

---

# Himen imperforado: una revisión de diez años

S. Vilanova Fernández\*, A. Roca Jaume\*, N. Nieto del Rincón\*,  
J.F. Mulet Ferragut\*\*, JM. Román Piñana\*

\*Servicio de Pediatría.

\*\*Servicio de Cirugía Pediátrica.

Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

---

Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5: 563-570

## Resumen

*El himen imperforado es una patología relativamente infrecuente, pero está presente en nuestro medio. En este trabajo se realiza un estudio retrospectivo de los 10 casos de himen imperforado diagnosticados desde 1992 al 2002 en nuestro hospital. La mayor parte de las pacientes fueron adolescentes, con presentación clínica inespecífica (abdominalgia y sintomatología urinaria), que en algunos casos dificultó el diagnóstico. El diagnóstico se basó en la anamnesis y exploración física, utilizándose como apoyo la ecografía abdominal. El tratamiento fue quirúrgico. Se hace una revisión de la literatura sobre el diagnóstico, tratamiento y sus complicaciones.*

**Palabras clave:** Hematocolpos, Himen imperforado, Hidrocolpos.

## Abstract

*Imperforate hymen is a relatively infrequent pathology, but it is present in our environment. In this work, a retrospective study of 10 diagnosed cases of imperforate hymen is made from 1992 to 2002 in our hospital. Most of the patients were teenagers, with non-specific clinical symptoms (abdominal pain and urinary symptoms), that in some cases made the diagnosis difficult. The diagnosis was based on anamnesis and physical exploration, using the abdominal ultrasound like support. Surgery was the treatment. A revision about diagnosis, treatment and its complications in medical literature is made.*

**Key words:** Hematocolpos, Imperforate hymen, Hydrocolpos.

## Introducción

El himen imperforado es un trastorno del desarrollo embriológico del himen. Aunque poco frecuente, es la anomalía obstructiva más común del tracto genital femenino. Su incidencia es aproxi-

madamente del 0,1% de los recién nacidos de sexo femenino<sup>1</sup>, con dos picos de mayor incidencia: en la época neonatal y en la pubertad. El diagnóstico y corrección de esta patología es primordial para evitar complicaciones, entre

ellas, la inflamación crónica de las trompas de Falopio por la retención de sangre (hematosalpinx) que puede provocar infertilidad<sup>2</sup>. Presentamos una revisión de los casos de himen imperforado recogidos en los últimos diez años en nuestro hospital.

### Material y métodos

Se han revisado de forma retrospectiva, las historias clínicas de pacientes ingresadas, con diagnóstico de himen imperforado desde enero de 1992 a junio de 2002 en nuestro hospital. El acceso a estos datos se realizó a través de Servicio de Documentación Clínica del hospital. Los datos recogidos fueron: motivo de consulta, síntomas acompañantes, pruebas complementarias realizadas, tratamiento y complicaciones.

### Resultados

Se encontraron 10 casos con diagnóstico final de himen imperforado. El rango de edades oscilaba entre 2 días de vida y 22 años, con una edad media de 14,8 años. Estas pacientes fueron derivadas al hospital generalmente desde el centro de salud, y en segundo lugar desde urgencias de pediatría. El motivo de consulta más frecuente fue la abdominalgia (todas refieren algún episodio de dolor abdominal periódico). Todas

las pacientes adolescentes, manifestaron alteraciones menstruales, ciclos irregulares en una de ellas y amenorrea en el resto. Todas las recién nacidas presentaron como hallazgo exploratorio, masa en genitales. En la mayoría de los casos no se asoció ningún otro síntoma, salvo en ocasiones, clínica miccional o ginecológica. En el período neonatal no existieron síntomas guía (hallazgo casual en la exploración) (Figura 1). La duración de los síntomas osciló entre dos semanas y cuatro meses. La prueba complementaria más usada para el diagnóstico fue la ecografía abdominal (Figura 2). Se realizó sondaje vesical en 4 de las 10 pacientes para comprobar permeabilidad de la uretra (Figura 3). El tratamiento en todos los casos fue quirúrgico, mediante himeneotomía (Figura 4). Entre las complicaciones posterior-

Figura 1. Protusión genital.



res al tratamiento destacaron la formación de un anillo himeneal con coitalgia, y retención urinaria. No se encontraron malformaciones asociadas en nuestro estudio (Tabla I).

### Discusión

Aunque el himen imperforado es una patología poco frecuente, debe ser tenida en cuenta tanto en el período neonatal, como en las niñas puberales que presentan abdominalgia cíclica. El cuadro clínico es variable: en el recién nacido puede presentarse como un hallazgo casual en la exploración física, o como masa abdominal. En las adolescentes suele presentarse como un dolor abdominal cíclico y amenorrea primaria. En nuestra serie, el número de pacientes con diagnóstico de himen imperforado neonatal fue reducido, aunque probablemente se

diagnosticaron y trataron otros casos directamente en la Planta de Maternidad, sin tener aún el recién nacido número propio de historia clínica que quedara registrado en Documentación. Los signos urinarios debidos a compresión (distorsión de la uretra, compresión ureteral) pueden ser el origen de una retención aguda de orina, de disuria, de infección urinaria y de hidronefrosis bilateral<sup>3-9</sup>.

Figura 2. Ecografía.



Figura 3. Sondaje vesical.



Figura 4. Himeneotomía.



**Tabla I. Tabla de datos de los pacientes estudiados**

Paciente (año)	Edad	Origen	Motivo de consulta	Síntomas acompañantes	Pruebas Complementarias	Tratamiento	Complicación
1 (1990)	15 años	C. Salud	Dolor abdominal	Dificultad miccional y defecar	Ecografía abdomen	Cirugía laparotomía	-
2 (1990)	14 años	Urgencias Ginecología	Dolor abdominal	Polaquiuria	Ecografía abdomen	Cirugía Antibiótico	-
3 (1996)	17 años	Urgencias Pediatría	Dolor abdominal	Amenorrea	-	Cirugía	-
4 (1997)	22 años	C. Salud	Imposibilidad de coito	-	-	Cirugía	Anillo himeneal
5 (1998)	13 años	C. Salud	Dolor abdominal	Dificultad miccional	Ecografía abdomen	Cirugía	-
6 (1999)	14 años	C. Salud	Dolor abdominal	-	-	Cirugía	-
7 (1999)	2 días	Planta Maternidad	Protrusión de masa en genitales	-	-	Cirugía	-
8 (2000)	5 días	Otro hospital	Protrusión de masa en genitales	Uretero-hidrone-frosis izquierda	Ecografía abdomen	Cirugía	-
9 (2001)	13 años	Urgencias Pediatría	Dolor abdominal	Retención urinaria	Ecografía TAC abd.	Cirugía	-
10 (2001)	11 años	Urgencias Pediatría	Dolor abdominal	-	Ecografía abdomen	Cirugía	-

Otros síntomas descritos en la literatura son dolores lumbares, ciáticos, déficit sensitivo y motor de miembros inferiores, endometriosis pelviana, infección y adenosis vaginal<sup>9,10-12</sup>.

El diagnóstico se fundamenta en una buena historia clínica y exploración física. Dentro de la exploración neonatal, es muy importante realizar una cuidadosa inspección genital. Igualmente, no ha de olvidarse dicha revisión, en la niña adolescente que presenta abdominalgia o/y amenorrea con un desarrollo de Tanner IV-V. En nuestra serie, 2 pacientes fueron diagnosticadas inicialmente de otras patologías (quiste de ovario, malformación urogenital compleja), por ausencia de una correcta exploración genital. Las pruebas complementarias nos ayudarán a confirmar este diagnóstico. La ecografía es la técnica de elección y es el primer paso para el diagnóstico diferencial y detectar posibles complicaciones o malformaciones asociadas. Se realiza abdominal, pero también podría ser útil transperineal o transrectal<sup>13</sup>, la cual se considera una excelente alternativa para el diagnóstico de hematocolpos a la ecografía transvaginal en los casos donde ésta no es fiable o es imposible. Se puede realizar el diagnóstico intraútero a través de ecografía<sup>1,14</sup>. Las calcificaciones peritoneales son una rara asociación del hidrometrocolpos, secun-

dario a himen imperforado, entrando dentro del diagnóstico diferencial de calcificaciones peritoneales en niñas durante el período neonatal<sup>15</sup>. La resonancia magnética (RMN) y la tomografía se reservan para lesiones anatómicas complejas, donde la exploración física y la ecografía no son resolutivas o para planificar un tratamiento quirúrgico<sup>16-22</sup>. Las analíticas sanguíneas no aportan datos diagnósticos, pero se suelen solicitar como estudio preoperatorio. El himen imperforado se puede asociar a otras malformaciones del aparato genital femenino como malformaciones uterinas (hemiútero, ausencia de cuello uterino), y vaginales (agenesia vaginal, hemivagina, septum transversal vaginal<sup>24,25,26</sup>), y a malformaciones urinarias<sup>23</sup> asociadas a las anteriores (en el 35-90% de los casos), como agenesias reno-ureterales, duplicaciones ureterales, riñones en herradura, y sinus urogenitales. Otras malformaciones asociadas son digestivas, vertebrales, y anorectales<sup>23</sup>.

Aunque el diagnóstico es sencillo, si no se hace de forma precoz, pueden aparecer complicaciones graves tales como piohematocolpos, infertilidad e hidronefrosis y se retrasará el diagnóstico de las posibles patologías acompañantes.

Dentro del diagnóstico diferencial, debemos considerar las siguientes patologías: adherencias labiales adquiridas; septo

vaginal obstructivo o parcialmente obstructivo; quiste vaginal o de ovario voluminoso; agenesia vaginal (Síndrome Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser) con o sin la presencia de útero o endometrio funcional; feminización testicular; prolapso uretral (centrado por meato); rhabdomyosarcoma vaginal (variedad botrioides u otras) y otros tumores vaginales; retención vesical.

El tratamiento de elección es la himenotomía (apertura de la membrana himeneal). Otras técnicas quirúrgicas, como la punción aspirativa, no están indicadas por el riesgo de introducir gérmenes dentro de una cavidad estéril y la potencial implicación sobre la esterilidad de la paciente. Durante la intervención quirúrgica se debe comprobar y proteger la permeabilidad uretral a través de una sonda vesical de Foley. Es útil recoger muestras para análisis bacteriológicos (aerobios y anaerobios)<sup>1</sup>.

La laparoscopia también se propone en algunos estudios como procedimiento prequirúrgico en adolescentes con hematocolpos, porque pueden estar presentes severas adherencias pélvicas o una endometriosis asociada<sup>1</sup>.

En el tratamiento de hematocolpos altos o con duplicaciones genitales, algunos autores sugieren abstención quirúrgica (cuando se presenta una colección

mínima de hemivagina parcialmente obstruida y la paciente está asintomática). Sería suficiente con un seguimiento exhaustivo a través de controles ecográficos o por RMN<sup>27</sup>. Sin embargo, otros autores requieren que esta actitud está justificada sólo en casos de ausencia total de síntomas<sup>9</sup>.

En todos los casos, se debe hacer 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 en púberes supresión menstrual con anticonceptivos orales durante 3-6 meses y está en discusión el prolongar este tratamiento en posteriores visitas<sup>1</sup>.

## Conclusiones

- A cualquier edad es importante una exploración cuidadosa de genitales para un diagnóstico precoz (de ésta y otras patologías) y evitar complicaciones.
- Debemos descartar otros defectos congénitos del desarrollo urogenital.
- Tras una correcta anamnesis y exploración física, la ecografía es la prueba complementaria fundamental para el diagnóstico de himen imperforado.
- Se debe comprobar en todos los casos la permeabilidad de la uretra mediante sonda vesical.

## Bibliografía

1. Guerra Cabrera F, Cervera Valverde C, Lires Rodríguez C. Himen imperforado como causa de dolor sacrococcígeo recurrente. *FMC* 1998; 5 (5): 347.
2. Quinn T, Erickson V, Knudson MM. Down's Síndrome, precocious puberty, and transverse vaginal septum: an unusual cause of abdominal pain. *J Pediatr Surg* 2001; 36: 641-3.
3. Bagnati EP. Malformaciones del tracto genital. Embriología. Clasificación. Tratamiento. En: Zeiguer BK, editor. *Ginecología infantojuvenil*, 1987: 357-366.
4. Littel HK, Crawford DB, Meister K. Hematocolpos diagnosis made by ultrasound. *J Clin Ultrasound* 1978; 6: 341-342.
5. Yu TJ, Lin MC. Acute urinary retention in two patients with imperforate hymen. *Scand J Urol Nephrol* 1993; 27: 543-544.
6. Nisanian AC. Hématocolpometra presentig as a urinary retention. A case report. *J Reprod Med* 1993; 38: 57-60.
7. Wort SJ, Heman-Ackah C, Davies A. Acute urinary retention in the young female. *Br J Urol* 1995; 76: 667-668.
8. Van Bommel PJ, Abdullo O. Imperforated hymen as a cause of urinary obstruction. *Trop Doct* 1996; 26: 133-134.
9. Salvat J, Slamani L. Hématocolpos. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998; 27: 396-402.
10. Sanfilippo J, Wakim NG, Schckler KN, Yussman MA. Endometriosis in association with uterine anomaly. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154: 39-43.
11. Amortegui AJ, Kanbour AI, Silverstein A. Diffuse vaginal adenosis associated with imperforate hymen. *Obstet Gynecol* 1979; 53: 760-762.
12. Criswolo JL. Hématocolpos compliqué sur utérus bicorne, bicervical et adénose vaginale. A propos d'un cas diagnostiqué en urgence devant un hématocolpos surinfecté. *Gynecologie* 1987; 38: 219-222.
13. Kushnir OK, Garde K, Blankstein J. Rectal sonography for diagnostic hematocolpometra. A case report. *J Reprod Med* 1997 Aug; 42(8): 519-20.
14. Tejerizo García A, Teijelo A, Sánchez-Sánchez MM, García-Robles RM, Benavente JM, Pérez-Escanilla JA, et al. Hematocolpos-hematometra por imperforación himeneal. *Clin Invest Ginecol Obstet* 2000; 27 (10): 397-404.
15. Hu Mary X, Methratta S. An unusual case of neonatal peritoneal calcifications associated with hydrometrocolpos. *Pediatr Radiol* 2001; 31: 742-744.
16. Zeiguer NJ, De Zeiguer BK, Bailez MM. Malformaciones genitales. Puras y asociadas con y sin alteraciones cromosómicas. En: Zeiguer NJ, De Zeiguer BK, editores. *Vulva, vagina y cuello. Infancia y adolescencia* 1996: 327-388.
17. Li YW, Sheith CP, Chen WJ. Unilateral occlusion of duplicated uterus with ipsilateral renal anomaly in young girls: a study with MRI. *Pediatr Radiol* 1995; 25 (Supl): 54-59.
18. McCarthy S, Vaquero F. Gynecologic anatomy with Magnetic Resonance Imaging. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155: 255-259.
19. Letterie GS, Wilson J, Miyazawa K. Magnetic resonance imaging of Müllerian tract abnormalities. *Fertil Steril* 1988; 50: 365-366.
20. Council on Scientific Affairs Report of the Panel of Magnetic Resonance Imaging. Magnetic resonance imaging of the abdomen and pelvis. *JAMA* 1989; 261: 420-433.
21. Berenson A, Stansberry SD. Diagnosis of hematometrosalpinx and ipsilateral renal agenesis with magnetic resonance imaging. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1990; 3: 207-209.
22. Hugosson C, Jorulf H, Bakri Y. MRI in dis-

tal vaginal atresia. *Pediatr Radiol* 1991; 21: 281-283.

23. Ruibal Francisco JL, Martínez Hernández C, Díez Huerta A, Rivilla Parra F, Bueno Lozano G. Anomalías de la fusión de los conductos de Müller. Aportación de tres casos de útero bidelfo asociado a doble vagina y agenesia renal ipsilateral. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 616-618.

24. Wang J, Ezat W, Davidson M. Transverse vaginal septum. *J Reprod Med* 1995; 40: 163-166.

25. Nayci A, Avlan D, Öz U, Toktas S, Aksöyek S, Mersin (Turkey). Does menstrual flow ex-

clude hematometra? A rare case of uterine anomaly presenting with anorectal malformation. *J Pediatr Surg* 2002; 37: 666-7.

26. Ahmen S, Morris LL, Atkinson E. Distal mucocolpos and proximal hematocolpos secondary to concurrent imperforate hymen and transverse vaginal septum. *Pediatr Surg* 1999 October; 34 (10): 1555-6.

27. Sheih CP, Liao CL, Chen SM, Chiang CD. Ultrasonic detection of persistent small unilateral hematocolpos in two girls. *JAMA* 1995; 94: 358-360.

