Reinserción uterina posterior a iatrogenia. Reporte de un caso

Reintegration after iatrogenesis. Report of a case

Juan Jiménez-Huerta, Claudia P. Rodríguez-Domínguez* y Antonio Gutiérrez-Ramírez

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México

Resumen

La reinserción uterina es una técnica quirúrgica poco común, realizada estrictamente por ginecólogos en México, normalmente se utiliza en casos especiales de malformaciones müllerianas y postraumáticas. Reportamos un caso de hematómetra por ángulo de inserción cervicovaginal anómalo posterior a una lesión vesical, que después de un procedimiento quirúrgico de resección de tabique longitudinal vaginal por energía monopolar, se corrige dicho ángulo con una reinserción uterina, por presentar modificación del ángulo cervical. Requirió una intervención quirúrgica por presentar nuevo hematómetra, con resultados favorables para la paciente, que regresó a una funcionalidad normal, con menstruaciones presentes. Debido a su particular caso era la mejor y única opción para nuestro caso clínico.

Palabras clave: Reinserción uterina. Malformación mülleriana. Hematómetra.

Abstract

Uterine reinsertion is a very uncommon procedure, performed strictly by gynecologist in Mexico, it is normally used in special cases of Müllerian and posttraumatic malformations. We report a case of hematometra due to abnormal cervical vaginal insertion angle after a bladder injury, that after a surgical produce for resection of the vaginal longitudinal septum by monopolar energy, this angle was corrected with a uterine reinsertion. Due to presenting modification of the cervical angle, it was required a surgical intervention because of the presence of a new hematometer, with favorable results for the patient, returning to normal functionality, with present menses. Due to its particular case, it was the best and only option for our clinical case.

Key words: Uterine reinsertion. Müllerian malformation. Hematometra.

Introducción

La reinserción uterina como método terapéutico es un evento raro en la práctica ginecológica. En la literatura existen varios reportes de pacientes que requirieron este tipo de cirugía. La principal indicación han sido malformaciones müllerianas como el síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich¹⁻⁴ (hemivagina obstruida, útero didelfo y agenesia renal ipsilateral) y la agenesia de vagina con útero funcional, con o sin agenesia vaginal⁵⁻¹². También se ha reportado en casos de separación cervicouterina

postraumática, principalmente después de accidentes automovilísticos¹³⁻¹⁵. Sin embargo, hasta el momento no se ha reportado ningún caso de reinserción uterina para reparar un defecto causado por iatrogenia.

Presentación del caso

Se trata de una paciente que fue enviada al consultorio de histeroscopia diagnóstica con amenorrea secundaria y dolor pélvico cíclico, con ecografía pélvica que mostraba hematómetra. Como antecedente de importancia

Correspondencia:

*Claudia P. Rodríguez-Domínguez
E-mail: patyrodriguez2000@hotmail.com

Fecha de recepción: 10-06-2020
Fecha de aceptación: 17-09-2020
DOI: 10.24875/RHJM.20000078

Disponible en internet: 14-01-2021
Rev Hosp Jua Mex. 2020;87(4):193-196
www.revistahospitaljuarez.com

1405-9622/© 2020 Sociedad Médico-Quirúrgica del Hospital Juárez de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Figura 1. Tabique vaginal longitudinal.

Figura 3. Hematómetra por ángulo de inserción anómalo.

Figura 2. Modificación del ángulo de inserción uterina.

Figura 4. Resultado de la ferulización retrógrada.

manifestó que era portadora de un tabique vaginal longitudinal, el cual fue resecado por vía vaginal utilizando energía monopolar; durante este procedimiento se presentó lesión advertida de vejiga, la cual fue reparada en el momento por planos vía vaginal (Figs. 1-3).

Se intentó histeroscopia diagnóstica de consultorio, sin lograr identificar tejido cervical por lo cual fue necesario realizar una exploración armada, identificando el cérvix en la cara anterior al útero, posterior a una zona de tejido de cicatrización que correspondía a la zona donde fue reparada la lesión vesical. Esta reparación modificó la anatomía vaginal alterando el ángulo de inserción del cérvix.

Se programó para ferulización retrógrada del cérvix. Durante dicho procedimiento, por abordaje abdominal, se realiza incisión en cuerpo uterino anterior hasta

llegar a la cavidad endometrial para drenar la sangre acumulada, bajo visualización por vía vaginal se realiza ferulización retrógrada con un histerómetro, identificando el cérvix en la pared anterior y tercio medio de la vagina y utilizando el histerómetro como guía se logra la inserción de una sonda Foley 22 Fr, la cual se deja dentro de la cavidad uterina y se fija con sutura no absorbible a través del fondo del útero a la pared abdominal. Se da por terminado el primer evento quirúrgico abdominal, y se egresa en tres días sin incidentes ni accidentes. Una semana después es citada al servicio, donde se corta la sutura abdominal y se extrae por vía vaginal la sonda Foley (Fig. 4).

Respetada por la arteria uterina izquierda y ligamentos uteroováricos de ambos lados. Una vez separado el útero se reinsertó de manera que el cérvix protruiera

Figura 5. Desinserción vaginal con ligadura de arteria uterina derecha.

Figura 6. Reinserción uterina con fijación vaginal a nivel de cuerpo.

2 cm a través del orificio vaginal, fijando la vagina a la altura del cuerpo uterino. Una vez terminado el procedimiento se dio por concluido el evento quirúrgico y se egresó tres días después sin complicaciones. Hasta el momento de la realización de este trabajo, la paciente llevaba cuatro meses en seguimiento mensual y ha cursado con ciclos menstruales regulares sin dolor, ni datos de amenorrea o hematometra (Figs. 5 y 6).

Discusión

La necesidad de una reinserción uterina es un panorama muy raro en la ginecología. Como principal diagnóstico, la agenesia vaginal es una de las malformaciones

müllerianas más raras junto con el síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich. Aún más es la separación traumática cervicouterina.

Por la baja incidencia de casos, no es posible determinar la frecuencia de este tipo de cirugías. Los únicos reportes que han descrito una serie de pacientes fueron los trabajos de Kriplani, et al. en 2012 y el de Deffarges, et al. en 2001. El primero de ellos analizó el resultado de anastomosis uterovaginal asistida por laparoscopia en 14 pacientes con agenesia congénita del cérvix, donde tuvo un éxito en el 92.8% de los casos logrando menstruaciones regulares y alivio de la dismenorrea, incluso reportó un 60% de embarazos espontáneos en su grupo de pacientes¹⁶. El doctor Deffarges estudió retrospectivamente 18 pacientes con agenesia cervical, pudiendo lograr menstruaciones normales en 17 de ellas y embarazos normales en 10 de los casos¹⁷.

Independientemente de si la fisiología es congénita o traumática, la presentación clínica más común en estos casos es amenorrea, con dolor pélvico cíclico y tumoración abdominal. Los métodos diagnósticos más utilizados son ultrasonido y resonancia magnética, y después del tratamiento hasta el 40-60% de los casos sufren estenosis secundaria, con la necesidad de reintervención quirúrgica¹⁷.

Como método diagnóstico, la histeroscopia de consultorio es actualmente una herramienta muy valiosa en el esclarecimiento de todo tipo de patología uterina, y se ha estudiado ampliamente en la última década¹⁸⁻²¹. En la literatura revisada, en ninguno de los casos se utilizó histeroscopia como método diagnóstico. Lo que sí se observó es que la variedad de técnicas y opciones terapéuticas fue diferente en casi todos los trabajos publicados, y por consiguiente, el índice de éxito de estas intervenciones no es muy alto debido a la alta probabilidad de estenosis secundaria. De esta forma es prácticamente imposible establecer una guía diagnóstica o algoritmo de manejo para este tipo de pacientes. En la mayoría de los casos se requiere creatividad y una alta habilidad quirúrgica para resolver satisfactoriamente este tipo de situaciones.

Conclusiones

Gracias a la experiencia adquirida en este caso, y conforme con lo revisado en la literatura mundial, concluimos que independientemente de la etiología del caso es recomendable agotar los métodos diagnósticos para establecer claramente la estrategia terapéutica a seguir, con el fin de ofrecer la mejor probabilidad

de éxito para las pacientes que se presenten con este tipo de afecciones. También es recomendable mantener la ferulización con una sonda de Foley, cuando menos durante 10 a 15 días, con el fin de disminuir el riesgo de estenosis secundaria cervical.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

- Chen FP, Ng KK. Term pregnancy at the site of atresia following vaginal canalization in a case of uterus didelphys with hemivaginal atresia and ipsilateral renal agenesis. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2006;45(4):366-8.
- Altchek A, Paciuc J. Successful pregnancy following surgery in the obstructed uterus in a uterus didelphys with unilateral distal vaginal agenesis and ipsilateral renal agenesis: case report and literature review. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2009;22(5):e159-62.
- Cox D, Ching BH. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: a rare presentation with pyocolpos. *J Radiol Case Rep.* 2012;6(3):9-15.
- Del Vescovo R, Battisti S, Di Paola V, Piccolo CL, Cazzato RL, Sansoni I, et al. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: MRI findings, radiological guide (two cases and literature review), and differential diagnosis. *BMC Med Imaging.* 2012;12:4.
- Varras M, Akrivis Ch, Karadaglis S, Tsoukalos G, Plis Ch, Ladopoulos I. Uterus didelphys with blind hemivagina and ipsilateral renal agenesis complicated by pyocolpos and presenting as acute abdomen 11 years after menarche: presentation of a rare case with review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2008;35(2):156-60.
- Ghafarijad M, Adabi K, Moosavi SA. Uterovaginal cannulation using Pezzar catheter in patients with vaginal agenesis and functional uterus. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013;39(1):210-6.
- Jasonni VM, La Marca A, Matonti G. Utero-vaginal anastomosis in the treatment of cervical atresia. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(12):1517-8.
- Fotopoulou C, Gehrmann N, Sehouli J, Lichtenegger W. Reconstructive surgical management of cryptomenorrhea because of complex uterovaginal malformations with duplicate uterus and complete vaginal agenesis. *Fertil Steril.* 2010;94(6):2329. e13-6.
- Beksac MS, Salman MC, Dogan NU. A new technique for surgical treatment of vaginal agenesis using combined abdominal-perineal approach. *Case Rep Med.* 2011;2011:120175.
- Kannaiyan L, Chacko J, George A, Sen S. Colon replacement of vagina to restore menstrual function in 11 adolescent girls with vaginal or cervicovaginal agenesis. *Pediatr Surg Int.* 2009;25(8):p. 675-81.
- Acien P, Acien MI, Quereda F, Santoyo T. Cervicovaginal agenesis: spontaneous gestation at term after previous reimplantation of the uterine corpus in a neovagina: Case report. *Hum Reprod.* 2008;23(3):548-53.
- Gurbuz A, Karateke A, Haliloglu B. Abdominal surgical approach to a case of complete cervical and partial vaginal agenesis. *Fertil Steril.* 2005;84(1):217.
- Kesterson J, Dietrich J, Yussman M, Hertweck SP. Secondary amenorrhea resulting from traumatic separation of the cervix from the uterine corpus. *Obstet Gynecol.* 2007;110(2 Pt 2):528-30.
- Rashmi, Suneja A, Yadav P, Sharma A, Vaid NB. Uterine avulsion: a rare cause of cryptomenorrhea. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2009;22(3):e5-7.
- Zhu HB, Jin Y. Uterine rupture following a road traffic accident. *Ir J Med Sci.* 2011;180(3):745-7.
- Kriplani A, Kachhawa G, Awasthi D, Kulshrestha V. Laparoscopic-assisted uterovaginal anastomosis in congenital atresia of uterine cervix: follow-up study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2012;19(4):477-84.
- Deffarges JV, Haddad B, Musset R, Paniel BJ. Utero-vaginal anastomosis in women with uterine cervix atresia: long-term follow-up and reproductive performance. A study of 18 cases. *Hum Reprod.* 2001;16(8):1722-5.
- Alanis Fuentes J, Mancera Pantoja OA, Lara Figueroa JG. [Operative office hysteroscopy using bipolar technology. Our experience in seven years]. *Ginecol Obstet Mex.* 2012;80(12):749-52.
- Alanis Fuentes J, Obregon Zegarra EH. [Hysteroscopy clinic: diagnostic and therapeutic method in abnormal uterine bleeding]. *Ginecol Obstet Mex.* 2012;80(12):761-8.
- Ganem AS, López Ortiz CG, Alva CA, Bernal PQ, Dorantes JP. [Usefulness of office hysteroscopy]. *Ginecol Obstet Mex.* 2006;74(2):104-9.
- Martínez Reveles M, Salazar López-Ortiz CG, Gaviño Gaviño F, Castro López JL, Mondragón Alcocer HL. [Laparoscopy and hysteroscopy in Mullerian duct malformations: usefulness and reproductive results]. *Ginecol Obstet Mex.* 1999;67:4-8.