

**W. Plasencia**  
**M.A. Barber**  
**I. Eguiluz**  
**J.A. García-Hernández**

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Correspondencia:**

Dr. W. Plasencia Acevedo.  
Pintor Felo Monzón, edificio 2, portal 1, 4.º A.  
35019 Las Palmas de Gran Canaria. España.  
Correo electrónico: walterplasencia@mixmail.com

Fecha de recepción: 22/09/03  
Aceptado para su publicación: 18/05/04

### **Tratamiento de un hematómetra con sonda de Foley en un caso de agenesia vaginal**

533

*Hematometra treated with Foley  
catheter in vaginal agenesis*

---

#### **RESUMEN**

El síndrome de Rokitansky se caracteriza por amenorrea primaria en pacientes fenotípicamente femeninas, con ausencias de vagina y con otras malformaciones asociadas —del propio aparato genital, urinarias, esqueléticas o cardíacas—, y con ovarios funcionantes. La agenesia vaginal puede ser causa de retención de sangre y secreciones, con la consiguiente formación de un hematómetra, que produciría una gran masa pélvica y dolor intenso; y puede ser necesario realizar su drenaje y utilizar un catéter de Foley, para evitar posibles reestenosis con recidiva del hematómetra. Describimos el caso de una adolescente con agenesia de los 2/3 superiores de la vagina, sin otras malformaciones asociadas, a la cual fue necesario realizarle drenaje de un hematómetra por los intensos dolores que le causaba.

#### **PALABRAS CLAVE**

Hematómetra. Síndrome de Rokitansky.  
Agenesia vaginal. Sonda de Foley.  
Malformaciones mullerianas.

#### **ABSTRACT**

Rokitansky syndrome is characterized by primary amenorrhea in female phenotypic patients and the absence of vagina, as well as other associated malformations of the genital, urinary, skeletal or cardiac system, with functioning ovaries. Vaginal agenesis may result in blood and secretion retention, with the subsequent formation of a hematometra producing a large pelvic mass and acute pain. The mass requires drainage with a Foley catheter to prevent possible restenosis and hematometra recurrence. We describe the case of an adolescent girl with agenesis of the upper two-thirds of the vagina with no other associated malformations, in whom drainage of the hematometra was performed due to intense pain.

#### **KEY WORDS**

Hematometra. Rokitansky syndrome.  
Vaginal agenesis. Foley catheter.  
Müllerian malformations.

## 534 INTRODUCCIÓN

La agenesia de vagina es un tipo de malformación mulleriana, que forma parte del síndrome de Meyer-Rokitansky-Küster-Hauser. No suele manifestarse durante la infancia, y en la adolescencia, con la llegada de la menarquía, es cuando tiene su inicio. Normalmente se manifiesta como amenorrea primaria y dolor abdominopélvico cíclico o casi cíclico. En determinados casos se puede producir un gran hematómetra con dolor abdominal intenso y masa palpable. Estaría indicado su drenaje.

## CASO CLÍNICO

Paciente adolescente de 14 años de edad. Sin antecedentes familiares ni personales de interés. Enviada desde el hospital comarcal a nuestro centro por cuadro de dolor abdominal cíclico, que se ha acentuado en su última consulta, y con diagnóstico de agenesia vaginal y masa pélvica. Al ingreso se objetivan genitales externos dentro de la normalidad, con buen desarrollo de caracteres sexuales secundarios. A la especuloscopia se visualiza vagina ciega y rudimentaria, que acaba en fondo de saco corto y tenso. Presentaba intenso dolor al tacto rectal y se apreciaba una masa que ocupaba toda la pelvis sin llegar a definirse con claridad.

En el estudio ultrasonográfico realizado tras el ingreso, se objetivaba un aumento del tamaño uterino a expensas de la cavidad endometrial, la cual se encontraba totalmente ocupada y distendida. Ambos anejos se encontraban dentro de la normalidad. El diagnóstico fue de hematómetra por agenesia vaginal, con el resto del aparato genital dentro de la normalidad. Posteriormente se realizó urografía intravenosa, que descartó la existencia de malformaciones urinarias asociadas. Ante el agravamiento del cuadro doloroso, se procedió, bajo control ecográfico, al drenaje del hematómetra a través del tabique que se encontraba en el fondo de la vagina ciega, y al posterior lavado y drenaje del contenido uterino. Tras ello, se introdujo un catéter de Foley con guía dentro de la cavidad uterina, y posteriormente se infló el balón (figs. 1-3). Posteriormente, tras retirar la guía, se dejó la sonda intrauterina entre 10-20 días, con el fin de evitar cierres y permitir el paso al exterior de las secreciones y la sangre de la menstruación (figs. 4 y 5).



**Figura 1.** Gran hematómetra. Ecografía preoperatoria.



**Figura 2.** Sonda de Foley introducida en la cavidad uterina. Artilugio de Funck-Brentano.

## DISCUSION

Los 2/3 superiores de vagina derivan del epitelio mulleriano embrionario. Los defectos del epitelio mulleriano tienen una incidencia del 0,6/1.000 de las pacientes estudiadas por patología ginecológica, y representan el 15% de los casos de amenorrea primaria. La agenesia vaginal es la manifestación más



**Figura 3.** Sonda de Foley en la cavidad uterina. Inflado de balón intrauterino.

característica de las variedades del síndrome de Rokitansky. Dentro de las manifestaciones clínicas, la agenesia vaginal cursa con amenorrea primaria, un buen desarrollo de caracteres sexuales secundarios y dolores pélvicos<sup>1,2</sup>. Es típico que los dolores sean cíclicos, lo cual nos orienta al diagnóstico. El dolor se debe a que se produce un hematómetra que progresivamente va formando una masa que sería la responsable de la sintomatología. Se ha descrito que a veces el dolor abdominal puede ser de localización lumbar o simular una ciatalgia<sup>3,4</sup>.

La gran masa que forma el hematómetra puede producir sintomatología urinaria por compresión, distorsión de uretra, compresión uretral, retención urinaria aguda, disuria, infección del tracto urinario e hidronefrosis bilateral<sup>5</sup>.

La amenorrea primaria con criptomenorrea dolorosa y dolores abdominales pélvicos nos orienta a un cuadro de hematómetra-hematocolpos, y es muy sugerente de éste.

En la bibliografía actual están descritas otras complicaciones asociadas, como la infección de la sangre acumulada, la endometriosis pélvica y la adenomiosis<sup>6,7</sup>. Cook et al describen un caso de carcinoma vaginal asociado a un hematocolpos<sup>8</sup>.

En todas las pacientes afectadas del síndrome de Meyer-Rokitansky se debe descartar la existencia de malformaciones genitourinarias y anorrectales aso-



**Figura 4.** La sonda de Foley se mantiene 10-20 días.



**Figura 5.** La sonda de Foley se mantiene 10-20 días.

ciadas<sup>9</sup>. Se considera que en un 15% de los casos de síndrome de Rokitansky hay malformaciones del sistema urinario; también se han descrito malformaciones esqueléticas y cardíacas<sup>10</sup>.

Dentro de las malformaciones mullerianas, un hematocolpos-hematómetra lo puede producir un septo transversal de vagina o una duplicación completa de ésta. En el caso de la agenesia mulleriana de vagina, estarían ausentes sus 2/3 superiores, y existiría el tercio inferior, con el acúmulo de las secreciones dentro de la cavidad uterina, que produce su distensión y con formación de una masa pélvica dolorosa<sup>10</sup>. Los hematocolpos-hematómetras en casos de vagina ciega se acompañan frecuentemente de agenesia, displasia o hipoplasia renal homolateral<sup>11</sup>. La asociación más frecuente es con agenesia renal<sup>12</sup>.

536

Se desconoce su etiología; si bien el síndrome de Rokitansky se produce por una detención en el desarrollo de los conductos paramesonéfricos de Müller<sup>10</sup>, que darían origen a trompas, útero y 2/3 superiores de vagina. Se produce una fusión de los conductos con falta de reabsorción de la porción central, que daría lugar a la agenesia de los 2/3 superiores de vagina<sup>10</sup>; así como falta de comunicación entre las estructuras derivadas de los conductos paramesonéfricos y los derivados del seno urogenital, lo que impide el flujo menstrual por bloqueo anatómico y produce acumulación con la consiguiente formación del hematómetra<sup>13</sup>.

En cuanto al diagnóstico, como ya hemos comentado, la orientación clínica es fundamental en el caso de existir una amenorrea primaria asociada a dolor abdominal. En la exploración se visualizan genitales externos normales y saco vaginal corto. Es frecuente observar el fondo de saco vaginal distendido y tenso por el acúmulo de sangre que se produce tras él. Se puede detectar una masa pélvica al tacto rectal o incluso con la palpación abdominal. La distensión uterina puede producir una gran masa abdominal, con la que habría que hacer diagnóstico diferencial con las tumoraciones anexiales<sup>14</sup>. La confirmación del diagnóstico se realiza mediante ultrasonografía, que demuestra la ocupación uterina, la existencia de un hematómetra e incluso la existencia de un hematosalpinx<sup>15-17</sup>. Ante la existencia de un hematómetra-hematocolpos en una adolescente con amenorrea primaria, se debe estudiar todo el aparato genital con el fin de determinar la existencia de otras malformaciones de éste, así como la agenesia renal, que se debe buscar sistemáticamente<sup>18</sup>. Cuando la ecografía no es capaz de confirmar el diagnóstico, la resonancia nuclear magnética (RNM) puede ser una buena alternativa para confirmar el diagnóstico de las malformaciones mullerianas<sup>19,20</sup>, aunque no está generalizado su uso para el diagnóstico.

Dentro del diagnóstico diferencial de los hematómetras-hematocolpos destacan: masas anexiales, himen imperforado, quiste parauretral, sarcoma botroide, hidrocolpos, etc.

En cuanto al tratamiento de la agenesia vaginal mulleriana, es inminentemente quirúrgico, con la creación de una neovagina; para lo cual existen diferentes técnicas, según el centro de atención y el arte del facultativo<sup>21</sup>. Evidentemente, si existe útero

y anejos, la capacidad reproductora de la paciente no se ve afectada.

En cuanto al tratamiento del hematómetra producido por la agenesia vaginal, en la bibliografía actual se describen pocos casos de drenaje con sonda de Foley y la mayoría de ellos en relación con hematocolpos por himen imperforado. Garden et al describen un caso de un drenaje por un hematocolpos con aplicación de una sonda de Foley con una técnica similar a la nuestra<sup>22</sup>. Se debe colocar a la paciente en posición de litotomía; se procede a realizar sondaje vesical y a la localización en fondo de saco vaginal de un lugar adecuado para la punción; tras la punción del tabique que separa el hematocolpos, se produce la salida de sangre vieja muy abundante y a presión. Posteriormente, tras tomar una muestra para estudio microbiológico, se debe realizar lavado repetido con abundante suero fisiológico. Posteriormente se introduce, a través del orificio de drenaje y con una guía, una sonda de Foley, preferiblemente del número 18. Posteriormente, se infla el balón dentro de la cavidad uterina, artificio de Funck-Brentano<sup>13</sup>. Todo el procedimiento se debe realizar en quirófano y con estricto control ecográfico, para un mejor drenaje de la colección sanguínea uterina y para evitar las posibles lesiones que se podrían producir al introducir la sonda de Foley. En estas pacientes, se debe realizar profilaxis antibiótica, con el fin de evitar posibles complicaciones infecciosas.

La sonda de Foley se debe mantener durante al menos 10-15 días, para evitar posteriores sinequias y recidivas del hematómetra.

## CONCLUSIONES

El hematómetra es una afección benigna que puede afectar a niñas durante la adolescencia. Frecuentemente, se asocia a anomalías malformativas como el himen imperforado o la agenesia vaginal. El drenaje y colocación de una sonda de Foley, bajo control ecográfico, se propone como la solución inicial ideal para evitar el dolor abdominal frecuente y el desarrollo de posteriores complicaciones como hematosalpinx, infecciones o endometriosis pélvica. Tras el drenaje, la sonda debe mantenerse entre 10-15 días para evitar sinequias y recidivas del acúmulo sanguíneo. Posteriormente se debe reparar el defecto malformativo existente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bagnati EP. Malformaciones del tracto genital. Embriología. Clasificación. Tratamiento. En: De Zeiguer BK, editor. Ginecología infantojuvenil. Buenos Aires: Panamericana, 1987; p. 357-66.
2. Zeiguer NJ, De Zeiguer BK, Bailez MM. Malformaciones genitales. Puras y asociadas con y sin alteraciones cromosómicas. En: Zeiguer NJ, De Zeiguer BK, editores. Vulva, vagina y cuello. Infancia y adolescencia. Buenos Aires: Panamericana, 1996; p. 327-88.
3. Letts M, Haasbeek J. Hematocolpos as a cause of back pain in premenarchal adolescents. *J Pediatr Orthop* 1990;10:731-2.
4. London NJ, Sefton GK. Hematocolpos: an unusual cause of sciatica in a adolescents girl. *Spine* 1996;21:1381-2.
5. Loscalzo IL, Catapano M, Loscalzo J, Sama A. Imperforate hymen with bilateral hydronephrosis: an unusual emergency department diagnosis. *J Emery Med* 1995;13:337-9.
6. Sanfilippo J, Wakim NG, Schckler KN, Yussman MA. Endometriosis in association with uterine anomaly. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:39-43.
7. Amortegui AJ, Kanbour AI, Silverstein A. Diffuse vaginal adenosis associated with imperforate hymen. *Obstet Gynecol* 179;53:760-2.
8. Cook S, Hill B. Vaginal carcinoma associated with hematocolpos: a case report and review of vaginal adenosis as a precursor lesion. *Aust N Z Obstet Gynecol* 1995;35:465-7.
9. Tran AT, Arensman RM, Falterman KW. Diagnosis and management of hydroymatocolpos syndromes. *Am J Dis Child* 1987;141:632-4.
10. Hernández A. Síndrome de Meyer-Rokitansky-Küster-Hauser. En: De Usandizaga JA, De la Fuente P, editores. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Vol. II. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1998; p. 211-5.
11. Li YW, Sheith CP, Chen WJ. Unilateral occlusion of duplicated uterus with ipsilateral renal anomaly in young girls: a study with MRI. *Ped Rad* 1995;25:54-9.
12. Salvatore CA, Lodovici O. Vaginal agenesis: an analysis of ninety cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1978;57:89-94.
13. Tejerizo García A, Teijelo A, Sánchez M, García R, Benavente J, Pérez J, et al. Hematocolpos-hematómetra por imperforación himeneal. *Clin Invest Ginecol Obstet* 2000;27:397-404.
14. Edmonds DK. Congenital malformations of the vaginal and their management. *Semin Reprod Endocrinol* 1988;6:91-8.
15. Blask AR, Sanders RC, Rock JA. Obstructed uterovaginal anomalies: demonstration with sonography. Part II. Teenagers. *Radiol* 1991;179:84-8.
16. Robberecht E, Smets A, Winckel MV, Deleus F. Radiological case of the month. Hematometocolpos due to imperforate hymen. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:993-4.
17. Laucht W, Schmidt W. Preoperative ultrasound diagnosis of hematocolpos. *Eur J Obstet Gynecol Biol* 1985;20:247-51.
18. Evans TN, Poland ML, Boving RL. Vaginal malformations. *Am J Obstet Gynecol* 1981;141:910-20.
19. McCarthy S, Vaquero F. Gynecologic anatomy with magnetic resonance imaging. *Am J Obstet Gynecol* 1986;155:255-9.
20. Hugosson C, Jorulf H, Bakri Y. MRI in distal vaginal atresia. *Pediatr Radiol* 1991;21:281-3.
21. Narbona I, Barber MA, Eguiluz I, Alonso L, Hijano JV, Pérez T, et al. Déficit congénito de 21-hidroxilasa. Pseudohermafroditismo femenino. *Clin Invest Ginecol Obstet* 2001;28:340-3.
22. Garden A, Bramwell R. Treatment of imperforate hymen by application of Foley catheter. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;106:3-4.