

Rita Vidal Hernández
M. Rut Aguiar Couto
Marta Vázquez Rodríguez
Ángel Zoido Pérez
Alfonso Otero Valenzuela

Útero didelfo y hemivagina ciega. Una causa de dolor abdominal en la adolescencia

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

Correspondencia:

Dra. R. Vidal Hernández.
Plaza dos Maios, 1 5.º A. 36003 Pontevedra. España.
Correo electrónico: ritinavidalh@hotmail.com

Fecha de recepción: 15/5/2006.

Aceptado para su publicación: 9/7/2007.

Didelphic uterus and septate vagina. A cause of abdominal pain in adolescence

RESUMEN

Objetivo: Consideración del útero didelfo como causa de dolor abdominal.

Material y método: Revisión de 2 casos clínicos en pacientes adolescentes controladas en nuestro servicio en el período 2002-2006.

Resultados: En ambos se confirma la existencia de útero didelfo y hemivagina ciega asociada a agenesia renal; en ambos casos hubo buena evolución tras la intervención quirúrgica.

Conclusiones: Los casos que presentamos muestran la necesidad de incluir las malformaciones congénitas en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal y masa vaginal en pacientes adolescentes.

PALABRAS CLAVE

Dolor abdominal bajo. Útero didelfo. Hemivagina ciega.

ABSTRACT

Objective: To evaluate didelphic uterus as a cause of abdominal pain.

Material and method: We reviewed 2 cases in adolescents managed by our service from 2002 to 2006.

Results: In both patients, we confirmed the existence of didelphic uterus and septate vagina associated with renal agenesis. Outcome was favorable in both patients after surgery.

Conclusions: The 2 cases described illustrate the need to include congenital abnormalities in the differential diagnosis of lower abdominal pain and vaginal mass in adolescents.

KEY WORDS

Lower abdominal pain. Didelphic uterus. Septate vagina.

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal en las mujeres adolescentes conlleva una larga lista de diagnósticos diferenciales que comprende los sistemas urinario, gastrointestinal y ginecológico.

Es importante descartar apendicitis, embarazo ectópico, aborto espontáneo y torsión ovárica como causas de dolor abdominal, ya que cada una de ellas supone una urgencia quirúrgica. Otras causas de dolor abdominal agudo incluyen infección del tracto urinario, enfermedad inflamatoria pélvica, quiste de ovario, dismenorrea y gastroenteritis.

Cuando el dolor abdominal se asocia a masa vaginal, el diagnóstico diferencial debería incluir quiste o absceso de la glándula de Bartholino, hematoma vaginal o vulvar, condilomas, cuerpos extraños y quistes de Gardner. Otras posibilidades menos comunes son: adenosis vaginal (por exposición al dietilestilbestrol), endometriosis, leiomioma vaginal y tumores ginecológicos malignos.

Teóricamente cualquier masa vaginal puede causar obstrucción del sangrado menstrual y provocar hematócolpos, pero la principal etiología son las malformaciones congénitas.

Los síntomas más frecuentemente asociados a hematócolpos o hematómetra en una paciente adolescente son el dolor cíclico abdominal, el agravamiento de la dismenorrea, amenorrea primaria, retención urinaria y estreñimiento. Otra forma de presentación clínica sería como masa pélvica abdominal y *spotting*; es menos frecuente la aparición de fiebre como consecuencia de un absceso secundario a hemivagina ciega.

En caso de que no se trate o no se diagnostique una obstrucción persistente del sangrado menstrual, el hematócolpos y hematómetra pueden evolucionar a hematosalpinx y hemoperitoneo, favoreciendo la aparición de endometriosis y adherencias en la cavidad abdominal.

La hemivagina ciega y útero didelfo son malformaciones que resultan de la fusión anormal o el fallo de la canalización del seno urogenital y de los conductos müllerianos durante el desarrollo embrionario. En muchas de estas pacientes se confirma la existencia de malformaciones congénitas del tracto urinario, como, por ejemplo, agenesis renal o riñones en herradura.

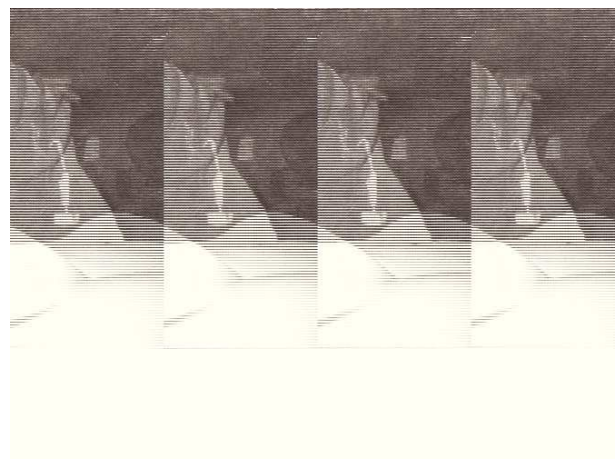


Figura 1. Tumoración abdominal.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente de 19 años, sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés, con menarquía a los 14 años. Presentaba ciclos regulares con dismenorrea progresiva.

Acudió a urgencias por dismenorrea importante y masa abdominal.

En la exploración se apreció una tumoración abdominal, sólida, que llegaba a la zona umbilical (fig. 1). La exploración abdominal no era dolorosa, y el Blumberg fue negativo.

Se detectó una masa dura, que ocupa los dos tercios superiores de la vagina y que desplazó lateralmente (a la izquierda) al cérvix.

Las analíticas estaban dentro de la normalidad. El test de embarazo fue negativo.

La ecografía reveló gran tumoración abdominopélvica de 195 × 125 × 106 mm de organodependencia desconocida, por lo que se procedió a la realización de una tomografía computarizada (TC) con contraste, donde se evidenció un útero didelfo, con hemivagina ciega derecha no comunicante, hematócolpos derecho con distensión del cuerno uterino y trompa derechos. Se evidenció, además, agenesis renal derecha (fig. 2).

Se realizó, bajo anestesia general, la resección del tabique vaginal y drenaje del hematócolpometra derecho, de aproximadamente 1,5 l.

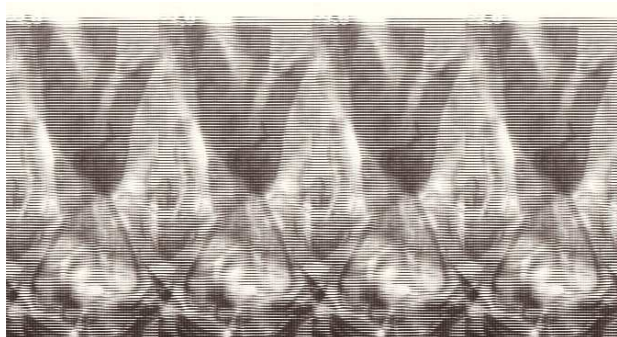


Figura 2. Tomografía computarizada en la que se evidencia la existencia de útero didelfo.

Actualmente la paciente está asintomática y con ritmo menstrual normal.

Caso 2

Paciente de 14 años, sin antecedentes personales de interés y con menarquia a los 11 años, ciclos regulares, el último con dolor abdominal que conllevó al ingreso en el servicio de pediatría.

A la exploración se apreció una tumoración abdominal de 8 cm aproximadamente, dolorosa a la palpación, e introito vaginal, por lo que se realizó una exploración rectal. Al tacto se apreció una masa de 8 cm que ocupaba el espacio pararectal derecho. Las pruebas analíticas estaban dentro de la normalidad.

En la ecografía se visualizó una gran masa retrovesical de 142 × 66 mm sugería hematocolpos. El ovario derecho era de 49 × 34 mm, con un quiste funcional de 20 × 21 mm. El ovario izquierdo era normal. El útero era de 70 × 29 mm, lateralizado a la izquierda. Se realizó una resonancia magnética (RM) con contraste y se confirmó la presencia de un hematocolpos de 140 × 70 mm, que parecía comprimir la hemivagina izquierda (fig. 3). Por encima de ese hematocolpos había un segundo útero colapsado, de localización posteroizquierda respecto al hematocolpos. Presentaba agenesia renal derecha con hipertrofia compensadora del riñón izquierdo (fig. 4).



Figura 3. Hematocolpometra evidenciada mediante tomografía computarizada.

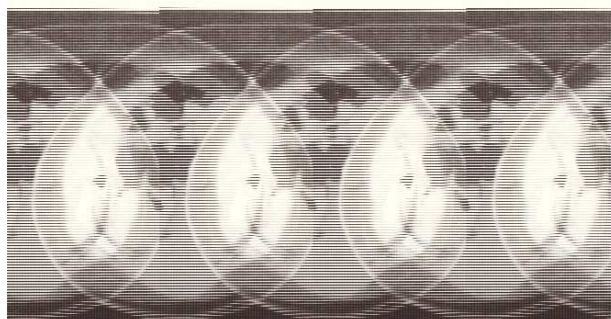


Figura 4. Agenesia renal asociada a hemivagina ciega.

Bajo anestesia general, se realizó una incisión del tabique vaginal y drenaje del hematocolpometra de aproximadamente 600 ml de sangre oscura. Se visualizó el hemicérvix izquierdo, de aspecto normal, y se realizó un tacto del hemicérvix derecho.

Actualmente se encuentra asintomática y con ciclos regulares.

DISCUSIÓN

Las pacientes estudiadas presentaban útero didelfo con hemivagina ciega y agenesia renal ipsolateral

derecha. En la mayoría de los casos los defectos ocurren en el lado derecho, aunque en el artículo de Ritter et al¹ se presenta un caso en el lado izquierdo.

Johansen² revisó 7 casos de útero didelfo con hematocolpos unilateral secundario a septo imperforado en vagina doble; todas las pacientes habían presentado ciclos regulares en el pasado y los síntomas de presentación fueron similares a los presentados por nuestras pacientes.

Rock y Jones³ presentan 12 pacientes con útero doble, hemivagina ciega y agenesia renal ipsilateral con menstruaciones normales tras la resección del tabique vaginal, incluso 6 de ellas consiguieron gestación espontánea.

A diferencia de los estudios referidos anteriormente, nuestras pacientes presentaban ciclos regulares menstruales previos a la intervención, lo que dificultó el diagnóstico de su malformación congénita.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ritter DB, Rickard C, Rivera M, Alderman EM. Lower abdominal pain in a perimenarchal adolescent. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*. 1996;7:.
2. Johansen K. Uterus Didelphys with unilateral haematocolpos. Review of seven cases. *J Obstet Gynaecol*. 1972;79:85.
3. Rock JA, Jones HW. The double Uterus associated with an obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis. *Am J Obstet Gynecol*. 1980;138:339.
4. Olsen ME, Breuel KF, Thatcher SS. Communicating double uterus with obstructed hemivagina and subsequent abscess formation: a case report. *Adolesc Pediatr Gynecol*. 1995;8:35.
5. Tridenti G, Bruni V, Ghirardini G, Gualerzi C, Coppola F, Benasi L, et al. Double uterus with a blind hemivagina and ipsilateral renal agenesis. Clinical variants in three adolescent women: case reports and literature review. *Adolesc Pediatr Gynecol*. 1995;8:201.
6. Stassart JP, Nagel TC, Prem KA, Phipps WR. Uterus didelphys, obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis: the University of Minnesota experience. *Fertil Steril*. 1992;57:756.
7. Carlson Robert L, Garmel Gus M. Didelphic uterus and unilaterally imperforate double vagina as an unusual presentation of right lower quadrant abdominal pain. *Ann Emerg Med*. 1992;21:1006-8.
8. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 6.^a ed. México: Interamericana-Mc Graw-Hill; 1994.