

Diagnóstico y tratamiento del útero bicorne bicervical comunicante con hemivagina ciega

J. Garriguet, A. López-Cordero, M. Gómez-Vidal, F. Gómez-Molina y M. Muñoz

Línea de procesos materno-infantil y ginecológicos. Hospital Alto Guadalquivir. Jaén. España.

SUMMARY

We present a case of a bicornuate, bicervical uterus, communicating with a blind hemivagina, and its uncomplicated resolution with discharge home at 48 hours. The diagnosis was confirmed by ultrasound scan and great clinical suspicion following examination for clinical history.

Surgical treatment was conservative with vaginal incision, drainage of haematocolpos and wide excision of the vaginal wall.

INTRODUCCIÓN

El útero bicorne representa el 20-40%¹ de las malformaciones uterinas y frecuente asociación a malformaciones urinarias. Sin embargo, la hemivagina ciega es una anomalía excepcional, siempre acompañada de dualidad uterina completa (bicervical)², bien como útero tabicado, bicorne o bicorne comunicante, como el que presentamos a continuación, y haremos hincapié en su diagnóstico y tratamiento. La aplasia renal homolateral es una característica constante³.

CASO CLÍNICO

Paciente de 16 años de edad que acudió a urgencias por referir hemorragia vaginal maloliente de 20 días de evolución y dolor abdominal de localización hipogástrica. No presentaba clínica urinaria y se encontraba afebril. En la anamnesis se recogía dismenorrea primaria con exacerbaciones crecientes y menometrorragias continuas en los últimos meses.

En la exploración presentaba buen estado general, abdomen blando, depresible, dolor a la palpación profunda en el hipogastrio y fosa ilíaca derecha. Con la especuloscopia se objetivó la salida de una secreción



Fig. 1. Ecografía en la que se aprecian 2 cuerpos uterinos.

hematopurulenta y cérvix de aspecto normal lateralizado a la izquierda. Realizamos un tacto combinado vaginoabdominal, detectando un abombamiento del fondo del saco vaginal derecho y dolor a la movilización uterina.

Entre las pruebas complementarias solicitadas destacaba una leucocitosis moderada en el hemograma. En la ecografía observamos 2 cuerpos uterinos regulares con cavidades endometriales normales (fig. 1) y una formación retrouterina sonoluscente de 90 mm, de bordes regulares, límites precisos y pared gruesa; ambos ovarios eran de ecoestructura normal. Solicitamos una TAC pélvica y el informe describía un útero doble con hematómetra derecho (figs. 2 y 3).

A pesar de la TAC nos inclinamos por el diagnóstico de hematocolpos por hemivagina ciega debido a útero bicorne bicoli y comunicante. Indicamos intervención quirúrgica sin demora, por la leucocitosis, bajo cobertura antibiótica de amplio espectro y con apoyo laparoscópico.

En un primer tiempo endoscópico confirmamos el diagnóstico al visualizar dos hemiúteros fusionados en el istmo, así como comprobamos la ausencia de re-

 Aceptado para su publicación el 1 de abril de 2001.



Fig. 2. TAC pélvica en la que se observa un útero doble.

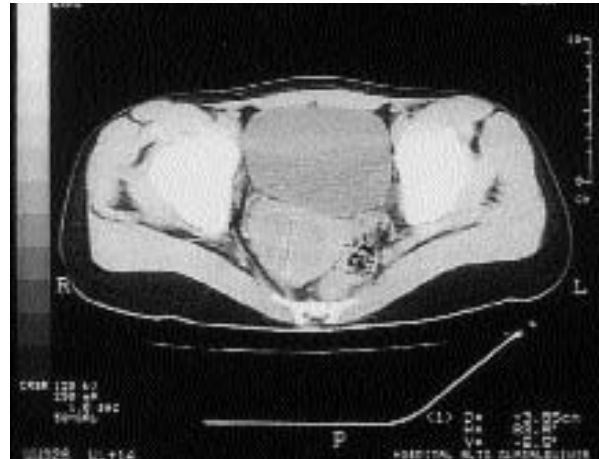


Fig. 3. TAC pélvica que pone de manifiesto un hematometra derecho.

percusión pélvica, ovarios y trompas normales. Objetivamos una masa retrouterina subperitoneal compatible con hematocolpos.

En un segundo tiempo vaginal procedimos a la incisión y drenaje de la hemivagina ciega, evacuando la colección hematurulenta retenida con posterior resección amplia del tabique vaginal, realizando sutura hemostática en corona.

En una última mirada laparoscópica observamos cómo la tumoración que formaba la retención vaginal había desaparecido.

El postoperatorio cursó sin complicaciones, siendo dada de alta en 48 h.

DISCUSIÓN

Aunque clínicamente el diagnóstico es fácil por la dismenorrea primaria de importancia creciente y el abombamiento vaginal que dificultan la visión del cuello uterino permeable, sin embargo, en la práctica no lo es tanto si no se piensa en él, debido a su excepcionalidad.

Para llegar al diagnóstico, además de una buena anamnesis, la ecografía^{2,4,5} es imprescindible, una prueba al alcance de todos, cómoda y barata. Se han señalado otras técnicas de imagen como fundamentales: TAC, RNM⁵, HSG, pero las consideramos innecesarias por su menor rentabilidad en todos los aspectos en relación con los ultrasonidos. Sí es de utilidad la laparoscopia², no sólo para confirmar el diagnóstico al evidenciar la malformación uterina y la voluminosa tumefacción retroperitoneal centropelviana (hematocolpos), sino también para permitir evaluar la repercusión pélvica de la retención menstrual.

El diagnóstico diferencial² se establecerá con el quiste de ovario y el hematometra. En nuestro caso excluimos el quiste cuando percibimos perfectamente los ovarios en la ecografía transvaginal; no obstante, la pared vaginal distendida del hematocolpos es más gruesa que la cápsula de cualquier formación quística ovárica. El hematometra puede simultanearse con el hematocolpos, pero en este caso la observación de las 2 cavidades uterinas homogéneas descartaba esta posibilidad.

El tratamiento quirúrgico de esta malformación plantea no pocas dudas al ginecólogo; por su rareza muchas veces nos encontramos por primera vez con este proceso. Nos cuestionamos si el abordaje debe ser por vía abdominal o vaginal, si sólo drenar el hematocolpos sólo o incluso ser más agresivo y practicar una hemihisterectomía del útero retencional.

La resolución quirúrgica siempre debe ser conservadora por vía endovaginal^{6,7} mediante incisión, drenaje y escisión amplia de la hemivagina, con sutura en la corona hemostática de los bordes cruentos. De esta manera conseguimos la evacuación del hematocolpos-hematometra, así como evitamos, con la amplia resección vaginal, un posterior cierre de esta abertura y no comprometemos en absoluto la fertilidad.

RESUMEN

Presentamos un caso de útero bicorne bicoli comunicante con hemivagina ciega y su resolución sin complicaciones, con alta médica a las 48 h. El diagnóstico se sustentó en la ultrasonografía y una elevada sospecha clínica tras anamnesis y exploración. El

tratamiento quirúrgico fue conservador, por vía vaginal, mediante incisión, drenaje del hematocolpos y escisión amplia del tabique vaginal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Granell M, Barquero A. Malformaciones del aparato genital y de la mama. En: Manual del Residente de Obstetricia y Ginecología. Madrid: Ene publicidad, S.A., 1997; 1781-1796.
2. Blanc B, Boubli L. Malformaciones del aparato genital femenino. En: Ginecología (2.ª ed.). Editions Pradel, París. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1994; 363-379.
3. Phupong V, Pruksananonda K, Taneepanichskul S, Tresukosol D, Virutamasen P. Double uterus with unilaterally obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis: a variety presentation and a 10-year review of the literature. J Med Assoc Thai 2000; 83: 569-574.
4. Burgos FJ, Matorras R, Rivera M, Sánchez E, Mayayo T. Double uterus associated with unilateral vaginal obstruction and ipsilateral renal agenesis: ultrasonographic diagnosis. J Clin Ultrasound 1989; 17: 296-298
5. Mushayandeburu TI, Weiss G. Uterus didelphis with obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis: ultrasound and magnetic resonance imaging diagnosis. Gynecol Obstet Invest 1997; 43: 209-211.
6. Rock JA, Jones HW Jr. The double uterus associated with an obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis. Am J Gynecol 1980; 138: 339-342.
7. Lang N, Stark H, Ohel G. Unilateral hematometrocolpos associated with double uterus. Clin Exp Obstet Gynecol 1995; 22: 289-292.