

POLICLÍNICO DOCENTE CON CAMAS
"RAFAEL PÉREZ GONZÁLEZ"

Himen imperforado con hematocolpus y hematometra secundario. Presentación de un caso.
Imperforate hymen with hematocolpus and secondary ematometra. A case presentation.

Augusto González Hidalgo (1), Noemí Vergel López (1).

RESUMEN

El himen imperforado es una patología poco frecuente del tracto genital femenino. Presentamos un caso de himen imperforado, en una paciente virgen de 17 años de edad con amenorrea, dolores en bajo vientre de forma cíclica con intervalos de más o menos 15 días y un aumento de volumen en hipogastrio, la que fue atendida durante nuestra misión médica realizada en el hermano país de Venezuela. Se realizó ecografía abdominopélvica con la vejiga llena y se observaron imágenes sugestivas de colpohematometra. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, se le realizó incisión y resección de la porción central de la membrana himeneal, con evacuación del contenido sanguinolento, confirmándose el diagnóstico. No se presentaron otras complicaciones y la paciente fue dada de alta con evolución satisfactoria. Se revisó y actualizó la literatura al respecto.

Palabras clave: HIMEN, HEMATOMETRA, HEMATOCOLPO, AMENORREA.

1. Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor instructor.

INTRODUCCIÓN

El himen imperforado es una patología poco frecuente. La imperforación del himen es una rara malformación congénita que ocurre aproximadamente en el 0,1% de los recién nacidos de sexo femenino. Constituye la anomalía obstructiva más frecuente del tracto genital femenino, presentándose habitualmente de forma esporádica y como un hecho aislado, siendo muy rara su asociación a otras alteraciones genitales (1).

Esta anomalía tiene dos momentos de mayor incidencia, uno en la época neonatal y otro en la pubertad. En la recién nacida puede presentarse como un hallazgo casual en la exploración física, o como una masa abdominal. En las adolescentes suele presentarse como un dolor abdominal cíclico, con amenorrea primaria. Aunque el diagnóstico es sencillo, suele ser tardío dada la ausencia de una correcta exploración genital (2).

El himen imperforado suele permanecer asintomático hasta la edad de la menarquia, cuando la sangre menstrual retenida en la vagina, el útero y las trompas de Falopio puede dar como resultado hematocolpos, hematometra y hematosalpinx progresivamente.

La forma de presentación clínica más frecuente suele ser la de una adolescente con amenorrea primaria, caracteres sexuales secundarios desarrollados e historia de dolores en el abdomen inferior de carácter cíclico (aunque no necesariamente), acompañado en ocasiones de retención urinaria y/o estreñimiento secundarios a la presión del hematocolpos sobre la vejiga y el recto, respectivamente. El dolor abdominal cíclico es producto de la acumulación de sangre y del tejido endometrial en el punto proximal a la obstrucción. Los segmentos involucrados pueden ir desde la vagina hasta las trompas de Falopio. Su diagnóstico y tratamiento tardío puede producir endometriosis, adenosis vaginal y hemoperitoneo.

El diagnóstico es fundamentalmente de sospecha clínica, confirmado con una simple exploración genital. La ecografía permite evaluar el total de estructuras involucradas, calcular el volumen hemático acumulado y seguir la evolución postratamiento. El tratamiento es quirúrgico mediante la incisión del himen.

El motivo de esta comunicación tiene como objetivo la exposición y discusión del caso de una paciente con himen imperforado con hematocolpus y hematometra secundario.

MÉTODO

Se realiza la presentación de un caso de una paciente femenina de 17 años con himen imperforado que acudió a consulta en el CDI "Simón Bolívar", Municipio La Fría en el Táchira, Venezuela, en Julio del 2005, por amenorrea y dolor en bajo vientre. Se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas de las Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Revista Cubana de Medicina General Integral, MEDLINE PLUS, Fistera, IntraMed News y en las listas de referencias de todos los artículos potencialmente relevantes y capítulos de libros disponibles.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 17 años de edad, la cual acudió a consulta el 11 de Julio del 2005, por una amenorrea primaria, con antecedentes de no haber tenido relaciones sexuales, que refería presentar

dolores en bajo vientre de forma cíclica con intervalos de más o menos 15 días, no refería alteraciones urinarias ni del hábito intestinal y se había notado además un aumento de volumen en hipogastrio. No presentaba antecedentes personales o familiares de importancia y tenía un nivel intelectual normal para su edad.

En la exploración física presentaba un desarrollo normal de caracteres sexuales secundarios (estadio IV de Tanner). El abdomen era doloroso en el hipogastrio sin signos de irritación peritoneal, siendo lo más destacado el dolor a la presión en la región de hipogastrio donde se observó una masa de aspecto tumoral, que se hacía más visible al llenarse la vejiga, por lo que se decidió realizar un Ultrasonido.

En la ecografía abdominopélvica con vejiga llena, se observó una estructura tubular sonoluciente ubicada inmediatamente por debajo de la vejiga, sugestiva de vagina, que en su porción posterior se comunicaba con otra estructura sonolúcida con aspecto de pera sugestiva del útero, ya que se definía con claridad la porción de cuello que se continuaba con cavidad endometrial amplia de aspecto sonolúcido. (Figura 1)

Con el fin de precisar el diagnóstico se realizó un corte longitudinal, en el que se apreció la estructura tubular sonoluciente alargada por debajo de la vejiga, que anatómicamente correspondía con vagina, donde se apreció en su porción anterior nivel hipocogénico (detritus hemorrágicos). (Figura 2)

Se realizó otro examen con la vejiga vacía para una mejor definición, observándose nuevamente en un corte longitudinal, una estructura tubular sonoluciente con nivel hipocogénico sugestiva de vagina, que en su porción posterior se comunicaba a través de un estrecho conducto, con otra imagen más pequeña donde se apreciaba con claridad la estructura del miometrio y el cuello uterino, reforzándose las sospechas de un colpo-hematometra. (Figura 2).

Analizando todo lo descrito en las imágenes observadas, se diagnosticó un colpo-hematometra. Bajo anestesia general fue intervenida quirúrgicamente, realizándose incisión y resección de la porción central de la membrana himeneal (himenectomía), y el correspondiente drenaje, con una evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN

El retraso de la menstruación debe evaluarse clínicamente si una niña no tiene evidencia de pubertad a los 13 años, si la menarquía no ha aparecido a los 16 años o si han transcurrido 5 años desde el inicio del desarrollo puberal sin menarquía. La historia clínica y el examen físico pueden determinar a menudo la causa de la amenorrea. Lo primero que debe descartarse es la presencia de embarazo. Se debe interrogar a las pacientes en busca de anomalías del crecimiento, historia familiar de anomalías genéticas, hábitos dietéticos y de ejercicio, estilo de vida y estrés ambiental. Hay que buscar posibles trastornos psicológicos (3).

Una de las embriopatías frecuentes del aparato genital femenino es el himen imperforado, que debe ser diagnosticada siempre al momento del nacimiento, estas recién nacidas deben de vigilarse durante sus primeros quince días de vida, pues en ocasiones si se presenta una crisis genital de la recién nacida, puede producirse un hematocolpus, que de no evacuarse puede tener consecuencias desfavorables. Las anomalías internas pueden obstruir la salida del flujo menstrual, causando hematocolpus (colección de sangre en la vagina) y hematometra (distensión del útero). En los exámenes abdominal y rectal se tocan de forma típica una vagina abultada y una masa pélvica, pero puede ser difícil establecer si la causa es una agenesia vaginal, un tabique vaginal o un himen imperforado. En estos trastornos, el desarrollo de los genitales externos y otras características sexuales secundarias es normal porque la función ovárica es normal (4). Cuando esta malformación no es diagnosticada y no hay crisis genital de la recién nacida, por lo general sigue un período asintomático hasta la pubertad, cuando se produce la menarquía y las sucesivas menstruaciones, esta sangre se comienza a acumular en la cavidad vaginal, ya que existe un impedimento mecánico a su salida al exterior, a esto se le conoce con el nombre de criptomenorrea y al cuadro dado por la acumulación de sangre en vagina y útero se le conoce como hematocolpus o colpohematometra. Cuando este cuadro demora en ser diagnosticado puede producirse incluso menstruación retrógrada a través de las trompas de Falopio a lo cual se le ha dado un importante papel en la etiología de la Endometriosis (5).

El cuadro clínico del hematocolpus está dado fundamentalmente por: Amenorrea primaria (criptomenorrea), dolor abdominal periódico, distensión abdominal y tumor hipogástrico, prominencia del himen y aumento de su red capilar, separación de los labios menores, y al tacto rectal se comprueba vagina ocupada.

El tratamiento del himen imperforado siempre es quirúrgico y consiste en la incisión y resección de la porción central de la membrana himeneal (himenectomía).

Cuando esta entidad se diagnostica desde el nacimiento o durante la infancia, se recomienda mantener controlada a la paciente y al iniciar su desarrollo puberal planificar el tratamiento quirúrgico en fecha anterior a la menarquía, con el fin de evitar el hematocolpus y sus posibles secuelas.

Generalmente esta malformación se asocia a ausencia congénita de vagina u otras malformaciones del tracto genital femenino como reportan en sus trabajos Reynoso C (6), Cabra ZR (7), Nova LR de J (8), Baeza H C (9) y Delgado P (10), entre otros, pero en este caso durante el examen médico y el estudio Ginecológico no se evidenció la presencia de otra malformación del tracto genital, la paciente fue intervenida quirúrgicamente y se le dio alta con una evolución satisfactoria.

Por ello creemos importante tener siempre presente el himen imperforado en el diagnóstico diferencial de la paciente en edad puberal que asiste a consulta por dolor abdominal hipogástrico, y la realización de una exploración genital como parte integrante de la exploración general de estas pacientes.

ABSTRACT

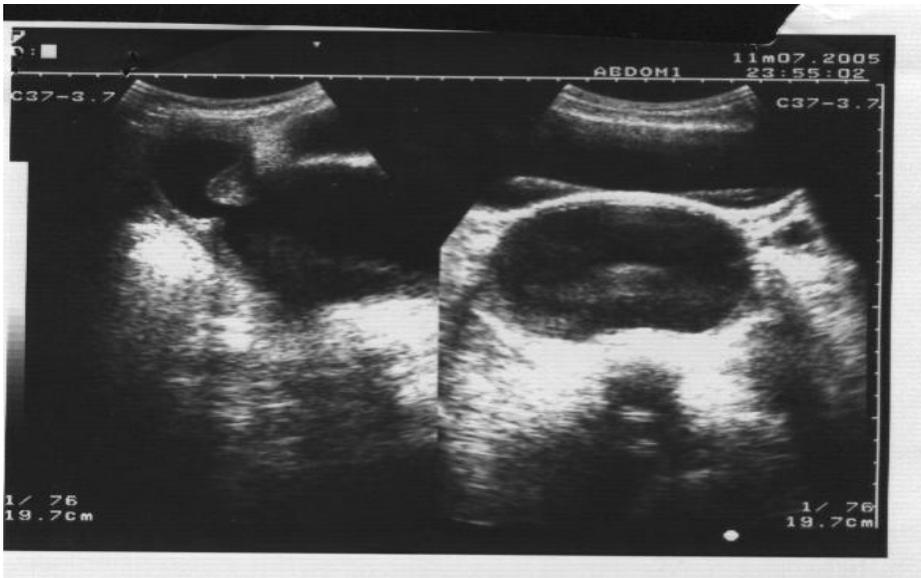
The imperforate hymen is not a very frequent pathology of the feminine genital tract. A case of imperforate hymen was presented, in a 17 year-old virgin patient with amenorrhea, having pains in low stomach in a recurrent way with intervals of more or less 15 days and an increase of volume in hypogastrium, the one that was assisted during our medical mission carried out in Venezuela, our brother country. An echography was carried out abdominopelvic with the full bladder and suggestive images of colpohematometra were observed. The patient was intervened surgically. An incision and resection of the central portion of the membrane hymeneal was carried out to the patient with evacuation of the bloody content being confirmed the diagnosis. There were not any other complications and the patient was discharged from the hospital with satisfactory evolution. It was revised and it modernized the literature in this respect.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerra F, Cervera C, Lires C. Himen imperforado como causa de dolor sacrococcígeo recurrente [monografía en Internet]. Doyma; 1998 [citado 21 Junio 2008]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.indice_revista?pident_revista_numero=327
2. Sanders RM; Nakajima ST. Un caso inusual de presentación tardía de himen imperforado. Ginecología y Obstetricia [serie en Internet]. 1995 Abril [citado 30 Nov 2008]; 41 (2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/ginecologia/Vol_41N2/abstractos.htm
3. Mark H, Beers MD, editores. Anormalidades menstruales y hemorragia uterina anormal. The Merk manual. 10a ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 1999.
4. Gómez JB, Serna JA, Blascol, Navarro H, Garaulet JV, Ingelmo MR. Hematocolpos secundario a himen imperforado aislado. Aportación de la ecografía pélvica abdominal. Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2004 [citado 21 Jun 2008]; 47: [aprox 3 p.]. Disponible en: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet? f=7064&articuloid=13060618
5. Perera A, Carrero F. Malformaciones mullerianas en Ginecología Infante Juvenil. [página en Internet]. Caracas: ATEPROCA; 1997 [citado 30 Nov 2008]; [aprox. 14 pantallas]. Disponible en: http://aps.sld.cu/bvs/materiales/manual_practica/Capitulo%20VIII.pdf
6. Reynoso EA, Nin Novoa T, Arias I, Medina Silvent R, Perdomo Cueva H, Wagner P. Ausencia congénita de vagina: himen imperforado; presentación de un caso en Santo Domingo. Rev Med Domin [serie en Internet]. 1997 Ene-abr [citado 13 Oct 2008]; 58(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=269212&indexSearch=ID>
7. Cabra Zurita R, Muñozuri Iñiguez F, Benitez EA, Barroso Villa G. Ausencia congénita de vagina. Síndrome Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser: presentación de un caso y revisión de la literatura. Ginecol Obstet Mex [serie en Internet]. 1998 Sept [citado 13 Oct 2008]; 66(9): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=40&id_ejemplar=488
8. de Jesús Nova LR, Cots D, Rodríguez Pérez L, Wagner Guerrero P, Núñez María L. Hematometra por hematocolpo secundario a himen imperforado: reporte de un caso. Rev Med Domin [serie en Internet]. 1994 Jul-Dic [citado 13 Oct 2008]; 55(3/4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.worldcat.org/wcpa/ow/69836318>
9. Baeza Herrera C, González Zárate EF, Gaspar Ramírez G, García Cabello LM. Himen imperforado. Una causa poco común de criptomenorrea. Acta Pediatr Mex [serie en Internet]. 1999 [citado 13 Oct 2008]; 120(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.actapediatrmex.entornomedico.org/archivo/1999/no4vol20.html>
10. Delgado Pecellín I, Navas López VM, Rodríguez Herrera A, Espín Jaime B, Pizarro Martín A, Rodríguez Ruiz JR. Himen imperforado como causa infrecuente de dolor abdominal recurrente. An Pediatr (Barc) [serie en Internet]. 2007 [citado 13 Oct 2008]; 66(6): [aprox 4 p.]. Disponible en: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet? f=7064&articuloid=13107402

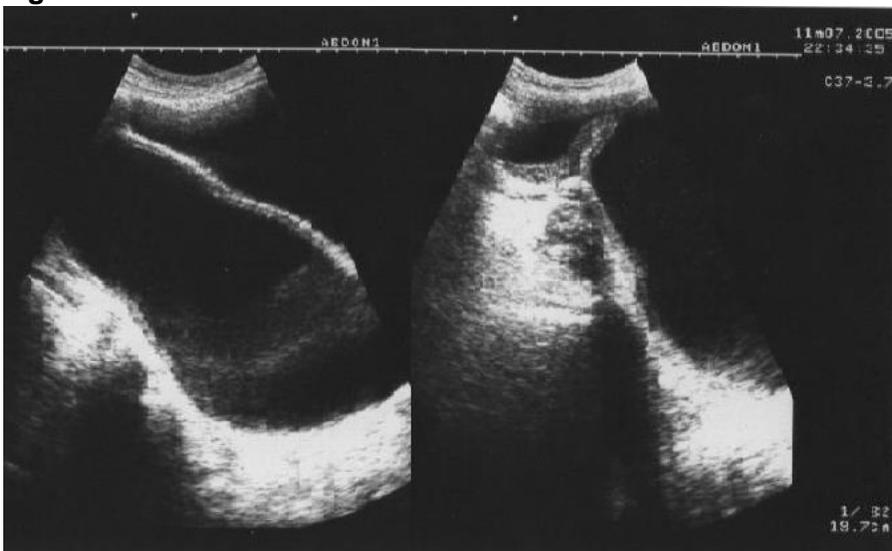
ANEXOS

Figura 1.



Se observa a la izquierda una estructura tubular sonolúcida ubicada por debajo de la vejiga sugestiva de vagina, que en su porción posterior se comunica con otra zona sonolúcida con aspecto de pera sugestiva del útero ya que se define con claridad su porción de cuello que se continua con cavidad endometrial amplia de aspecto sonolúcida. En la imagen a la derecha se realiza un corte transversal a nivel de vagina y se observa la vejiga llena y por debajo de esta una imagen sonolúcida redondeada sugestiva de vagina por lo que se realiza otra vista.

Figura 2.



A la izquierda corte longitudinal en el que se aprecia una gran imagen sonolúcida alargada por debajo de la vejiga, que anatómicamente impresiona corresponder con vagina; se aprecia su porción anterior con nivel hipocogénico que la delimita. A la derecha corte longitudinal con vejiga vacía, donde se observa una imagen sonolúcida alargada y redondeada que en su porción posterior se comunica a través de un estrecho conducto, con otra imagen sonolúcida más pequeña donde se aprecia con claridad la estructura del miometrio y el cuello uterino.