

Hidrocolpos neonatal

Neonatal hydrocolpos

Yanett Sarmiento Portal,^I Angelicia Crespo Campos,^{II} Ivón Sánchez Monterrey,^{III} Yorguis Roberto Menéndez Humaran^{IV}

^I Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Neonatología. Máster en Atención Integral al Niño. Instructor. Hospital Universitario «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Neonatología. Máster en Atención Integral al Niño. Instructor. Hospital Universitario «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Neonatología. Máster en Atención Integral al Niño. Instructor. Hospital Universitario «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río, Cuba.

^{IV} Licenciado en Tecnología de la Salud. Instructor. Hospital Universitario «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de un recién nacido del sexo femenino, raza blanca, hija de matrimonio no consanguíneo e historia familiar negativa de defectos congénitos, a quien se detectó, a las 62 h de nacida, una tumoración de aproximadamente 2 cm de diámetro, de aspecto deslustrado, renitente, que protruía a través del introito vaginal al llanto. Se realizó valoración conjunta con especialistas en cirugía pediátrica, urología pediátrica, ginecoobstetricia, radiología, genética clínica y cardiología, y se iniciaron los estudios necesarios. Se diagnosticó un hidrocolpos neonatal por himen imperforado. Se realizó una himenotomía al cuarto día de vida y se evacuó abundante cantidad de secreción seromucosa. Se dio el alta a la paciente con 16 días y evolución satisfactoria. Se realiza una caracterización clínica de la patología y se ofrece una revisión actualizada sobre el tema. Se presentan además fotografías del caso.

Palabras clave: Hidrocolpos, himen imperforado.

ABSTRACT

This is the case of a white female newborn, child of a non-consanguinity married couple and a with negative family history of congenital defects in whom at 62 hours of born a dull, renitent tumor of almost 2 cm diameter, and protruding through the vaginae introitus when she cried was detected. Authors made a joint assessment with specialists in pediatric and urology surgery, gynecology-obstetrics, radiology, clinical genetics and cardiology. A hymenotomy was performed at 4 days of life voiding an abundant amount of seromucous secretion. Patient was discharged at 16 days and a satisfactory course. A clinical characterization of pathology was made offering an updated review on thus matter. Photographies from this case are showed.

Key words: Hydrocolpos, imperforate hymen.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías por obstrucción útero-vaginales en recién nacidas suelen ser consecuencia de malformaciones del seno urogenital o de la cloaca. El himen se localiza en el sitio donde la vagina embrionaria brota del seno urogenital. Si la formación de un lumen falla, resulta en himen imperforado. El hidrocolpos neonatal es una anomalía congénita resultante de una obstrucción vaginal.¹

El desarrollo del tracto genital en sentido femenino se realiza a partir de los conductos de Müller hacia el día 37 tras la fertilización, y en sentido cráneo-caudal. Estas dos formaciones tubulares se fusionan en su extremo y dan lugar al útero, mientras que las porciones superiores quedan libres y pasan a formar las trompas. La invaginación del seno urogenital hace que este se ponga en contacto con el tubérculo de Müller para formar la vagina.²⁻⁵

El sinus urogenital persistente se produce como consecuencia del cese de desarrollo embrionario normal del tracto urogenital. Las recién nacidas afectadas presentan dos orificios perineales: uno para el seno urogenital y otro anal. Se sugiere que sea consecuencia de la virilización fetal por un exceso de andrógenos maternos o por una hiperplasia adrenal congénita, de esta manera, en algunos casos se presenta hipertrofia clitoridiana o genitales ambiguos. De cualquier forma, el hidrocolpos asociado a sinus urogenital se puede presentar de forma aislada conjuntamente con dilatación vesical por estenosis distal propia del sinus.⁶⁻⁹

Ante el hallazgo de un caso de hidrocolpos neonatal, se decidió realizar esta presentación, con el objetivo profundizar en el conocimiento de esta patología.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una recién nacida de raza blanca, hija de madre de 27 años de edad, ama de casa, sin antecedentes patológicos personales, con matrimonio no consanguíneo e historia familiar negativa de defecto congénito. Serología no reactiva, grupo sanguíneo O+, antecedentes obstétricos G:2, P:1 A:0. Nace producto de un parto eutócico a las 39,1 semanas de edad gestacional, tiempo de rotura de membranas de 3 h, líquido amniótico claro, presentación cefálica, con peso al nacer de 3240 g, Apgar de 9-9 puntos y con aspecto de recién nacido normal.

A las 62 h de vida se constató la presencia de una tumoración de aproximadamente 2 cm de diámetro, de aspecto deslustrado, renitente, que protruía a través del introito vaginal ante el esfuerzo del llanto, e impresionó ser un hidrocolpos neonatal por himen imperforado ([figura](#)). Se realizó valoración conjunta con especialidades afines: cirugía pediátrica, urología pediátrica, ginecoobstetricia, radiología, genética y cardiología, y se iniciaron los estudios correspondientes: ultrasonido de cráneo que resultó normal y ultrasonido abdominal que informó: pelvis renal izquierda de 9 mm, dilatación del sistema excretor de este riñón; dilatación del tercio superior del uréter. Vejiga llena de contornos regulares.



Figura. **Nótese la presencia de una tumoración de aproximadamente 2 cm de diámetro, que protruye a través del introito vaginal.**

La paciente tuvo una micción durante el examen y persistió una imagen ecolúcida en el hipogastrio, de 42x31 mm, con contenido celular y paredes algo gruesas, con espesor de 9 mm, y no se pudo descartar fuera una megavejiga que no evacuaba completamente o tumoración quística a este nivel.

El ultrasonido posoperatorio mostró: ambos riñones de tamaño normal y a nivel del riñón derecho se visualizó prominencia de sus pirámides; el riñón izquierdo se observó con ligera pielocaliectasia y su pelvis medía 10 mm. Vejiga de características normales, y llamó la atención que a pesar de la micción durante el examen, la vejiga permanecía bastante llena. No hubo otras alteraciones.

Se concluyó el diagnóstico de hidrocolpos neonatal por himen imperforado. Se realizó una himenotomía al cuarto día de vida y se evacuó abundante cantidad de secreción seromucosa. El transoperatorio cursó sin complicaciones, y el sangramiento fue escaso. Se colocó una sonda vesical para la evacuación de la orina en los primeros siete días del posoperatorio y sonda vaginal. Como complicación posoperatoria se presentó una vaginitis por enterococo, que llevó tratamiento adecuado. Se dio el alta a los 16 días de vida, con evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN

La existencia de hidrocolpos (dilatación quística vaginal) e hidrometrocolpos (dilatación conjunta vaginal y uterina) suelen ser el resultado de obstrucciones congénitas vaginales, que se presentan fundamentalmente en el periodo neonatal y en la pubertad.^{1,2}

Existen dos tipos principales de obstrucciones vaginales. En el primer tipo la obstrucción vaginal se asocia a la presencia de un himen imperforado (la más frecuente), un septo vaginal (la menos frecuente) o una atresia vaginal segmentaria (cuya incidencia es de una por cada 5000 recién nacidas). Las secreciones acumuladas en la vagina producen la dilatación quística de ésta asociada o no al útero. Las variedades de obstrucciones vaginales se han clasificado en tipo I, II y III, siguiendo el orden descrito. En este tipo de patología se suele manifestar en la pubertad con la acumulación de los productos de la menstruación (hematocolpos con o sin hematometra, si la colección afecta a la vagina o al útero). Clínicamente se aprecia una masa quística en el introito vaginal y no se suele asociar a

otras anomalías congénitas. En los casos en los que se manifiesta en recién nacidos existe una mayor secreción mucosa de las glándulas cervicales, bien por un exceso de estrógenos maternos o una mayor sensibilidad a estos que, por la obstrucción vaginal distal, provoca el hidrocolpos.^{1,3-6}

En el segundo tipo la obstrucción vaginal se asocia bien a sinus urogenital persistente o bien a una malformación de la cloaca (tipos IV y V, respectivamente) y representan la mayor parte de los casos de hidrocolpos neonatal. Las recién nacidas con sinus urogenital presentan un conducto común de salida tanto para la vejiga como para la vagina; en los casos con malformación de la cloaca existe un único orificio perineal para la vagina, la vejiga y el recto.¹

Aunque tanto el hidrocolpos como el hidrometrocolpos son raros, representan la tercera causa más frecuente de masa abdominal en el recién nacido.⁵ Clínicamente, las recién nacidas -por lo general en las primeras semanas de vida- presentan una masa abdominal que por compresión puede producir dificultad respiratoria, obstrucción urinaria o intestinal e incluso impedir el retorno venoso de miembros inferiores y se observa un linfedema bilateral.⁴ Si el diagnóstico y el tratamiento se retrasan se pueden infectar las colecciones líquidas y pueden dar lugar a piocolpos y piometra.³⁻⁵

En los estudios radiológicos convencionales es posible apreciar una sensación de masa pélvica que desplaza las asas intestinales.^{4,5} Ecográficamente el hidrocolpos aparece como una gran cavidad quística abdominal, con o sin material ecogénico en su interior, cuyas finas paredes a veces son difíciles de detectar. Mediante esta técnica se puede diferenciar el hidrocolpos de otras masas medioabdominales como la vejiga distendida, el meningocele, la duplicación rectosigmoidea o el teratoma presacro. La ecografía resulta igualmente útil para confirmar la correcta colocación y el control de sondas de drenaje,^{1,4} aunque desafortunadamente los resultados dependen de la experiencia del radiólogo y más importante aún es la limitación en el campo para demostrar completamente y con detalle la compleja presentación de las anomalías müllerianas.

La tomografía computarizada es un método que implica la radiación ovárica y que con frecuencia precisa de la administración de contraste para visualizar la vejiga y

el recto. Igualmente no diferencia correctamente a la vagina del tejido de alrededor.⁸⁻¹⁰ En cambio, la resonancia magnética (RM) es un método de examen ideal para la evaluación de las estructuras pélvicas, puesto que no es invasivo y no necesita radiación ionizante. Después del estudio radiológico, se recomienda la realización de un examen endoscópico antes de la posible cirugía.⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bogen DL, Gehris RP, Bellinger MF. Special feature: picture of the month. Denouement and discussion: imperforate hymen with hydrocolpos. Arch Pediatr Adolesc Med 2006;154(9):959-60.
2. Nussbaum AR, Sanders RC, Gearhart JP. Obstructed uterovaginal anomalies: demonstration with sonography. Radiology 2001;179:79-83.
3. Caillé G, Michel P, Migeon J, Chartier JR, Sorin Y. A propos de deux cas d'hydrocolpos par atrésie vaginale associés a une polydactylie. Ann Radiol 2003;26:477-82.
4. Nguyen L, Youssef S, Guttman FM, Ahlgren LS, Schlechter R. Hydrometrocolpos in neonate due to distal vaginal atresia. J Pediatr Surg 2004;19:510-4.
5. Tran ATB, Arensman RM, Falterman KW. Diagnosis and management of hydrohematometrocolpos syndromes. Am J Dis Child 2007;141:632-4.
6. Hahn-Pedersen J, Kvist N, Nielsen OH. Hydrometrocolpos: current views on pathogenesis and management. J Urol 1984;132:537-40.
7. Evans TN, Poland ML, Boving RL. Vaginal malformations. Am J Obstet Gynecol 2001;15:910-20.
8. González Merlo J, Balasch J, Casanova L, Iglesias J, Lejarcegui JA, Márquez M, et al. Embriología del aparato genital. Determinación del sexo. Función sexual. En: González Merlo J, ed. Ginecología. Mallorca: Salvat; 1998. Pp. 199-210.
9. Hugosson C, Jorulf H, Bakri Y. MRI in distal vaginal atresia. Pediatr Radiol 1991;21:281-3.
10. Duarte A. Tabique vaginal transverso. Rev Colomb Obstet Ginecol 2006;44(3):237-40.

Recibido: 7 de octubre de 2008.

Aprobado: 16 de enero de 2009.

Yanett Sarmiento Portal. Calle Máximo Gómez 199 A. Pinar del Río, Cuba.
Correo electrónico: portal23@princesa.pri.sld.cu