

Hematocervix en paciente posmenopáusica con antecedente de electrocoagulación. Caso clínico

Drs. Odessa Martínez Matheus, Rafael Molina Vélchez, Hernán Vásquez, José Trinidad Martínez

Hospital de Chiquinquirá y Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia. Maracaibo. Estado Zulia

RESUMEN: La colección hemática intrauterina, llamada hematometrio, no es de muy rara aparición. Sin embargo, el hematocervix es una verdadera curiosidad, con menos de diez casos reportados en la bibliografía disponible. En esta nota clínica se presenta un caso de hematocervix en una mujer posmenopáusica que usaba irregularmente terapia de sustitución hormonal, a quien previamente se le practicó electrocoagulación del cuello uterino.

Palabras clave: Cuello uterino. Electrocoagulación. Estrógenos. Hematocervix. Hematometrio. Hematotrachelos. Menopausia. Terapia de reemplazo hormonal.

SUMMARY: Intrauterine blood collection, called hematometrium, is not very infrequently seen. However, hematocervix is a true curiosity, less than ten reported cases in the available references. This clinical note in a case report of hematocervix occurring in a postmenopausal woman who was irregularly using hormonal replacement therapy, and had previously been treated with uterine cervix electrocoagulation.

Key words: Uterine cervix. Electrocoagulation. Estrogens. Hematocervix. Hematometrium. Hematotrachelos. Menopause. Hormonal replacement therapy.

INTRODUCCIÓN

El hematocervix, la colección hemática intrauterina localizada principal o casi totalmente en el cuello, es una rarísima observación de la clínica ginecológica humana, tratada en muy pocos artículos de la biblio-hemerografía médica, aparentemente menos de diez casos, entre ellos uno de autores venezolanos (1). La gran mayoría de hematometrios son intracorporales; se interrumpe el libre descenso del flujo menstrual, y el cuello, en vez de ser la primera parte del útero en sufrir una apreciable distensión, por lo general no parece ser más que una vía retrógrada para la sangre retenida que hará distender las paredes del cuerpo. En esta nota clínica se presenta un nuevo caso de hematocervix o hematotrachelos.

Caso clínico

Paciente femenina de 60 años, quien consultó en enero 2000 por dolor pélvico de moderada intensidad, con algunos días de evolución, acompañado de incontinencia de orina al esfuerzo y pérdida ocasional de sangre por genitales, de aspecto negrozco, en mínima cantidad. Tuvo tres embarazos: un parto eutócico en 1964, un aborto al siguiente año, después del cual le practicaron electrocoagulación del cuello uterino para tratar ectopia grande con zona de transformación colposcópica, y una cesárea en 1970 por ausencia de dilatación cervical. El cuello aparece descrito en la historia clínica previa a la cesárea como "aglutinado", con orificio externo muy pequeño, sin dilatación alguna.

En 1973 tuvo una metrorragia, ante la cual hubo la necesidad de dilatarle gradualmente el cuello, liberar con tijeras una sinequia del canal y practicar curetaje biopsia, cuyo resultado fue hiperplasia endometrial quístico-glandular. Se colocó un dispositivo intrauterino que llevó sin dificultades hasta 1981, cuando fue retirado. El último sangrado menstrual fue a la edad de 50 años y consultó luego amenorrea, indicándosele terapia combinada a base de estradiol

Recibido: 12-01-01

Aceptado para publicación: 26-03-01

subcutáneo y medroxiprogesterona oral, que cumplió de modo muy irregular hasta 1997, y con la cual tuvo algunos episodios de sangrado intraterapéutico y de retirada o supresión, estos últimos por omisión inconsulta del tratamiento. En 1994 el cuello se describe como umbilicado, con orificio puntiforme y epitelio sano. En 1997, previa evaluación del grosor endometrial, se le indicó tibolona, que tomó con irregularidad combinándola con crema vaginal de estrógenos conjugados.

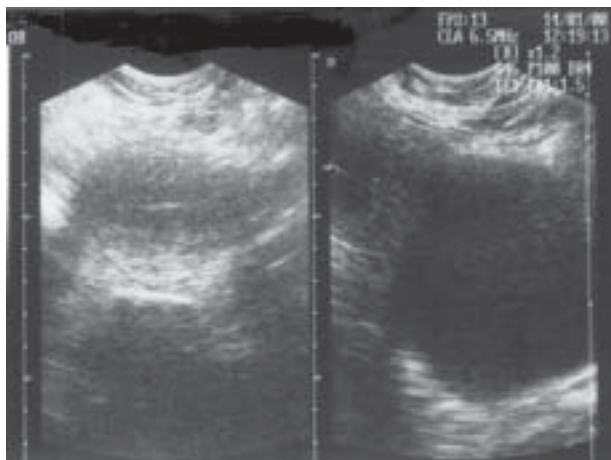


Figura 1. Ultrasonografía. En la mitad izquierda, sección transversa del cuerpo uterino. En la derecha se ve el cuello grande y redondeado (extremo derecho), con ecos muy finos, después del cuerpo.



Figura 2. Detalle ultrasonográfico del hematocervix.

El examen físico reporta: pared vaginal anterior algo descendida y cuello uterino muy grande, de color azulado, que dificultaba la colocación del espéculo. El orificio externo, puntiforme, apenas se notaba ubicándola con exactitud por una pequeñísima gota de sangre. Tacto vaginal muy doloroso, se tocó el agrandamiento del cuello, cuyo volumen era comparable al de una mandarina. El cuerpo uterino era difícil de palpar, pero no parecía estar aumentado. La ecosonografía comprobó la existencia de cuello voluminoso, redondeado, cuyo contenido mostraba ecogenidad fina, de muy baja intensidad. El cuerpo uterino era de tamaño normal, con una colección líquida escasa.

Bajo anestesia local se dilató el orificio cervical externo con tijeras finas de Betocchi y se pasaron varias bujías de Hegar por el canal, salió sangre negro-rojiza cuyo volumen se calculó en unos 200 ml. El examen de control posterior evidenció cuello de aspecto normal y endometrio de grosor compatible con atrofia.

DISCUSIÓN

El hematometrio, la acumulación intrauterina de la sangre menstrual como consecuencia de cualquier obstáculo inferior no es muy infrecuente. Algunos de los métodos de tratamiento local para las lesiones epiteliales del cuello plantean un riesgo no despreciable de obliteración y, en consecuencia, hematometrio. Pero en la inmensa mayoría de veces lo que produce es una dilatación de la parte corporal del órgano, pudiendo dilatar también el canal endocervical; pero en mucho menor grado, sin gran hipertrofia de este segmento. Que se distienda mucho más el cuello, que se forme un hematocoe cervical o hematocervix, es realmente excepcional; sin embargo, está descrito en pacientes portadoras de ginatresia congénita (2), como consecuencia de un cono-biopsia (1,3,4), en menopáusicas sometidas a terapia estroprogestágena (5) y después de dilatación y curetaje uterino (6). Las pacientes consultan por dolor de intensidad variable, acompañado o no de síntomas de tipo vagal, como náuseas, por la distensión del cuello. Puede haber amenorrea, con dismenorrea en la premenopausia, o pérdidas hemáticas muy poco cuantiosas.

Con el antecedente de conización no es difícil adelantar una posible explicación para la formación del hematocervix, pues durante la intervención puede haberse eliminado buena parte de tejido, con pérdida de la resistencia del continente a la presión centrífuga

que ejerce el líquido (1,7). Cuando la etiología es congénita la explicación se hace necesariamente casuística, basada en las características particulares de cada anomalía. Durante la menopausia tratada con sustancias capaces de inducir crecimiento y maduración de endometrio, parece lógico, al menos parcialmente, el mecanismo de aparición del crecimiento uterino. El hipoestrogenismo lleva a atrofia genital, incluido el cuello, cuyo orificio externo puede hacerse estenótico (8), con acumulación hemática a consecuencia de los sangrados intra-terapéuticos o por supresión hormonal; pero se espera que se forme un hematometrio corporal; sin causa para la formación del hematocervix. Bajo tales condiciones, también el hematocele corporal es raro.

En 1992 se afirmó que en toda la literatura médica de lengua inglesa se encontró sólo el reporte de un caso de hematometrio en posmenopáusica con tratamiento de reemplazo (9). Un verdadero hematocervix, el único que conocemos con esos antecedentes, motiva una publicación de Pansini y col. (5) en 1993. Más tarde, en 1999, Witt presenta otro hematocervix, en una paciente de 39 años cuyo único antecedente era una dilatación cervical con curetaje uterino como tratamiento de hemorragia uterina disfuncional, una nueva asociación cuya patogénesis es oscura, opinión a la que parece razonable adherirse (6).

El caso aquí reportado puede explicarse, aunque de manera incompleta, por varias razones. Cuando aún había función ovariana se formó una estenosis con sinequia del cuello, como consecuencia de la electrocoagulación. Tras la dilatación se restauró la permeabilidad, pero en la posmenopausia, durante los períodos de deficiencia estrogénica por suspensión del tratamiento, se suman al estado anterior del cuello los dos factores arriba citados: hipotrofia, más estenosis, y sangrado. Lo que no luce explicable es por qué se dilata el cuello de tal manera y queda tan poca sangre en la cavidad alta. El hematocervix permanece como uno de los temas menos conocidos de la ginecología.

REFERENCIAS

1. Molina Vílchez R, Rodríguez J, Oberto J, Velásquez N. Hematocervix una complicación de la biopsia en cono. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1998;58:53-55.
2. Szöke B, Kiss D. Ultrasound diagnosis of hematocervix following gynatresia in a case of uterus bicornis bicollis. *Int J Obstet Gynecol* 1978;17:91-92.
3. Clark A, McCune G. Haematocervix following cone biopsy of the cervix. *J Obstet Gynaecol Br Comm* 1973;80:851-861.
4. Pretorius DH, Dennis MA, Manco-Johnson ML, Gottesfeld KR. Ultrasound diagnosis of hemato-trachelos: A case report. *Am J Obstet Gynecol* 1955;151:1080-1082.
5. Pansini F, Campobasso G, Bonaccorsi G, Calisei M, Defazio DD, Perri G, et al. Haematocervix during hormonal replacement therapy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;51:167-169.
6. Witt BR. Treatment of hemato-trachelos after dilatation and curettage. *J Reprod Med* 1999;44:68-70.
7. Di Saia PJ, Creasman WT. Preinvasive disease of the cervix, vagina, and vulva. *Clinical Gynecological Oncology*. San Luis (Missouri): C.V. Mosby; 1981.p.1-37.
8. Voet RL. End organ response to estrogen deprivation. En: Buchsbaum HJ, editor. *The menopause*. Nueva York: Springer-Verlag; 1983.p.7-22.
9. Morris N, Anso N, Chalk P. Haematometra secondary to hormone replacement therapy. Case report. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98:837-838.



FUNDASOG DE VENEZUELA

Tercer curso propedéutico para aspirantes a posgrado en obstetricia y ginecología

2 de julio al 3 de agosto de 2001 Hora: 2:00 - 6:00 pm

Directora: Dra. Ofelia Uzcátegui. Asesor: Dr. Otto Rodríguez Armas
Coordinadores: Obstetricia: Dr. Ivan Paravisini. Ginecología: Dr. Ismael Silva

PROGRAMA

Diagnóstico de embarazo.

Dra. Judith Toro Merlo

Historia clínica y examen ginecológico

Dr. Ismael Silva.

Exploraciones ginecológicas

Dr. Gonzalo Muller

Historia obstétrica. Consulta prenatal.

Dr. Iván Paravisini

Trabajo de parto normal. Atención del parto normal

Dra. Fanny Ceballos

Infección genital baja

Dra. Doris Di Gianmarco

Tumor pelviano

Dr. Edgar Jiménez

Puerperio normal y patológico

Dra. Maira León

Dolor pelviano

Dr. Rafael Santana

Amenorreas

Dra. Mariella Bajares de Lilue

Rotura prematura de membrana

Dra. Anita Ghetea

Inducción del parto

Dr. Itic Zighelboim

Anticoncepción hormonal

Dra. Falva Acosta

Anticoncepción no hormonal

Dr. Alfredo Levy

Embarazo ectópico. Aborto

Dr. Eduardo Casanova

Atención de partos distócicos

Dra. Fanny Fleitas

Prolapso genital e incontinencia urinaria

Dr. Patricio Sánchez

Exploración del cuello uterino

Dra. Mireya González

Pérdida fetal recurrente

Dr. José Teppa

Incompatibilidad Rh y de grupo

Dra. Nelly Vásquez

Enfermedad inflamatoria pélvica

Dr. Francisco Loreto

Anomalías genitales congénitas

Dra. Bestalia Sánchez de La Cruz

Placenta previa. DPP

Dr. Jesús Martínez

Rotura uterina

Dra. Helene Arechavaleta

Ultrasonido en ginecología

Dra. Marisela Díaz

Exploración de las glándulas mamarias

Dr. Gerardo Hernández

Embarazo cronológicamente prolongado

Dra. Carmen Hernández

Hipertensión inducida por el embarazo

Dr. Domenico Guariglia

Cirugía vaginal

Dr. Pedro Blanco S.

Embarazo múltiple

Dr. Saúl Kizer

Historia clínica y evaluación de la pareja infértil

Dr. Enrique Abache

Estados hiperandrogénicos

Dra. Indira Centeno

Enfermedad trofoblástica gestacional

Dra. Leonor Zapata

Hemorragias genitales

Dr. Otto Rodríguez Armas

Cirugía obstétrica

Dr. Eugenio Diz

Drogas y embarazo

Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio

Retardo del crecimiento intrauterino

Dra. Sonia Sosa

Patología vulvar

Dr. Humberto Acosta

Parto instrumental

Dr. Franklin Mendoza

Evaluación de la mujer menopáusica

Dr. Juan Yabur

Parto pretérmino

Dra. Ofelia Uzcátegui

Cirugía ginecológica abdominal

Dr. Ricardo Blanch

Métodos de esterilización femenina

Dr. Alfonso Betancourt

Información: Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Edif. Anexo a la Maternidad "Concepción Palacios" P.B. Biblioteca. E-mail. sogvzla@cantv.net. Telef: 451-5955 Telefax: 451-0895