

Hematocervix: una complicación de la biopsia en cono. Presentación de un caso

Drs. Rafael Molina Vilchez, José Rodríguez**, José Oberto*, Nelson Velázquez**

Policlínica San Luis. Hospital Chiquinquirá, Maracaibo, Estado Zulia

RESUMEN: El hematocervix o hematotraquelos es una condición ginecológica de observación excepcional, que puede verse en pacientes con ginatresia congénita o con antecedente de biopsia en cono de cuello uterino. Aquí se presenta un caso posterior a cono, ilustrado con ultrasonografía y resonancia magnética, y se hace una breve revisión de la muy escasa literatura sobre el tema.

Palabras clave: Cuello uterino. Cono biopsia. Ginatresia. Hematocérvix. Hematometra. Hematotraquelos.

SUMMARY: Hematocervix or hematotrachelos is an exceptional gynecological condition, which can be found in cases of congenital gynatresia or following cervical cone biopsy. In this paper a case diagnosed after conization by ultrasound and magnetic resonance is reported. A brief review of the scarce bibliography regarding this subject is presented.

Key words: Uterine cervix. Cone biopsy. Gynatresia. Hematocervix. Hematotrachelos. Hematometra.

INTRODUCCIÓN

Cuando existen procesos de ginatresia, la función menstrual, por imposibilidad de drenaje, resulta en la formación de acumulaciones sanguíneas que, de acuerdo a su ubicación, reciben las denominaciones de hematocolpos, hematometra y hematosalpingo. El término hematometra se entiende por lo general como sangre dentro de la cavidad uterina en el fondo o el cuerpo. Es excepcional encontrar en la literatura ginecológica y en los diccionarios médicos, el vocablo hematocervix o hematotraquelos. Además teóricamente, parece poco lógico que la colección líquida distienda sólo o únicamente al cuello, cuya estructura ofrece apreciable resistencia. Sin embargo, hay descripciones de hematocervix; unos en asociación a malformaciones congénitas, otros como consecuencia de un cono biopsia.

Esta nota clínica sirve para comunicar un caso de hematocervix posquirúrgico.

Descripción del caso

Se trata de una paciente de 28 años de edad, con antecedente de tres partos eutócicos y menstruaciones normales tanto en periodicidad como en cantidad, sin dismenorrea, hasta que en otro centro hospitalario se le hizo diagnóstico de lesión intraepitelial escamosa y fue intervenida quirúrgicamente para practicar biopsia en cono. Después de ésta, el flujo menstrual se hizo muy escaso y se acompañaba de dolor pélvico tipo cólico. Consultó cinco meses después de la operación. Al tacto bimanual se apreció útero aumentado de tamaño a expensas del cuello, el cual estaba sustituido por una masa redondeada, tensa y dolorosa a la palpación. El ostium cervical era puntiforme. La ultrasonografía corroboró el hallazgo: cuerpo uterino normal y cuello agrandado, ovoide, hipoecoico, de unos 6 cm de diámetro mayor.

* Obstetra-ginecólogo.

** Radiólogo.

Se practicó estudio con resonancia magnética —técnica de Spin-Eco con secuencia de pulso a predominio T1, T2, y densidad protónica; con equipo Magneton de Siemens, 0,2 Tesla— demostrándose útero con cuerpo de tamaño normal y cuello agrandado, cuyo contenido se evidenciaba con alta intensidad de señal, compatible con sangre, en forma de una “maraca” cuyo mango estaba representado por la escasa colección hemática del fondo, y la esfera por el cuello.

Se diagnosticó hematocervix y bajo anestesia peridural se practicó dilatación progresiva de cuello uterino con bujías de Hegar y drenaje, tras lo cual la

cantidad de sangre menstrual volvió a la normalidad y desapareció el dolor. La resonancia magnética de control comprobó la restitución de la permeabilidad normal del canal cervical.



Figura 1. Ultrasonografía que muestra, arriba y a la izquierda el fondo uterino normal, y abajo a la derecha, el cuello hipoeicoico y aumentado de tamaño.

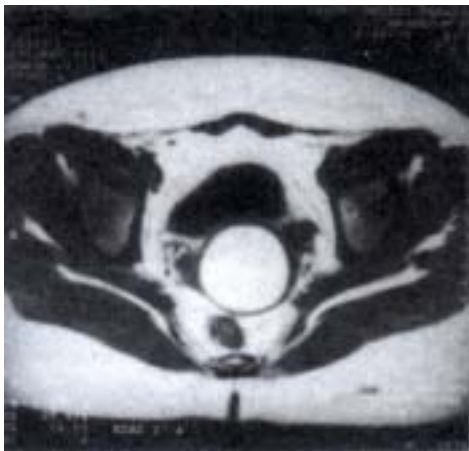


Figura 2. Resonancia magnética. Imagen axial ponderada T1, con líquido que por su brillo, indica presencia de sangre o alto contenido en proteínas.



Figura 3 y 4. Cortes sagitales con imágenes ponderadas T1 y T2, mostrando imágenes redondeadas de alta intensidad de señal en el área correspondiente a cuello uterino, que abomba hacia la cúpula vaginal. El cuerpo del útero es de aspecto normal. Se nota bien llamada capa de unión, separada del resto del miometrio.

DISCUSIÓN

Hasta donde tenemos conocimiento, Clark y McCune, de Glasgow, fueron los primeros en describir la formación de hematocervix después de cono biopsia (1). Es interesante señalar que las piezas de patología macroscópica de las dos pacientes presentadas por ellos en la revista de la comunidad británica, tienen un aspecto prácticamente similar a las imágenes que aquí aportamos. En sus comentarios, dicen ignorar la causa de la formación del



Figura 5 y 6. Control posterior a dilatación y drenaje, durante la menstruación. A la izquierda se ve la sangre en luz endometrial; a la derecha está pasando a través del cuello.

hematocervix, y afirman que la única información previa, en diez años de bibliografía inglesa, está en el libro *Principios de Ginecología*, de TNA Jeffcoate, y trata de una niña de 15 años con atresia vaginal. Este es el único autor que conocemos que, al explicar en su libro la dinámica de las malformaciones congénitas del aparato genital de la mujer, incluye el término hematocervix, junto a hematocolpos y hematometra.

Szöke y Kiss, de Hungría reportan en 1979 un caso de útero bicornis bicollis que, de un lado sangraba al exterior, y del otro, no comunicante a vagina, hizo la colección hemática cervical (2). En su artículo, aparece un ecograma de difícil interpretación y un dibujo esquemático en el que, del lado no comunicante, se representa un hemiútero dilatado en el cuello, mientras que el miometrio tiene grosor comparable al hemiútero contralateral.

En la laparoscopia, dicen haber observado los dos hemicuerpos de igual tamaño.

Pretorius y col. comunican una nueva observación siguiendo un cono biopsia (3), acompañada de imagen ecográfica muy parecida a la del caso aquí presentado.

La causa de la dilatación cervical nos parece diferente en patología congénita y en la posquirúrgica. En la primera, habría que estudiar en cada oportunidad cómo está el segmento del canal genital que, normalmente hubiera estado destinado a ser el cuello, qué tejidos lo conforman y en qué cantidad. Después de cono biopsia, podría argumentarse la misma causa sugerida para la incompetencia cervical que a veces condiciona esta operación: debilitamiento de la estructura (4). Los cambios, según DiSaia y Creasman (5), son complicaciones raras del cono, que ocurren en función de la cantidad del tejido endocervical extirpado, como cuando se provoca incontinencia cervical significativa o infertilidad. Eso pudiera haber sucedido en nuestra paciente; tal vez se eliminó mucho estroma, debido a que las paredes de la bolsa hemática eran bastante débiles. Desafortunadamente, no obtuvimos mayores detalles de la técnica quirúrgica empleada. No nos parece lógico que el orificio cervical haya sido cerrado con sutura, puesto que la dilatación fue relativamente fácil.

Las imágenes con las cuales acompañamos esta nota son bastante representativas, y creemos que apoyan el diagnóstico de hematocervix: una condición excepcional. En resonancia magnética, lo podemos llamar el "signo de la maraca", constituye un dato semiológico de valor. No conocemos artículos nacionales sobre el tema.

REFERENCIAS

1. Clark A, McCune G. Haematocervix following cone biopsy of the cervix. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1973;80:858-861.
2. Szöke B, Kiss D. Ultrasound diagnosis of hematocervix followig gynatresia in a case of uterus bicornis bicollis. *Int J Obstet Gynaecol.* 1979;17(1):91-92.
3. Pretorius DH, Dennis MA, Manco-Johnson ML, Gottesfeld KR. Ultrasound diagnosis of hematotrachelos: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 1985;151:1080-1082.
4. Shortle B, Jewelewicz R. Cervical incompetence. *Fertil Steril* 1989;52:181-188.
5. DiSaia PJ, Creasman WT. Preinvasive disease of the cervix, vagina and vulva. En: *Clinical Gynecological Oncology*. St Louis: CV Mosby Co.; 1981.p.1-37.