inapropiado debido a la costura de la pared uterina anterior y posterior con la creación de una bolsa uterina (Mathelier 2003). La literatura ha aislado informes de casos de formación hematómetra luego de parto por cesárea, los riesgos asociados incluyen placenta previa, placentas percreta, corioamionitis con rotura prolongada de membranas, múltiples cesáreas o un útero lleno de cicatrices y la endometritis postparto (Poothavelil, Hamidi & Hamidi 2008). Poothavelil reportó un caso de placenta previa en múltiples suturas hemostáticas. Y la extracción manual de la placenta también puede contribuir significativamente a estas complicaciones.

El diagnóstico de este síndrome es un reto ya que las quejas son inespecíficas y presentaciones son heterogéneas, una historia de dolor pélvico después de la menarquia, la dismenorrea y un aumento del volumen abdominal son las quejas que son indicativas de anomalías uterinas. La amenorrea primaria y los cambios en los flujos menstruales también pueden estar presentes. Para su diagnóstico la Ecografía convencional, Tomografía Computarizada y Resonancia Magnética son herramientas útiles para el estudio y caracterización de las malformaciones müllerianas.

La laparoscopia y laparotomía pueden ser apropiados para ayudar en la definición de la anatomía y para tratar las anomalías y las condiciones concomitantes como adherencias o endometriosis. En la ecografía si la obstrucción es a nivel de la vagina existirá una marcada distensión de la vagina y de la cavidad endometrial por material ecogénico y si esta se detecta antes de la pubertad la acumulación de secreciones será anecoica. En caso de hidrómetra o hematómetra adquiridas se mostrara una cavidad distendida y llena de líquido que puede contener un material ecogénico, siendo difícil diagnosticar una sobre infección piómetra de la hidrómetra con la ecografía, por lo que la clínica juega un papel transcendental para su diagnóstico (Sherer, Khoury, Hellmann, Abdelmalek, Kheyman & Abulafia 2006). Siendo así que ecografía transvaginal nos ofrece una visualización más clara y definida de la cavidad endometrial, pudiéndose establecer en muchos de los casos el sitio de obstrucción, si se estudia detalladamente el cuello uterino y canal endocervical.

Intervenciones quirúrgicas para las malformaciones de los conductos de Müller simples como himen imperforado, tabique vaginal transverso y la atresia cervical, se han realizado sin complicaciones (Bugmann, Amaudruz, Hanquinet, La Scala, Birraux & Le Coultre 2002). La creación de la nueva vagina y cérvix requiere operaciones más complejas asociado con una alta morbilidad y éxito limitado, lo que requiere, en muchos de los casos, la histerectomía como la última alternativa (Gurbuz, Karateke & Haliloglu, 2005). El consenso general de tratamiento de estos pacientes ha sido la de eliminar las estructuras de Müller durante la operación inicial a fin de evitar complicaciones postoperatorias.

4. Conclusiones

La hematómetra debe considerarse en cualquier mujer con dolor abdominal agudo, sobre todo cuando el dolor se asocia con amenorrea secundaria, que resulta de la obstrucción parcial o completa del tracto genital inferior que si depende de su etiología puede ser congénita o adquirida. Las causas congénitas más comunes son himen imperforado, tabique vaginal transverso y en las causas adquiridas se encuentran las neoplasias de cuello uterino y cirugías previas.

Dentro de su diagnóstico juega un papel trascendental los métodos de imagen entre estos la ecografía supra púbica y transvaginal que nos ayuda a determinar el volumen del hematómetra, así como también encontrar el sitio de obstrucción, para poder planificar la mejor estrategia quirúrgica y prever alguna complicación postoperatoria (Sherer, Khoury, Hellmann, Abdelmalek, Kheyman & Abulafia 2006), (Fisch & Jacobson 1967). La Tomografía Computarizada y Resonancia Magnética se reversa para los casos en los que no exista una adecuada ventana acústica o en casos de malformaciones mullerianas complejas.

Múltiples suturas hemostáticas en la cesárea por placenta previa puede ser un factor causante de esta complicación, junto con otros factores de riesgo como múltiples cesáreas o corioamniotitis y es necesario el reconocimiento de estos factores además de una técnica quirúrgica meticulosa quienes eviten este tipo de complicaciones.

5. Recomendaciones

Se recomienda tener, un alto índice de sospecha de esta patología, para llegar aun diagnóstico de hematómetra y así poder planificar la mejor estrategia quirúrgica dependiendo de su causa. Para lo cual es necesario realizar una historia clínica y examen físico minucioso, pudiendo encontrar un útero de diámetros aumentados asociado a amenorrea primaria y dolor en bajo vientre.

Una vez con el diagnostico presuntivo, la ecografía transabdominal es la primera opción de imagen para los casos sospechosos, en donde es necesario tener una vejiga llena de orina para poder realizar un estudio adecuado de útero, cuello uterino y anexos (Sheih, Liao, Liang & Lu 1995), (Scheerer & Bartolucci 1996). Puede requerirse la ecografía transvaginal para realizar un examen más minucioso y detallado del lugar de obstrucción (Sherer, Khoury, Hellmann, Abdelmalek, Kheyman & Abulafia 2006), sin recomendarlo su uso en pacientes que aún no han tenido actividad sexual.

Cada Gineco Obstetra debe estar familiarizado con las diferentes técnicas quirúrgicas cuando se realiza un vaciamiento quirúrgico en el caso de que la obstrucción de tracto genital inferior se deba a las malformaciones mullerianas, a fin de tener que evitar realizar una histerectomía y

poder preservar la capacidad reproductiva de la paciente (Bugmann, Amaudruz, Hanquinet, La Scala, Birraux & Le Coultre 2002).

6. Referencias bibliográficas

- Arredondo, R., Rodríguez, M., Anaya, M.,(2012). Hematómetra comunicación de dos casos. Revista Imbiomed. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=85849&id_seccion=3016&id_ejemplar=8460&id_revista=181
- Bugmann, P., Amaudruz, M., Hanquinet, S., La Scala, G., Birraux, J. & Le Coultre, C.(2002). Uterocervicoplasty with bladder mucosa for the treatment of complete cervical agenesis. *Fertility and Sterility*;77:831–835. [PubMed]
- Fisch, A. E. & Jacobson, J.B. (1967). Ultrasound findings in segmental uterine distension. *J Clin Ultrasound*;4:209–11. [PubMed]
- Fujimoto, V.Y., Klein, N. A., Miller, P.B. (1988). Late-onset hematometra and hematosalpinx in a woman with a noncommunicating uterine horn. A case report. *J Reprod Med*;43:465–7. [PubMed]
- Goluda, M., Gabrys, M.S., Ujec, M., Jedryka, M., Goluda, C. (2006). Bicornuate rudimentary uterine horns with functioning endometrium and complete cervical-vaginal agenesis coexisting with ovarian endometriosis: a case report. *Fertility and Sterility*;86(2):462.e9–462.e11. [PubMed]
- Gurbuz A, Karateke A, Haliloglu B. Abdominal surgical approach to a case of complete cervical and partial vaginal agenesis. *Fertility and Sterility*. 2005;84(1):p. 217. [PubMed]
- Gutarra J.,Leyton, I., Esteves, F., Mestanza, M., Cáceres, L.,(2013). Manejo quirúrgico de hematócolpos por tabique vaginal transverso.Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.
- Kaur, G., Jain, S., Sharma, A,. (2014).HematometraFormation a rarecomplication of cesareandelivery. *Journal of clinical and diagnosticresearch*.+
- Khunda, S.S., Al-Omari, S. (1988). A new approach in the management of lower Mullerian atresia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*;18(6):566–568. [PubMed]
- Mathelier,Sheih, C.P., Liao, Y.J., Liang, W.W. & Lu, W.T.(1995). Sonographic presentation of unilateral hematometra: report of two cases. *J Ultrasound Med*;14:695–7. [PubMed]
- Sherer, D. M., Khoury-Collado, F., Hellmann, M., Abdelmalek, E., Kheyman, M. & Abulafia, O. (2006). Transvaginal sonography of hematotrachelos and hematometra causing acute urinary retention after previous repair of intrapartum cervical lacerations. *J Ultrasound Med*;25:269–71. [PubMed]