



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

El himen imperforado como urgencia en ginecología. Caso clínico y revisión de la literatura

Inmaculada Duyos Mateo*, Daniel Abehsera Davó, María de la Calle Fernández-Miranda, Margarita Puch Botella y María del Mar González Arlanzón

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Recibido el 21 de julio de 2011; aceptado el 16 de mayo de 2012
Disponible en Internet el 7 de julio de 2012

PALABRAS CLAVE

Himen imperforado;
Hematocolpos;
Hematometra;
Dolor abdominal

KEYWORDS

Imperforate hymen;
Hematocolpos;
Hematometra;
Abdominal pain

Resumen El himen imperforado se presenta en aproximadamente una de cada 2.000 mujeres. Es la causa congénita más común de obstrucción del flujo genital y, por lo general, no suele presentar síntomas hasta la pubertad.

Presentamos el caso de una adolescente de 13 años que acudió a nuestro servicio de urgencias refiriendo dolor abdominal y metrorragia. La exploración física reveló un himen íntegro y abombado por el que empezaba a drenar sangre oscura. La ecografía transabdominal era sugestiva de hematocolpos y hematometra. La paciente recibió tratamiento quirúrgico y la evolución postoperatoria fue favorable.

© 2011 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Imperforate hymen as a gynecological emergency: case report and literature review

Abstract Imperforate hymen occurs in approximately 1 out of every 2000 females. This entity is the most common congenital cause of genital outflow obstruction and does not usually cause symptoms until puberty.

We present the case of a 13-year-old girl who attended the emergency department complaining of abdominal pain and metrorrhagia. Physical examination revealed an imperforate and bulging hymen beginning to drain dark blood. Transabdominal ultrasonography was suggestive of hematocolpos and hematometra. The patient was treated surgically and the postoperative outcome was favorable.

© 2011 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El himen imperforado se presenta en aproximadamente 1 de cada 2.000 mujeres, aunque la verdadera incidencia es difícil de obtener¹. Es la causa congénita más común de obstrucción del flujo genital en las mujeres². Tanto el hidrocolpos como el

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: macduyos@yahoo.es (I. Duyos Mateo).

hidrometrocolpos pueden ser secundarios a esta condición. El himen imperforado por lo general no causa síntomas hasta la pubertad³.

Se presenta el caso de una adolescente de 13 años de edad que acude al servicio de urgencias de ginecología remitida desde urgencias pediátricas por dolor abdominal y metrorragia, presentándose a la exploración un himen íntegro, que requirió ingreso hospitalario y tratamiento quirúrgico.

Caso clínico

Mujer de 13 años de edad, que acude a urgencias de ginecología remitida desde el servicio de urgencias pediátricas por dolor en hipogastrio y metrorragia abundante de inicio súbito.

La paciente no tiene antecedentes quirúrgicos ni alergias medicamentosas conocidas. Tampoco presenta antecedentes de enfermedades relevantes, tan solo refiere una sinequia de labios menores durante el primer año de vida, que se resolvió con tratamiento médico.

Presenta un desarrollo puberal normal, con presencia de caracteres sexuales secundarios (estadio IV-V de Tanner). Refiere dolor abdominal cíclico, cada 15 días, de menor intensidad que el actual y que cedía con analgésicos, de un año de evolución. Es la primera vez que presenta menstruación. La paciente no refiere alteraciones urinarias ni del hábito intestinal.

A la exploración ginecológica se observa salida de contenido hemático de aspecto achocolatado a través de un poro que presenta el himen, íntegro y abombado (fig. 1). A nivel



Figura 1 Himen abombado comenzando a drenar.



Figura 2 Ecografía: hematometra y hematocolpos.

abdominal no se palpan masas, pero la paciente refiere intenso dolor, sin que existan signos de irritación peritoneal. El tacto rectal no revela patología.

En cuanto a los datos analíticos, tan solo la proteína C reactiva se encuentra ligeramente elevada, 18,5 mg/l. Tanto el hemograma como la coagulación y los parámetros bioquímicos se encuentran dentro de la normalidad.

En la ecografía mediante sonda abdominal se aprecia un útero en anteflexión de $126 \times 63 \times 81$ mm, regular, donde destaca una cavidad endometrial ocupada por abundante material de ecogenidad mixta, que también ocupa la vagina. No se objetiva patología anexial ni líquido libre en el abdomen (fig. 2).

Ante el diagnóstico clínico y ecográfico de himen imperforado con sospecha de hematometra y hematocolpos, y la situación clínica de la paciente, se decide su traslado a quirófano para proceder a su tratamiento quirúrgico.

En quirófano, bajo anestesia general y con la paciente en posición de litotomía, se realiza una incisión en cruz a nivel de la membrana himeneal, produciéndose la salida del material hemático acumulado, denso y de color oscuro. Posteriormente, tras el lavado vaginal con suero fisiológico, se deja una gasa a modo de drenaje. Se pauta antibioterapia por vía oral y la evolución postoperatoria de la paciente es favorable. La paciente recibe el alta médica 24 horas más tarde.

Se reevalúa a la paciente habiendo pasado 4 semanas desde la cirugía, comprobándose una membrana himeneal permeable, sin signos ya de cicatrización.

Discusión

El himen imperforado se presenta en aproximadamente una de cada 2.000 mujeres, aunque la verdadera incidencia es difícil de precisar. Casos familiares han sido reportados en la literatura pero se presenta con más frecuencia de forma esporádica. El himen es un remanente embriológico de tejido mesodérmico que normalmente se perfora durante las últimas etapas del desarrollo embrionario. Si no hay perforaciones a través de la membrana, el himen es llamado imperforado. Rara vez se diagnostica en el periodo neonatal y la mayoría de los casos se presentan más tarde¹. Diversos

autores han descrito casos de himen imperforado diagnosticados en el periodo fetal³.

Cuando esta malformación no es diagnosticada en la recién nacida, por lo general sigue un periodo asintomático hasta la pubertad, cuando se produce la menarquia y las sucesivas menstruaciones y esta sangre se comienza a acumular en la cavidad vaginal, ya que existe un impedimento mecánico a su salida al exterior. Esto se conoce con el nombre de criptomenorrea y el cuadro dado por la acumulación de sangre en la vagina y el útero se conoce como hematocolpos o colpohematometra. Cuando este cuadro demora en ser diagnosticado puede producirse incluso menstruación retrógrada a través de las trompas de Falopio, a lo que se le ha dado un importante papel en la etiología de la endometriosis⁴.

Cuando se presenta durante el periodo de la adolescencia, por lo general, se puede diagnosticar por una historia clínica detallada y un examen físico. En la adolescencia típicamente se presenta con amenorrea primaria, dolor abdominal cíclico en la parte baja del abdomen, dolor pélvico, con o sin síntomas asociados como dolor de espalda (38-40%), retención de orina (37-60%) o estreñimiento (27%). En la exploración física, una masa abdominal inferior puede ser palpable, o una masa pélvica se puede detectar en el examen rectal bimanual^{5,6}. El diagnóstico de himen imperforado a menudo se puede establecer fácilmente durante el examen del periné cuando un abultamiento azul correspondiente al himen imperforado se encuentra en el introito⁷.

Desde el punto de vista analítico, no existe alteración reseñable en los parámetros de laboratorio, aunque algunos autores han destacado un aumento de los marcadores tumorales CA 19-9 y CA 125⁸.

Desde el punto de vista de las pruebas de imagen, la ecografía ofrece una imagen muy característica correspondiente al hematometra y el hematocolpos.

Una vez diagnosticado, el tratamiento de elección en el himen imperforado es quirúrgico. Para evitar los riesgos que conlleva la cirugía, las niñas asintomáticas pueden ser controladas durante la infancia y, si no presentan complicaciones, esperar hasta el momento óptimo para la intervención, que es después de la aparición de la pubertad (evidenciado por la telarquia) pero antes de la menarquia. En ese momento no hay aún acúmulo de flujo menstrual y el riesgo de cicatrización y de necesidad de repetir el procedimiento es mucho menor⁹. Lamentablemente, en la mayoría de casos en el momento del diagnóstico las pacientes ya presentan síntomas, como el dolor pélvico cíclico o la masa abdominal secundaria a hematocolpos y hematometra.

El tratamiento estándar consiste en la himenectomía quirúrgica mediante incisiones en T, en X o en cruz, con la posterior resección del tejido himeneal excedente¹⁰. Esta técnica fue descrita por Rock¹¹. Se recomienda la colocación de una sonda de Foley para evitar daños en la uretra y debe evitarse la aspiración del hematocolpos debido al riesgo de que se produzca una infección ascendente. El procedimiento se realiza bajo anestesia general, con la paciente en posición de litotomía.

Existen diversas técnicas que modifican en parte la técnica estándar. Una de ellas consiste en introducir una sonda de Foley a través de la incisión por donde se ha hecho el drenaje y mantenerla durante 2 semanas para evitar el cierre; además, se aplica una crema tópica de estrógenos para favorecer la epitelización¹². Otras técnicas consisten en realizar incisiones circulares o elípticas en lugar de rectas, o bien en la colocación de suturas reabsorbibles tras la evacuación del líquido, para así prevenir la cicatrización¹³. Los resultados con cualquiera de las técnicas son buenos.

En todos los casos, se debe hacer un seguimiento posterior (primer control en 1-4 semanas tras la intervención quirúrgica) para inspeccionar el área y descartar signos de infección o inflamación locales. Algunos autores recomiendan la supresión menstrual con anticonceptivos por vía oral durante 3-6 meses y está en discusión el prolongar este tratamiento en posteriores visitas¹⁴.

En definitiva, la finalidad del tratamiento es abrir la membrana para permitir la salida del flujo menstrual, no impidiendo a la paciente el posible uso de tampones ni, en el futuro, el confort a la hora de mantener relaciones sexuales⁹. Además, esto debe hacerse intentando mantener la integridad estructural del himen, dada la relevancia que esto tiene en determinadas culturas o sociedades.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Gyimadu A, Sayal B, Guven S, Gunalp GS. Hematocolpos causing severe urinary retention in an adolescent girl with imperforate hymen: an uncommon presentation. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;280:461-3.
2. Basaran M, Usal D, Aydemir C. Hymen sparing surgery for imperforate hymen: case reports and review of literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009;22:e61-4.
3. Adaletli I, Ozer H, Kurugoglu S, Emir H, Madazli R. Congenital imperforate hymen with hydrocolpos diagnosed using prenatal MRI. *AJR Am J Roentgenol*. 2007;189:W23-5.
4. González A, Vergel N. Himen imperforado con hematocolpos y hematometra secundario. Presentación de un caso. *Mediciego*. 2009;15 Supl 1.
5. Nazir Z, Rizvi RM, Qureshi RN, Khan ZS, Khan Z. Congenital vaginal obstructions: varied presentation and outcome. *Pediatr Surg Int*. 2006;22:749-53.
6. Liang CC, Chang SD, Soong YK. Long-term follow-up of women who underwent surgical correction for imperforate hymen. *Arch Gynecol Obstet*. 2003;269:5-8.
7. Mou JW, Tang PM, Chan KW, Tam YH, Lee KH. Imperforate hymen: cause of lower abdominal pain in teenage girls. *Singapore Med J*. 2009;50:e378-9.
8. Buyukbayrak EE, Ozyapi AG, Karsidag YK, Pirimoglu ZM, Unal O, Turan C. Imperforate hymen: a new benign reason for highly elevated serum CA 19.9 and CA 125 levels. *Arch Gynecol Obstet*. 2008;277:475-7.

9. Miller RJ, Breech LL. Surgical correction of vaginal anomalies. *Clin Obstet Gynecol.* 2008;51:223–36.
10. Te Linde RW, Rock JA, Jones HW. *Te Linde's operative gynecology.* 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
11. Rock J. Trastornos quirúrgicos de la vagina y uretra. En: Thomson J, Rock J, editores. *Te Linde Ginecología Quirúrgica.* 7.^a ed. México: Editorial Médica Panamericana; 1993. p. 1014–1016.
12. Acar A, Balci O, Karatayli R, Capar M, Colakoglu MC. The treatment of 65 women with imperforate hymen by a central incision and application of Foley catheter. *BJOG.* 2007;114:1376–9.
13. Quint EH, McCarthy JD, Smith YR. Vaginal surgery for congenital anomalies. *Clin Obstet Gynecol.* 2010;53:115–24.
14. Guerra Cabrera F, Cervera Valverde C, Lires Rodríguez C. Himen imperforado como causa de dolor sacrococcígeo recurrente. *FMC.* 1998;5:347.