

# Retención urinaria aguda en una adolescente

I. del Castillo Velilla, P. Vivar del Hoyo, E. Palomo Atance, J. Pareja Grande, A.R. Martínez Gómez  
Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Ciudad Real

## Resumen

El himen imperforado es la malformación obstructiva más frecuente del aparato genital femenino. Siempre hay que sospecharla en adolescentes con un desarrollo puberal completo y ausencia de menarquia. El diagnóstico tardío conlleva complicaciones debidas a la acumulación de sangre en el útero o la vagina que, en ocasiones, puede llegar a comprimir estructuras cercanas, como los uréteres, generando una retención aguda de orina.

## Palabras clave

Himen, hematocolpos, orina

## Abstract

**Title:** Acute urinary retention in adolescent

Imperforated hymen is the most frequent obstructive malformation of the female genital tract. It must be suspected in female adolescent with completed pubertal development and absence of menarche. Late diagnosis involves complications due to the accumulation of blood in uterus or vagina which can get to compress nearby structures such as ureters, generating acute urinary retention.

## Keywords

Hymen, hematocolpos, urine

## Introducción

La retención aguda de orina (RAO) es un motivo de consulta muy poco frecuente en los niños, con un predominio en varones. Se debe hacer un diagnóstico diferencial entre causas obstructivas, neurológicas y estructurales<sup>1</sup>.

Entre las causas obstructivas de RAO en el sexo femenino, destaca el himen imperforado (HI), que constituye la malformación obstructiva más frecuente del aparato genital<sup>2</sup>, y hay que sospecharla en toda paciente con caracteres sexuales secundarios desarrollados en la que no se haya generado la menarquia.

La clínica del HI varía en función del tiempo de evolución, que en algunos casos puede llegar a almacenar gran cantidad de sangre y originar una compresión y obstrucción de las estructuras adyacentes, como la vejiga, los uréteres o el intestino<sup>3</sup>.

Su diagnóstico se basa en la historia clínica junto con la exploración física, y se confirma mediante pruebas de imagen<sup>4</sup>. El tratamiento será quirúrgico en todos los casos, individualizando el tipo en cada paciente.

A continuación se presenta un caso de RAO asociado a HI.

## Caso clínico

Niña de 12 años de edad, que acude al servicio de urgencias por la aparición de un dolor abdominal de 2 días de evolución y poliuria, con tendencia a orinar cada vez menos hasta la imposibilidad para orinar desde hace 18 horas. No presenta antecedentes personales de interés. Refiere un inicio de la telarquia a los 9 años, sin menarquia hasta ese momento.

En la exploración física estaba afebril, con una presión arterial de 110/60 mmHg y sin signos de dificultad respiratoria. Se observaba un desarrollo de caracteres sexuales secundarios en estadio IV de Tanner. Destaca un regular estado general y, a la palpación del abdomen,

una masa infraumbilical dura, no depresible y dolorosa, de aproximadamente 10 x 10 cm de diámetro, compatible con un globo vesical. En el resto de la exploración no se detectaron signos relevantes. Se procedió al sondaje de la paciente y se observó una masa que protruía en la zona vulvar. Se administró analgesia y se extrajeron 1.600 mL de orina, sin encontrarse alteraciones en el sedimento. Durante la evolución, persistían en la exploración abdominal signos patológicos, por lo que se solicitó una ecografía de abdomen, en la que se apreció una tumoración de contenido quístico, sin poder especificar si dependía de la vejiga o el aparato genital. Para descartar una patología tumoral, se realizó una tomografía computarizada (TC) urgente (figura 1), en la que se apreciaba una masa quística de contenido líquido de 9,5 x 8,5 cm, que dependía de la vagina y comprimía los uréteres, generando una hidronefrosis bilateral (figura 2).



Figura 1

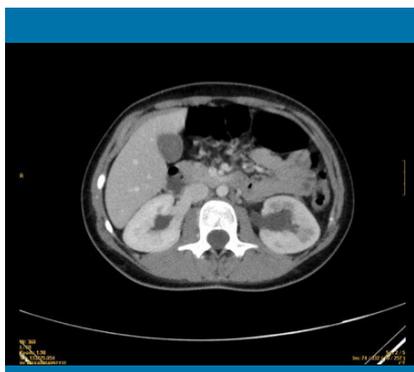


Figura 2

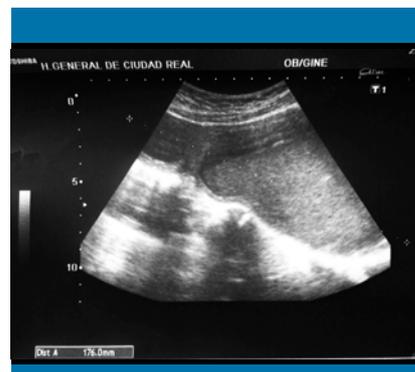


Figura 3

Con la sospecha diagnóstica de HI, con hemocolpos asociado e hidronefrosis bilateral, se contactó con el servicio de ginecología, en el que, tras realizar una ecografía transrectal (figura 3), se confirmó el diagnóstico y se descartó la presencia de malformaciones genitourinarias asociadas. Finalmente, se realizó una escisión en huso del himen en el quirófano y se consiguió extraer 800 mL de sangre acumulada.

## Discusión

La RAO es una entidad muy poco frecuente en la edad pediátrica, con predominio en varones. Tal como describen Asgari et al.<sup>1</sup>, las causas más frecuentes son la litiasis (27,9%), las enfermedades neurológicas (10,4%), los traumatismos (10,4%) y las infecciones del tracto urinario (9,1%). El HI supone sólo el 3% de los casos de RAO en la población pediátrica, pero al estratificar la muestra por sexos, se estimaría en un 10,7% en las niñas.

El HI es la malformación obstructiva más frecuente del tracto genital femenino<sup>2</sup>, con una incidencia de 1 por cada 2.000 mujeres<sup>5</sup>. Generalmente presenta un carácter esporádico, aunque se han descrito casos familiares tanto con herencia autosómica dominante como recesiva<sup>6</sup>. En algunos casos se ha asociado a otras malformaciones como consecuencia de alteraciones en el desarrollo de los conductos müllerianos, y a determinados síndromes, como el de McKusick-Kaufman o el de Bardet-Biedl<sup>7</sup>.

En la mayoría de los casos se presenta en la adolescencia. Existen algunos casos neonatales en los que, debido a estímulos estrogénicos durante el embarazo, se generan secreciones a través del útero y la vagina que se quedan acumuladas en las pacientes con HI, lo que puede obstruir las estructuras vecinas y/o presentar una masa infraumbilical al nacimiento<sup>8</sup>.

La clínica depende del tiempo que transcurra hasta el diagnóstico. El signo más evidente y que primero aparece es la amenorrea en una niña con un desarrollo puberal en un estadio de Tanner superior a IV. Posteriormente, debido a la acumulación de sangre en la cavidad vaginal (hematocolpos) o uterina (hematómetra), se genera un dolor abdominal infraumbilical de tipo cíclico, al igual que presentan las mujeres con la menstruación. También se puede observar un abultamiento del introito de color azulado. Si se acumula una gran cantidad, se pueden obstruir las estructuras adyacentes, como los uréteres, y generar una retención aguda de orina que, si se deja evolucionar, puede condicionar una hidronefrosis y un fallo renal agudo.

Sólo un 0,14% de los casos de HI llegan a desarrollar hematocolpos, pero hasta el 58% de estos se presentan como una RAO<sup>3</sup>.

En el diagnóstico de esta entidad cobran especial relevancia la historia clínica y la exploración física. En toda paciente adolescente con amenorrea primaria y un estadio de Tanner superior a IV que consulte por una RAO, y en la que se palpe una masa infraumbilical, se deben inspeccionar los genitales para descartar un HI.

La herramienta más útil para el diagnóstico es la ecografía. En casos dudosos, o previa planificación de cirugía, se prefiere la resonancia magnética a la TC, ya que esta proporciona mejores imágenes del aparato genitourinario y evita la radiación en la población pediátrica.

El tratamiento debe ser individualizado en cada paciente. Puede consistir en una sección completa del himen (himenectomía) o sólo una parte (himenotomía). La primera opción está condicionada por la aparición de más efectos adversos a posteriori, como dispareunia o problemas relacionados con la micción, mientras que con la segunda, frecuente en los países en que la tradición religiosa desempeña un papel social muy importante, se han visto casos de recidivas<sup>4</sup>.

El pronóstico dependerá del grado de evolución y de la acumulación de sangre contenida por el HI; en los casos más graves puede llegar a producir hematosalpinx, lo que conlleva un mayor riesgo de esterilidad y endometriosis<sup>9,10</sup>.

Como conclusión, ante una paciente con un desarrollo completo de los caracteres sexuales secundarios, sin menarquia, que presente un dolor abdominal cíclico y/o una exploración abdominal patológica, se deben explorar los genitales y sospechar un hemato-colpos por HI. El diagnóstico precoz conlleva un tratamiento sencillo que evitará complicaciones a largo plazo. ■

## Bibliografía

1. Asgari SA, Ghanaie MM, Simforoosh N, Kajbafzadeh A, Zare A. Acute urinary retention in children. *Urol J*. 2005; 2(1): 23-27.
2. González-Merlo J. Enfermedades de la vagina. En: *Ginecología*, 5.ª ed. Barcelona: Salvat, 1988; 304-312.
3. Ercan CM, Karasahin KE, Alanbay I, Ulubay M. Imperforate hymen causing hemato-colpos and acute urinary retention in an adolescent girl. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2011; 50(1): 118-120.
4. Abu-Ghanem S, Novoa R, Kaneti J, Rosenberg E. Recurrent urinary retention due to imperforate hymen after hymenotomy failure: a rare case report and review of the literature. *Urology*. 2011; 78(1): 180-182.
5. Lausten-Tomsen MJ, Mogensen H. Hymen imperforatus with atypical symptom presentation. *Ugeskr Laeger*. 2007; 169(6): 523-524.
6. Sakalkale R, Samarakkody U. Familial occurrence of imperforate hymen. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2005; 18(6): 427-429.
7. David A, Bitoun P, Lacombe D, Lambert JC, Nivelon A, Vigneron J, et al. Hydrometrocolpos and polydactyly: a common neonatal presentation of Bardet-Biedl and McKusick-Kauffman syndromes. *Med Genet*. 1999; 36(8): 599-603.
8. Sharifiaghdas F, Abdi H, Pakmanesh H, Eslami N. Imperforate hymen and urinary retention in a newborn girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009; 22(1): 49-51.
9. Liang CC, Chang SD, Soon YK. Long term follow-up of women who underwent surgical correction for imperforate hymen. *Arch Gynecol Obstet*. 2003; 269(1): 5-8.
10. Chang JW, Yang LY, Wang HH, Wang JK, Tiu CM. Acute urinary retention as the presentation of imperforate hymen. *J Chin Med Assoc*. 2007; 70(12): 559-561.