



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. abril 2004; 4(1): 83-92

PRESENTACIÓN DE CASO

Peritonitis pelviana secundaria a malformación ginecológica en niña de 13 años. Presentación de un caso

Pelvic peritonitis secondary to a gynecological malformation in a 13 year-old girl. A case Report

Jorge Manuel Flores Contreras¹, Agustín González Diego².

¹Especialista de I grado en Cirugía Pediátrica. Especialista de I grado en Medicina General Integral. Hospital Pediátrico Provincial "Pepe Portilla". Pinar del Río.

²Especialista de I grado en Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Provincial "Pepe Portilla". Pinar del Río.

RESUMEN

Se presentó una paciente en edad pediátrica con antecedentes de salud anterior, con dolor abdominal de varios días de evolución, vómitos y fiebre elevada. Al examen físico nos encontramos un abdomen ligeramente distendido fundamentalmente en hipogastrio, doloroso a los golpes de tos, a la palpación se encuentra una marcada reacción peritoneal, diagnosticándose cuadro de abdomen agudo por cuadro peritoneal, se le realizó laparotomía exploradora de urgencia con diagnóstico presuntivo de Apendicitis Aguda Perforada, se comprobó la presencia de una malformación ginecológica consistente en 2 úteros separados y una duplicación vaginal, se corrigió anomalía vaginal, la paciente fue dada de alta y después de un ciclo menstrual se evaluó evolucionando satisfactoriamente y sin complicaciones.

Descriptor DeCS: ANOMALIAS, PERITONITIS, PELVIS, GINECOLOGIA.

ABSTRACT

A patient was presented in pediatric age with history of previous health with abdominal pain during several days, vomiting and high fever. At physical examination, we found a slightly distended abdomen mainly in the hypogastric region painful when coughing. At palpation a significant peritoneal reaction is seen, diagnosing acute abdomen picture for peritoneal picture, an urgent exploring laparotomy was performed with presumptive diagnosis of perforated acute appendicitis, it was documented the presence of gynecological malformation consistent in two separate uteri and a vaginal duplication, the vaginal abnormality was corrected, the patient was discharged from hospital and after a menstrual cycle she was evaluated evolving adequately and uneventfully.

Subject headings: ABNORMALITIES, PERITONITIS, PELVIS, GYNECOLOGY.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías de desarrollo del sistema de los conductos müllerianos son algunos de los desórdenes más fascinantes encontrados por obstetras y ginecólogos. Los conductos müllerianos son los elementos embriológicos primordiales del tracto reproductor de la hembra. Durante la embriogénesis, ellos diferencian en las trompas de Falopio, útero, cerviz y el aspecto superior de la vagina.¹ Una gama amplia de malformaciones pueden ocurrir cuando este sistema se rompe. Los defectos müllerianos representan un espectro amplio de anomalías que van desde la agenesia uterina y vaginal a la duplicación del útero, vagina y a las

anormalidades menores de la cavidad uterina.^{2,4} Estas se asocian frecuentemente con las anormalidades de los sistemas de esqueletos y renales.^{5,6} El útero de didelfico (der. griego. dis que significa dos y didelphus que significa matriz o útero) es una anomalía congénita rara y es consecuencia de una duplicación de un conducto mülleriano unilateral o bilateral. Este defecto está compuesto de 2 úteros separados, normalmente clasificados según tamaño y canales cervicales. La duplicación vaginal frecuentemente es un componente y se caracteriza por un tabique longitudinal (horizontal) que se extiende completamente (tabique completo) o parcialmente (parcial) hasta el introitos. Un tabique vaginal longitudinal completo ocurre en el 75% de estas anomalías y normalmente tiene una orientación sagital, pero en algunos casos, esta puede ser transversa.

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 13 años de edad, con expediente clínico 257213 con antecedentes de salud anterior y ausencia de menarquia, ingresa en nuestro servicio el día 25 de marzo del 2002 por presentar dolor abdominal de hace aproximadamente 4 días, vómitos y fiebre elevada de 2 días de evolución. Al examen físico encontramos como dato significativo el aspecto séptico de la niña, fiebre de 38.5 grados Celsius y marcada taquicardia, el abdomen lo encontramos muy doloroso a la palpación y a la percusión con signos de peritonitis (Blomberg positivo). Es llevada al salón de operaciones con el posible diagnóstico de Apendicitis Aguda Perforada, encontrándose al realizar la laparotomía la presencia de aproximadamente 300 cc de líquido espeso de aspecto achocolatado el cual teñía el epiplón, anejos normales y útero bifurcado aumentado de tamaño que desplaza recto, se explora vagina y encontramos la presencia de un tabique longitudinal hasta aproximadamente el tercio medio el cual abombaba, se punciona y se extrae el mismo líquido encontrado en abdomen, se procede a reseca dicho tabique. Dos meses después se realiza exploración ginecológica bajo anestesia después de haber menstruado la niña, comprobándose que la vagina se encuentra sin alteraciones, además se realizan otros estudios como ultrasonido abdominal para descartar presencia de anomalías principalmente renales que muchas veces se asocian a estas malformaciones ginecológicas el cual fue negativo.

DISCUSIÓN

La vagina unilateral obstruida en los pacientes con el útero didelfico es rara, también puede ser observada en otros síndromes genéticos como son síndrome útero-mano-pie (AD,OMIM:140000), la Adisplasia urogenital hereditaria (AD,ODIM:198300, la asociación MURCS y el síndrome Rokitansky-Kusner-Hauser).⁹

Para el útero didelfico con una vagina unilateral obstruida el diagnóstico temprano y la escisión subsiguiente del septum vaginal se impone con el propósito de conservar la capacidad reproductora y prevenir el deterioro del útero y trompas en el lado obstruido debido a que la menstruación retrograda cíclicamente conlleva a la distensión del útero y el contenido menstrual puede pasar a la cavidad abdominal a través de las trompas traduciéndose esto en un cuadro peritoneal, tributario de tratamiento quirúrgico, explicándose de esta forma la evolución del caso que estamos presentando, también se pueden desarrollar otras complicaciones como endometriosis, infertilidad, hematocolpos, abortos, partos pretérminos y adherencias pelvianas.¹⁰

Después del tratamiento quirúrgico del septum vaginal obstruido, el útero afectado y la vagina deben recobrar su apariencia normal y función. El Píocolpos que es una complicación postoperatoria común a los procedimientos anteriores no se ha informado para ocurrir con el procedimiento descrito.^{9, 10} la escasa morbilidad a

largo plazo y la preservación de la función reproductora en la mayoría de casos fue demostrado por Stassart y colaboradores 1992 cuando informaron los resultados obstétricos favorables en 10 embarazos de pacientes con esta malformación. Cinco producían partos a término, 4 pretérminos, y 1 aborto espontáneo temprano.³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acien P: Embryological observations on the female genital tract. *Hum Reprod* 1992 Apr; 7(4): 437-45.
2. Gilliland B, Dyck F: Uterus didelphys associated with unilateral imperforate vagina. *Obstet Gynecol* 1976 Jul; 48(1 Suppl): 5S-8S.
3. Goerzen JL, Gidwani GP, Bailez MM: Outcome of surgical reconstructive procedures for the treatment of vaginal anomalies. *Adolescent Pediatr Gynecol* 1994; 7: 76.
4. Buttram VC Jr, Gibbons WE: Mullerian anomalies: a proposed classification. (An analysis of 144 cases). *Fertil Steril* 1979 Jul; 32(1): 40-6.
5. Buttram VC Jr: Mullerian anomalies and their management. *Fertil Steril* 1983 Aug; 40(2): 159-63.
6. Byrne J, Nussbaum-Blask A, Taylor WS, et al: Prevalence of Mullerian duct anomalies detected at ultrasound. *Am J Med Genet* 2000 Sep 4; 94(1): 9-12.
7. Constantian HM: Ureteral ectopia, hydrocolpos, and uterus didelphys. *JAMA* 1966 Jul 4; 197(1): 54-6.
8. Carrington BM, Hricak H, Nuruddin RN, et al: Mullerian duct anomalies: MR imaging evaluation. *Radiology* 1990 Sep; 176(3): 715-20.
9. Golan A, Langer R, Bukovsky I, Caspi E: Congenital anomalies of the mullerian system. *Fertil Steril* 1989 May; 51(5): 747-55.
10. Homer HA, Li TC, Cooke ID: The septate uterus: a review of management and reproductive outcome. *Fertil Steril* 2000 Jan; 73(1): 1-14.

Recibido: 17 de abril de 2003

Aprobado: 24 de diciembre de 2004

Dr. Jorge Flores Contreras. Edificio 0606 apto # 4. Pueblo Nuevo. Consolación del Sur. P. del Río.