
Masa abdominal en niñas adolescentes. Hematocolpos; a propósito de un caso

F.J. Agüera Font*, B. Lozoya Serrano*, E. Mendieta Sanz**

*M.I.R. 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria.

**Pediatra E.A.P.

CS Barajas, Área 4, Madrid.

Introducción

El himen imperforado es el trastorno estructural del sistema de los conductos Müllarianos más frecuente¹. Se debe pensar en él ante una niña con amenorrea primaria y desarrollo puberal avanzado, asociado a dolor y distensión abdominal inferior². En otros casos lo más destacado es la presencia de síntomas urinarios^{3,4}, e incluso dolor lumbar^{5,6}. Se ha descrito asociado a malformaciones como agenesia renal⁷. Se presenta un caso y se plantea el diagnóstico diferencial a tener en cuenta ante la presencia de masa abdominal en niñas adolescentes.

Caso clínico

Acude a su centro de Atención Primaria una niña de 13 años, acompañada por su madre a una visita rutinaria para un control de salud. De sus antece-

dentos personales cabe reseñar: no inicio de la menarquia, estreñimiento habitual, fractura del tercio distal de la tibia a los 11 años y recientemente lumbalgia de unos 6 meses de evolución, por lo que había sido estudiada en el servicio de ortopedia infantil, diagnosticada de contractura muscular y tratada con ibuprofeno. En los antecedentes familiares cabe destacar que su madre y su hermana habían presentado la menarquia a los 11 años sin alteraciones.

En la exploración física la niña se encontraba afebril, con buen aspecto general, con desarrollo puberal correspondiente a telarquia grado III y pubarquia grado IV. En la palpación abdominal se toca una masa a nivel hipogástrico, de un tamaño aproximado de 10x7 centímetros, inicialmente indolora, no desplazable, de consistencia aumentada y no pulsátil. Resto de la exploración normal.

En esta primera consulta no se procedió a realizar una exploración rectal, ni genital. Se inició tratamiento con enemas y dieta rica en residuos y fueron solicitadas una radiografía simple de abdomen y una ecografía abdominal.

La radiografía mostró una imagen pélvica, superpuesta a recto, con contorno ovalado bien delimitado, de densidad grasa, informada por el servicio de radiología como heces en recto (Figura 1). Ante estos hallazgos se completó la exploración con tacto rectal, tocando un fecaloma, que impedía la palpación de la propia masa.

Al enfrentarnos a la sospecha diagnóstica de una neoformación uterina u ovárica y ante la demora en la realización de la ecografía vía ambulatoria, la niña fue derivada al servicio de urgencias hospitalario.

En el servicio de urgencias pediátricas, la ecografía mostró un útero lleno de contenido hemático de 157x89 mm., informado como compatible con hematocolpos (Figura 2). Ante estos hallazgos se solicitó un informe al ginecólogo de guardia que procedió al drenaje de la colección en quirófano bajo sedación.

Los perfiles analíticos básicos fueron en todo momento compatibles con la normalidad, presentando unas cifras precirugía de: Hb 12,6 g/dl, Hto 37%, y

un VCM de 81,2 fl. Tras la misma el hierro y la ferritina se encontraban en los límites bajos de la normalidad, 58 microg/dl y 19,6 ng/ml respectivamente, por lo que fue tratada con sulfato ferroso oral durante unos meses. Las cifras, en las que se viene manteniendo desde entonces son: Hb 13,8; Hto 39,6 y VCM 82 fl. Tres meses después de la intervención se realizó ecografía de control que, como datos positivos, mostraba una pequeña cantidad de líquido libre en el fondo del saco de Douglas, que aunque puede ser fisiológico, podría corresponder a un signo de irritación peritoneal en regresión.

Actualmente la niña se encuentra bien y presenta una menstruación moderadamente dolorosa, regular y de 5-6 días de duración y en cantidad normal.

Discusión

Ante una masa abdominal hipogástrica en una niña adolescente, lo primero que se debe plantear es la posibilidad de embarazo. En este caso era poco probable, ya que nunca había tenido menstruaciones, ni relaciones sexuales.

El quiste de ovario se presenta como una masa tensa indolora, por encima de la sínfisis del pubis, y sólo en caso de torsión se convierte en un caso de abdomen agudo quirúrgico.

Figura 1. Imagen pélvica, superpuesta a recto, con contorno ovalado bien delimitado, de densidad grasa, informada como heces en recto.

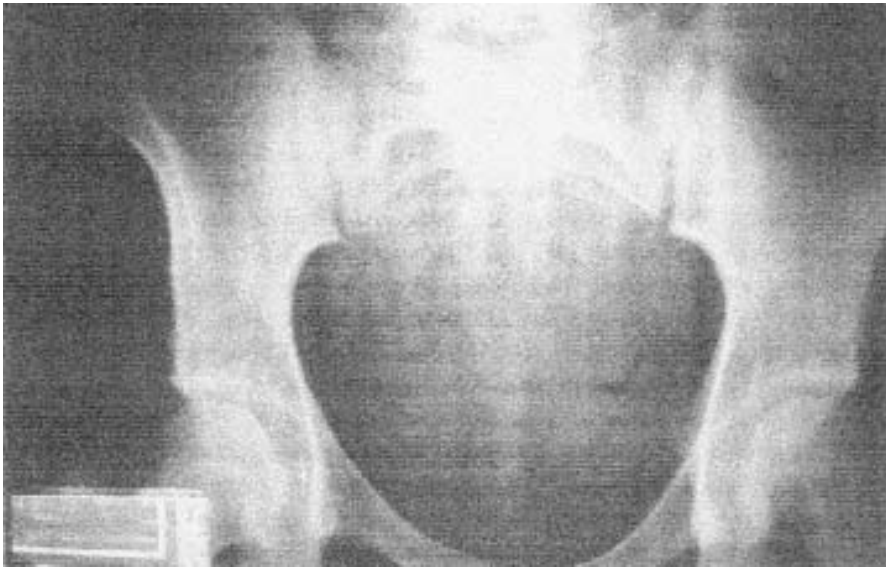
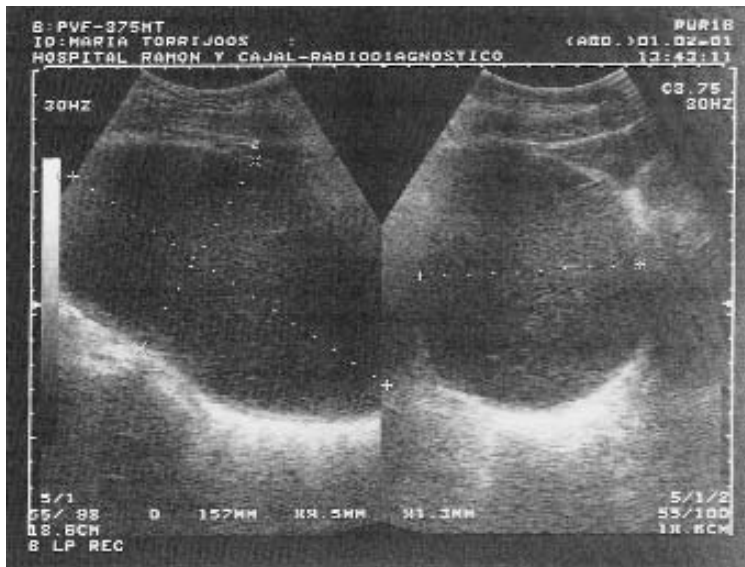


Figura 2. Útero lleno de contenido hemático compatible con hematocolpos.



Los tumores del aparato digestivo como cáncer de páncreas y pancreatoblastoma, suelen presentar náuseas y vómitos, así como una posible masa palpable en hemiabdomen superior, ya que su localización más frecuente es la cabeza del páncreas.

Las neoplasias de colon y recto se localizan en hemiabdomen inferior, si bien presentan clínica de astenia, anemización y dolor abdominal.

Las neoplasias hepática y el neuroblastoma pueden presentarse como una masa palpable en el hemiabdomen superior por su localización suprarrenal en el caso del neuroblastoma.

Rara vez se piensa en la posibilidad de que la masa abdominal hipogástrica pueda estar provocada por un acúmulo de sangre como consecuencia de un himen imperforado.

Como se ha referido, se trata del trastorno estructural de los conductos Müllarianos más frecuente. La clínica más común es la aparición de una masa palpa-

ble a nivel hipogástrico^{2,4,5}. Sólo en fases muy avanzadas se asocia a dolor abdominal por distensión de la pared vaginal^{2,7}, habiéndose descrito casos en los que la clínica principal era referida al aparato genitourinario con sintomatología recurrente de disuria, tenesmo, etc.^{3,4}.

Conclusión

El hematocolpos debe sospecharse ante una niña con desarrollo puberal avanzado, sin menarquia, con una masa abdominal palpable, asociada a dolor abdominal de intensidad moderada en hemiabdomen inferior⁸. Se realizará una ecografía para establecer el diagnóstico diferencial, ya que puede mostrar en alguna ocasión, no una masa, y sí un acúmulo hemático.

Este caso plantea la necesidad de incluir los genitales externos como una parte más en la exploración de la niña dentro de los controles de salud, para descubrir lo antes posible el himen imperforado.

Bibliografía

1. *Trastornos menstruales en la adolescencia*. Nelson tratado de pediatría. 13ª edición. 1998; 1: 475-476.
2. *Alteraciones del desarrollo que aparecen en el período neonatal*. Nelson tratado de pediatría. 13ª edición. 1998; 2: 1265.
3. López JA, Murillo C, Rosa J. *Retención urinaria causada por hematocolpos secundario a himen imperforado*. Arch Esp Urol 1993; 46: 732-3.
4. Herrera J, Castaño JC, Soler J y cols. *Himen imperforado con hematocolpos diagnosticado por síntomas urinarios*. Actas Urol Esp 1990; 14: 50-1.
5. Buick RG, Chowdhary SK. *Backache: a rare diagnosis and unusual complication*. Pediatr Surg Int 1999; 15 (8): 586-7.
6. London NJ, Selton GK. *Hematocolpos. An unusual cause of sciatic in an adolescent girl*. Spine 1996; 21: 1381-2.
7. González de Mata JV, Vicente LC, Sevilla JM y cols. *Duplicación uterovaginal con hematocolpos derecho originada por septum imperforatum y agenesia renal bilateral: caso diagnosticado mediante métodos no invasivos*. Actas Urol Esp 1991; 15: 561-6.
8. Schneider K, Hong J, Fong J, Sanders CG. *Hematocolpos as an easy overlooked diagnosis*. Curr Opin Pediatr 1999; 11: 249-52.

