



Hematocervix, una nueva variedad del hematómetra. Reporte de caso

RESUMEN

En pacientes con amenorrea y dolor en el bajo vientre recurrente debe sospecharse hematómetra. Se debe a la obstrucción anatómica de la vía de salida del sangrado menstrual, que origina hematocolpos, hematómetra y hematosalpinx. No existen reportes en donde solo esté afectado el cérvix, por esto se describe un caso con la connotación de hematocervix.

Caso clínico: paciente de 32 años de edad, menstruación regular, con inicio de los síntomas a los 25 días posteriores a la menstruación, con dolor abdominal intenso que fue el motivo para acudir al servicio de Urgencias de ginecoobstetricia, donde fue hospitalizada con diagnóstico de síndrome doloroso abdominal. El ultrasonido transvaginal reportó: cérvix largo, con distención por una colección líquida, el orificio cervical interno abierto, el externo mínimamente dehiscente, escaso flujo del contenido endocervical hacia el canal vaginal a través del orificio externo. Por su aspecto ecográfico era compatible con material hemático. Los diámetros anteroposterior y transversal del cérvix eran de 2.50 y 4.57 cm, respectivamente.

Con base en los hallazgos se decidió intervenirla quirúrgicamente; durante este procedimiento se encontró al orificio cervical externo con fibrosis que dificultaba la dilatación, por esto ambos labios del cérvix se fijaron y se procedió a la dilatación con un dilatador Hegar del 6; de inmediato se inició el escurrimiento de aproximadamente 60 mL de sangre oscura y densa. La paciente evolucionó satisfactoriamente, con remisión del dolor. El ultrasonido de control demostró que el cérvix había returned a sus características anatómicas normales, igual sucedió al año de seguimiento.

Para poder establecer el diagnóstico de hematómetra es necesario tener en mente una amplia diversidad de síntomas y datos clínicos, como: retención urinaria, tenesmo, tumor pélvico doloroso; solo el dolor abdominal cíclico es la constante en todos los casos.

Palabras clave: hematómetra, hematocervix, dolor pélvico

Marcelino Hernández-Valencia
Omar Castellanos-Peralta
Diego Montes-Hernández
Víctor Hugo Sanabria-Padrón

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Las Américas, Ecatepec, Estado de México, ISEM-SSA y Unidad de Investigación en Enfermedades Endocrinas, Diabetes y Metabolismo, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México DF.

Hematocervix, a new variety of hematometra. A case report

ABSTRACT

The hematometra should be suspected in a patient with amenorrhea and recurrent pain in low stomach. It is conditioned by anatomical obstruction of the exit way from menstrual bled, that can release the presentation forms described as hematocolpos, hematometra and he-

Recibido: abril 2014

Aceptado: junio 2014

Correspondencia:

Dr. Marcelino Hernández Valencia
mhernandezvalencia@prodigy.net.mx

Este artículo debe citarse como

Este artículo debe citarse como: Hernández-Valencia M, Castellanos-Peralta O, Montes-Hernández D, Sanabria-Padrón VH. Hematocervix, una nueva variedad del hematometra. Reporte de caso. Ginecol Obstet Mex 2014;82-778-783.



matosalpinx. Report does not exist where alone the cervix is affected, for what the case is described with connotation of hematocervix.

Patient of 32 years, regular menstruation, begins symptoms 25 days later to the menstruation, characterized by intense abdominal pain, for what goes to the service of gineco-obstetrics urgencies, where it is hospitalized under diagnose of abdominal painful syndrome. The transvaginal sonographic reports long cervix and with distention for a collection liquidates, the intern cervical hole open, the external minimally dehiscent, scarce flow of the contained endocervical toward the vaginal way through the external hole, for its ecographic aspect compatible with hematic material. The diameters anteroposterior and transverse of the cervix of 2.50 and 4.57 cm respectively.

Was passed to surgical room, CEH with fibrosis that hindered the open dilation, for what were take both lips of the cervix and proceeded to dilation with Hegar until number 6, begin glide of dark and dense blood approximately in 60 ml. The evolution was good, since later to the anesthetic event, she referred remission of the pain and the sonographic control demonstrated cervix of normal anatomical characteristic, inclusive until year of follow.

A wide diversity of symptoms and clinical data have been demonstrated that should have present for the hematometra diagnosis, among those that are the urinary retention, tennesmus and presence of painful pelvic mass, but the recurrent abdominal pain is the constant in all the cases.

Key words: hematometra, hematocervix, pelvic pain

ANTECEDENTES

El hematómetra (del griego *haimato*-sangre y *metra*-matriz) es una afección rara que se caracteriza por la acumulación de sangre menstrual en el útero que no puede evacuarse por el cuello uterino. El hematómetra debe sospecharse en adolescentes con amenorrea primaria y dolor recurrente en el bajo vientre condicionado por obstrucción en alguna región anatómica de la vía de salida del sangrado menstrual.^{1,2} Entre las diferentes formas de presentación están: el himen imperforado (el flujo menstrual llena la vagina y se denomina hematocolpos)³ y el hematómetra⁴ que distiende toda la cavidad endometrial por obstrucción del orificio cervical interno, desde donde puede propagarse, en forma contrapuesta,

a través de las trompas de Falopio y ocasionar hematosalpinx.⁵ En casos menos frecuentes pueden concurrir estas tres formas, por llenado retrógrado que se dejó evolucionar por un diagnóstico tardío.

El hematómetra también puede iniciarse por enfermedad adquirida, como las cicatrices de cirugías del cérvix y de la cavidad endometrial, por cáncer del cuello y útero, y por hipoestrogenismo prolongado, con atrofia cervical, que se manifiesta como amenorrea secundaria en mujeres con ciclos menstruales regulares.^{6,7} Sin embargo, a pesar de conocerse estos trastornos, no existen informes de una variedad donde solo esté afectado el cérvix, como causa de estenosis del orificio cervical externo. Esta es la razón por

la que se describe el caso de una paciente con esta variedad que afectaba todo el canal cervical, y que por ello se le dio la connotación de hematocérvid.

COMUNICACIÓN DEL CASO

Paciente de 32 años de edad, con antecedentes de un embarazo y una cesárea, con fecha de última menstruación el 1 de junio de 2012. Los síntomas se iniciaron 25 días después del inicio de la menstruación, caracterizados por dolor abdominal intenso. Este fue el motivo para acudir al servicio de Urgencias de ginecoobstetricia, donde fue hospitalizada por diagnóstico de síndrome doloroso abdominal. Al ingreso los signos vitales se encontraron dentro de parámetros normales y con prueba inmunológica de embarazo negativa.

Durante el examen físico el cuello uterino se encontró: largo, globoso y distendido. El orificio cervical externo era puntiforme, cerrado, permitía escaso escurrimiento transcervical, y con discreto color violeta oscuro. El ultrasonido vaginal demostró que el útero no era gestante, endometrio lineal, con distensión del endocérvid a partir del orificio cervical interno. Los estudios de laboratorio reportaron: hemoglobina 12.7 g/dL, hematocrito 38.7 %, eritrocitos 4.52×10^6 , volumen corpuscular medio 91.5 fL, ancho de distribución eritrocitaria 13.8%, plaquetas 266×10^3 , leucocitos 6.6×10^3 , linfocitos 49.3%, monocitos 6.8%, eosinófilos 6.0%, basófilos 1%, neutrófilos 38.7%, antiestreptolisinas negativa, proteína C reactiva negativa, grupo sanguíneo A, Rh positivo. Todos los valores estaban dentro de la normalidad.

El ultrasonido reportó: vejiga urinaria repleta, forma normal, pared engrosada, discretamente irregular, bien definida y contenido normoecogénico sin masas o sedimentos. El útero se encontró en la línea media y en anteroflexión,

con bordes lisos bien definidos, de $9.04 \times 4.10 \times 4.67$ cm en sus ejes máximos, sin colecciones en la periferia; el miometrio de ecotextura normal, homogénea, sin evidencia de lesiones focales o difusas. La posición cervical estaba distendida por una colección espesa en su interior. El cuello uterino era largo y con distensión por una colección líquida. El orificio cervical interno estaba abierto, y el externo mínimamente dehiscente. La evaluación con un transductor vaginal demostró que había flujo del contenido endocervical hacia el canal vaginal, a través del orificio externo; por su aspecto ecográfico, el contenido era compatible con material hemático (Figura 1). Los diámetros anteroposterior y transversal del cérvix eran: 2.50 y 4.57 cm, respectivamente. La cavidad uterina contenía: endometrio central, ecogénico y con un grosor aproximado de 0.47 cm en el fondo, con aspecto proliferativo y descamativo. Los parametrios eran de ecotextura normal. Los ovarios se encontraron en su situación habitual, con forma y tamaño normales, sin evidencia de lesiones sólidas, quísticas o complejas. Las fosas iliacas tenían una adecuada ecotextura, sin evidencia de masas o colecciones.

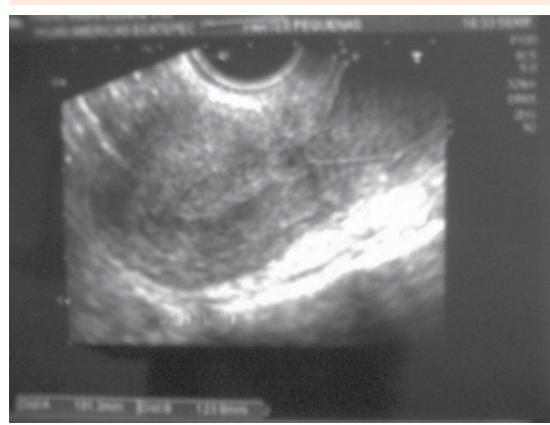


Figura 1. Imagen ultrasonográfica que muestra la distensión del endocérvid, endometrio bilaminal y su separación por el orificio cervical interno.



Durante el procedimiento quirúrgico, el orificio cervical externo se encontró con fibrosis que dificultaba la dilatación, por eso ambos labios se fijaron al cuello y se procedió a la dilatación con histerómetro, que confirmó histerometría de 9 cm, se complementó con pinza de Bosseman y Hegar hasta del número 6. Posterior a la dilatación se inició el escurrimiento de aproximadamente 60 mL de sangre oscura, densa (Figura 2), dejando todo el cérvix abierto y con el contenido totalmente drenado.



Figura 2. Especuloscopia que muestra al cérvix con distención de la pared anterior y escurrimiento de sangre oscura a través del orificio cervical externo, al inicio del procedimiento de dilatación cervical.

La evolución de la paciente fue satisfactoria porque posterior al evento anestésico refirió que el dolor había desaparecido y el sangrado transvaginal escaso, por eso permaneció sin analgésicos, salió del hospital al siguiente día, con antibióticos profilácticos y cita a la consulta externa para seguimiento, donde su evolución fue normal. El control ultrasonográfico demostró que el cuello uterino tenía características anatómicas normales al mes y al año del seguimiento, las menstruaciones posteriores fueron normales y cíclicas.

COMENTARIOS

Las descripciones de esta afección demuestran una amplia diversidad de síntomas y datos clínicos que deben tenerse en mente para el diagnóstico y tratamiento. Algunos casos de hematómetra se han reportado con retención urinaria, tenesmo y otros con un tumor pélvico doloroso. Sin embargo, en todos los casos el dolor abdominal cíclico es la constante, por esto el himen imperforado debe tratarse con himenotomía, para corregir el hematocolpometra. Está descrito que cuando solo hay dolor bajo de espalda como síntoma único, el dolor se tolera hasta por seis meses, con múltiples puntos dolorosos en la región lumbar y los glúteos, y dolor reflejo viscerosomático.^{2,8}

Existen informes de pacientes con trastornos genéticos que se expresan con agenesia de órganos genitales internos, con útero borce o útero didelfo en los que deben considerarse alternativas terapéuticas ablativas. En caso de agenesia de vagina y cuello uterino, pero con útero rudimentario, la histerectomía se reporta como el procedimiento de solución más apropiado.⁹ En casos de septum vaginal y preferencia por preservar la virginidad, la resección del septum vaginal es exitosa, con preservación del anillo himeneal. Se obtiene el drenaje completo del hematocolpos, hematómetra y la evaluación por vaginoscopia se reporta segura en el seguimiento diagnóstico y terapéutico.¹⁰

El hematómetra puede acompañarse de otras afecciones, como los miomas uterinos que se inician en el miometrio, pero con síntomas clínicos que incluyen: metrorragia, dolor pélvico y subfertilidad. En casos aislados la posición de un mioma puede obstruir la vía de salida endometrial y causar el hematómetra, que puede drenarse durante el procedimiento de histeroscopia, asociado con un agonista de GnRH para

reducir el tamaño del mioma y la resección quirúrgica posterior.¹¹ Otra rara condición de complicación adquirida en la edad adulta, como causa de hematómetra, es posterior a una cirugía de Manchester, por prolapso utero-cervical. En estos casos la resección del cérvix es una alternativa de la histerectomía pero, si el drenaje no queda adecuadamente abierto por el orificio cervical interno, la estenosis puede ser el origen del hematómetra postquirúrgico. Esto puede confundirse con cáncer uterino, pero se descarta durante la laparoscopia al confirmar el hematómetra. En estos casos secundarios es suficiente con complementar el procedimiento con histerectomía vaginal total.¹²

Otra forma de presentación del hematómetra es la causada por *Listeria monocytogenes*, una bacteria intracelular que vive a bajas temperaturas y que puede encontrarse en los alimentos, que no solo es causa de abortos sino también de fibrosis del cérvix, por el proceso infeccioso crónico que, en el caso reportado, inicialmente se confundió con embarazo, por la amenorrea secundaria en una paciente con ocho meses previos en busca de embarazo, pero que por estudio ultrasonográfico se describió hematómetra, que fue drenado y tratado satisfactoriamente con azitromicina y espiramicina.¹³

El tratamiento conservador es la mejor opción, como en el caso aquí reportado, para preservar la funcionalidad orgánica porque no siempre se consigue completar la vida obstétrica.¹⁴ En la paciente del caso motivo de esta publicación después de tratar la estenosis del orificio cervical externo, se restablecieron los ciclos menstruales y los síntomas desaparecieron lo que tranquilizó a la paciente. Esta descripción aporta otra variedad de lo ya conocido y establecido de las formas de presentación relacionadas con la acumulación de sangre menstrual en la vía de salida de los órganos genitales.

Agradecimientos

A todo el personal de enfermería y paramédicos del servicio de Ginecología del Hospital Las Américas y a Teresita de Jesús Reyes, de la UIMEEDM.

REFERENCIAS

1. Mwenda AS. Imperforate Hymen -a rare cause of acute abdominal pain and tenesmus: case report and review of the literature. Pan Afr Med J 2013;15:28-32.
2. Domany E, Gilad O, Shwarz M, Vulfszon S, Garty BZ. Imperforate hymen presenting as chronic low back pain. Pediatrics 2013;132:768-770.
3. Gupta P, Gupta S, Jindal S, Chopra K, Sinha M, Arora A. Cervical dysgenesis with transverse vaginal septum with imperforate hymen in an 11 years old girl presenting with acute abdomen. JNMA J Nepal Med Assoc 2013;52:281-284.
4. Klimek P, Klimek M, Kessler U, Oesch V, Wolf R, Stranzinger E, Mueller MD, Zachariou Z. Hematometra presenting as an acute abdomen in a 13-year-old postmenarchal girl: a case report. J Med Case Rep 2012;6:419-424.
5. Santacana-Laffitte G, Ruiz L, Pedrogo Y, Colon E. Cystic adnexal mass in a 16-year-old female: Ovarian pathology or complication of a Müllerian anomaly? Am J Case Rep 2013;14:153-156.
6. Giannella L, Gelli MC, Mfuta K, Prandi S. A postconization hematometra revealed a rare case of endocervical bone metaplasia. J Low Genit Tract Dis 2014;18:19-22.
7. Gulati HK, Anand M, Deshmukh SD. Squamous cell carcinoma of the uterine cervix extending to the corpus in superficial spreading manner and causing hematometra. J Midlife Health 2013;4:63-64.
8. Gasim T, Al Jama FE. Massive Hematometra due to Congenital Cervicovaginal Agenesis in an Adolescent Girl Treated by Hysterectomy: A Case Report. Case Rep Obstet Gynecol 2013;14:64-68. doi: 10.1155/2013/640214.
9. Piña-García A, Afrashtehfar C. Útero didelfo, hemivagina obstruida y agenesia renal ipsilateral como presentación de un caso de síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich. Revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2013;81:616-620.
10. Nassif J, Al Chami A, Abu Musa A, Nassar AH, Kurdi A, Ghulmiyyah L. Vaginoscopic resection of vaginal septum. Surg Technol Int 2012;22:173-176.
11. Driessens SR, Haans LC, Puylaert JB. Uterine fibroids complicated by haematometra. Ned Tijdschr Geneeskde 2012;156:53-58.



12. Noor C, Patankar S, Winter-Roach B. An unusual case of hematometra in a postmenopausal woman associated with Manchester repair. *J Low Genit Tract Dis* 2012;16:162-164.
13. Gómez Arzapalo E, Pérez Mendizábal A, Herrera Avalos I, Gorozpe Calvillo JI. Hematómetra y *Listeria monocytogenes*. *Ginecol Obstet Mex* 2001;69:206-208.
14. Hernández-Valencia M, Rodríguez LO, Landero MOME, Pichardo GR, Escamilla GG. Factores de riesgo asociados con alteraciones histológicas de la vía genital femenina en pacientes atendidas en una institución de primer nivel. *Cir Ciruj* 2009;77:449-452.