

Casos Clínicos

Dolor abdominal como síntoma de himen imperforado

Laura González R.¹, Elena Marín O.², Virginia Faíña P.³, Vanessa García D.², Melania Lamelas P.⁴, Vanesa Rodríguez F.², Roberto González B.², Carlos Nicolás López R y C.²

¹Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña. ²Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ³Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ⁴Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Lugo. España.

RESUMEN

El himen imperforado es una anomalía congénita del desarrollo genital femenino. A pesar de ser la anomalía obstructiva más frecuente, presenta una incidencia estimada del 0,1% de las recién nacidas. Su diagnóstico es principalmente clínico, habitualmente ante la presencia de dolor abdominal cíclico en una adolescente que no ha presentado la menarquía. Presentamos el caso de una paciente de 12 años de edad que acudió al Servicio de Urgencias por dolor abdominal intenso, acompañado de alteración del hábito intestinal de dos días de evolución. Tras una detallada anamnesis y exploración física, es diagnosticada de himen imperforado con el apoyo de las pruebas complementarias. El cuadro clínico se resolvió tras la realización de una himenectomía.

PALABRAS CLAVE: *Hematocolpos, himen imperforado, dolor abdominal cíclico, adolescencia*

SUMMARY

Imperforate hymen is a congenital anomaly of female genital development. Although it is the most common obstructive anomaly has an estimated incidence of 0.1% of newborn. The diagnosis is primarily clinical, usually in the presence of cyclic abdominal pain in an adolescent who has not submitted menarche. We report the case of a 12 years old woman came to the emergency department by abdominal intense pain accompanied by altered bowel habit in two days. After a detailed history and physical examination, was diagnosed with imperforate hymen with the support of additional tests. The clinical symptoms resolved after performing a hymenectomy.

KEY WORDS: *Hematocolpos, imperforate hymen, cyclic abdominal pain, adolescence*

INTRODUCCIÓN

El himen imperforado es una anomalía congénita del desarrollo genital femenino, caracterizada por la falta de canalización del tejido conjuntivo que conforma el himen. Esto conlleva una falta de permeabilidad vaginal y acúmulo de sangre y detritos celulares a este nivel (1). Es una patología poco

frecuente, pero es la anomalía obstructiva más frecuente del tracto genital femenino (2,3). Presenta una incidencia estimada del 0,1% de los recién nacidos de sexo femenino (1,4,5).

Pasa inadvertido en el neonato, y se diagnostica en la pubertad donde la sintomatología suele ser inespecífica. Debuta con dolor abdominal cíclico en adolescentes que no han presentado la menarquía,

derivado de la compresión ejercida por la colección de sangre en la vagina (6-8).

El diagnóstico se basa en una detallada anamnesis y exploración física, de manera que las pruebas complementarias adquieren un papel secundario, y permiten la confirmación del diagnóstico clínico y la exclusión de otras malformaciones genitales. Entre ellas, la ecografía es de primera elección (9). El tratamiento de primera línea es la corrección quirúrgica mediante himeneotomía.

El objetivo de esta presentación es comunicar el caso clínico de una paciente de 12 años que fue diagnosticada tras acudir al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de cuatro meses de evolución.

Caso clínico

Paciente de 12 años que acudió al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, por un cuadro de dolor abdominal de predominio en fosa iliaca derecha irradiado a muslo y pierna ipsilateral, que cedía parcialmente con la toma de analgésicos. Cuadro acompañado de alteración en el hábito intestinal tipo diarrea de 48 horas de evolución. Afebril y sin otra sintomatología asociada. Refería además, la presencia del mismo dolor durante varios días en los últimos cuatro meses. Sin antecedentes personales ni familiares de interés. No refería menarquia y negaba relaciones sexuales.

La paciente presentaba afectación del estado general, constantes normales y sequedad de mucosas. Durante la exploración abdominal destacó un intenso dolor a la palpación en ambas fosas ilíacas, con predominio derecho, con defensa abdominal y sin presencia de masas palpables. En la exploración ginecológica se objetivó una vulva normal y un himen abombado, a través del que translucía un contenido vaginal azulado debido a un importante hematocolpos (Figura 1).

En la analítica se objetivó una hemoglobina de 13 g/dl, hematocrito 37,5% y una ligera leucocitosis, sin desviación izquierda.

La ecografía ginecológica confirmó la presencia de una gran colección pélvica de 16 cm, heterogénea, con densidad en rango de líquido complicado, compatible con moco y/o sangre, que se continúa con el útero, sugestiva de himen imperforado y menos probable atresia vaginal. Ambos anexos de ecoestructura normales y no se evidenció líquido libre en Douglas (Figura 2).

Ante la sospecha de hematocolpos secundario a himen imperforado, se decidió la realización de una corrección quirúrgica del problema.

En quirófano, tras la sedación de la paciente y previo sondaje y comprobación de la ausencia de anomalías de las vías urinarias asociadas, se



Figura 1. Exploración ginecológica: genitales externos normales. Himen abombado, a través del cuál trasluce un contenido vaginal azulado (hematocolpos).



Figura 2. Las imágenes ecográficas confirmaron la presencia de una colección pélvica de 16 cm, heterogénea, con densidad en rango de líquido complicado, compatible con moco y/o sangre, sugestiva de himen imperforado.

realizó una himenectomía según técnica descrita por Rock (10), que consistió en una incisión estrellada y sutura de repliegues himeneales con sutura reabsorbible de 4/0. Se drenó aproximadamente 1000 mL de líquido achocolatado. Se dejó cobertura antibiótica. La técnica se realizó con comprobación ecográfica concomitante de la ausencia de material intracavitario (Figura 3).



Figura 3. Tras la himenectomía, se puede apreciar en la imagen la coloración achocolatada del material drenado.

Con buena evolución posterior fue dada de alta a las 48 horas de la intervención, y con cobertura antibiótica oral durante una semana. Se realizó el control en la consulta de Ginecología y se confirmó la permeabilidad himeneal al mes de la cirugía y a los cinco meses de la misma. Debido a que la paciente no permitía una adecuada exploración física se solicitó una ecografía de control (Figura 4). En la actualidad, tras 12 meses de la intervención, presenta menstruaciones regulares y ausencia de recidivas.



Figura 4. La técnica se realizó ecoguiada, con comprobación ecográfica concomitante de la ausencia de material intracavitario.

DISCUSIÓN

El himen imperforado es una causa poco frecuente de dolor abdominal cíclico en la adolescencia. El aparato reproductor femenino deriva embriológicamente del seno urogenital y de los conductos de Müller. El seno urogenital da lugar al vestíbulo, al himen y al tercio inferior de la vagina. De los conductos de Müller derivan los dos tercios superiores de la vagina, el cérvix, el útero y las trompas. El himen imperforado se caracteriza por la falta de canalización del tejido conjuntivo que conforma el himen, de tal forma que permanece ocluida la salida de material a través de la vagina (1). En el período neonatal puede presentarse como una masa pélvica secundaria a la acumulación de material mucoide (6-8). Durante la infancia puede pasar inadvertido hasta la pubertad cuando, con el inicio de la descamación endometrial, estas niñas empiezan a presentar clínica. El síntoma principal es el dolor abdominal cíclico, por la acumulación de sangre en la vagina. También puede aparecer como masa hipogástrica, dolor lumbar, ciatalgia, disuria, retención urinaria u otros síntomas urinarios.

Los diagnósticos diferenciales comprenden las adherencias labiales, el septo vaginal obstructivo, el quiste vaginal, el quiste del ovario, la agenesia vaginal (síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser), el síndrome de insensibilidad a los andrógenos, el prolapso ureteral, el ureterocele, el quiste parauretral, el rabdomiosarcoma vaginal y la retención vesical (7,8).

El himen imperforado puede asociarse a otras malformaciones genitales y/o a malformaciones urológicas, incluso a malformaciones vertebrales o anorrectales (10). Aunque la prevalencia de otras

malformaciones asociadas es baja, algunos autores recomiendan descartarlas mediante la realización de un estudio ecográfico postquirúrgico.

El tratamiento de elección es la corrección quirúrgica mediante la apertura de la membrana himeneal. La técnica más aceptada es la descrita por Rock (10), que consiste en efectuar incisiones estrelladas a través de la membrana himeneal con escisión de los bordes. Se debe asegurar un orificio permeable para impedir que se cierre de nuevo y garantizar la salida de las secreciones. La profilaxis antibiótica adecuada ayuda a disminuir la incidencia de complicaciones infecciosas (11).

Es de gran importancia la realización de una exploración física detallada, pues su omisión puede conllevar un retraso en el diagnóstico, lo cuál se asocia con la posible aparición de patologías asociadas tales como endometriosis, adenosis vaginal, infecciones urinarias, retención urinaria e, incluso, hidronefrosis bilateral con fallo renal, hematosalpinx y hemoperitoneo, y pudiendo llegar a comprometer la fertilidad futura de la paciente (12-14).

CONCLUSIÓN

El hematocolpos secundario a himen imperforado debe proponerse en el diagnóstico diferencial ante toda adolescente con amenorrea primaria y síntomas abdominales y/o urinarios principalmente. La inspección de los genitales externos es fundamental en el diagnóstico de esta patología, y su realización sistemática en estas pacientes puede evitar el retraso en el diagnóstico y la aparición de complicaciones futuras importantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Palacios-Acosta, León-Hernández, Shalkow-Klincovstein, Cordoba-Ortega, Rangel-Quintana. Hematocolpos por himen imperforado: errores en su diagnóstico y abordaje. *Acta Pediatr Mex* 2011;32(6):323-31.
- Botash AS, Jean-Louis F. Imperforate hymen: congenital or acquired from sexual abuse? *Pediatrics* 2001;108(3):E53.
- Messina M, Severi FM, Bocchi C, Ferruci E, Di Maggio G, Petraglia F. Voluminous perinatal pelvic mass: a case of congenital hydrometrocolpos. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2004;15(2):135-7.
- Parazzini F, Cecchetti G. The frequency of imperforate hymen in northern Italy. *Int J Epidemiol* 1990;19(3):763-4.
- Kloss BT, Nacca NE, Cantor RM. Hematocolpos secondary to imperforate hymen. *Int J Emerg Med* 2010;3(4):481-2.
- Agüera Font FJ, Lozoya Serrano B, Mendieta Sanz E. Masa abdominal en niñas adolescentes. Hematocolpos: a propósito de un caso. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2002;4:457-61.
- Nisanian AC. Hematocolpometra presenting as a urinary retention. A case report. *J Reprod Med* 1993;38(1):57-60.
- Rotter DB, Rickard C, Rivera M, Alderman EM. Lower abdominal pain in a perimenarchal adolescent. *Adolesc Med* 1996;7(3):455-9.
- Gómez Correa JB, Serna Plaza JA, Blasco Trives I, Navarro Amorós H, Garaulet Rodríguez JV, Ingelmo JMR. Hematocolpos secundario a himen imperforado aislado. Aportación de la ecografía pélvica abdominal. *Prog Obstet Ginecol* 2004;47(3):139-42.
- Tejerizo G, Tejeilo A, Sánchez S, García R, et al. Hematocolpos-hematometra por imperforación himeneal. *Clin Invest Ginecol Obstet* 2000;27:397-404.
- Delgado I, Navas VM, Herrera A, Espín B, et al. Himen imperforado como causa infrecuente de dolor abdominal recurrente. *An Pediatr (Barc)* 2007;66(6):626-7.
- Khemchandani S, Devra A, Sandeep G. An unusual case of urinary tract obstruction due to imperforate hymen in an 11-month-old infant. *Indian J Urol* 2007;23(2):198-9.
- Lardenoije C, Aadenburg R, Mertens H. Imperforate hymen: a cause of abdominal pain in female adolescents. *BMJ Case Rep* 2009; 2009, pii: bcr08.2008.0722. doi: 10.1136/ bcr.08.2008.0722. Epub 2009 May 26.
- Duyos I, Abeshera D, de la Calle M, Puch M, González MM. Himen imperforado como urgencia en ginecología. Caso clínico y revisión de la literatura. *Prog Obstet Ginecol* 2012;55(9):445-8.