

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Marco D'Ocón M, Lascurain
Lapunzina GF, Sánchez Escobedo
DM, Clemente Tomás CP. Un in-
usual y recurrente dolor abdomi-
nal. *Rev Arg Med* 2023;11:73-6
ARK CAICYT: [http://id.caicyt.gov.ar/
ark:/s26184311/ah1st7xqa](http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/ah1st7xqa)

Recibido: 9 de octubre de 2022.

Aceptado: 30 de septiembre de 2022.

¹ Médico residente de 4.º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Teruel Ensanche, Teruel, España.

² Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Foios, Valencia, España.

³ Médico residente de 4.º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Teruel Ensanche, Teruel.

⁴ Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Obispo Polanco, Teruel.

Los doctores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTORA PARA CORRESPONDENCIA

María Marco D'Ocón. Calle Vicente Sancho Tello nº 6 puerta 5. 46021, Valencia, España. Correo electrónico: mmarcocon@gmail.com

UN INUSUAL Y RECURRENTE DOLOR ABDOMINAL

AN UNUSUAL, RECURRENT ABDOMINAL PAIN

María Marco D'Ocón,¹ Gonzalo Fernando Lascurain Lapunzina,² Diana Marcela Sánchez Escobedo,³ Claudia Pilar Clemente Tomás⁴

RESUMEN

El dolor abdominal inespecífico y recurrente en mujeres con desarrollo puberal normal y amenorrea primaria debe hacernos plantear una posible malformación del aparato genital femenino. Es fundamental una adecuada anamnesis y exploración física completa que incluya genitales, que puede hacerse en atención primaria. Podemos ayudarnos de pruebas de imagen como la ecografía abdominal para completar el estudio. El objetivo de este trabajo es la exposición de un caso clínico atendido en urgencias hospitalarias y recalcar la importancia de la exploración genital en los recién nacidos para poder descartar el diagnóstico temprano de posibles malformaciones y evitar la aparición de complicaciones.

PALABRAS CLAVE. Dolor abdominal recurrente, amenorrea primaria, hematocolpos, malformación genital femenina, himen imperforado.

ABSTRACT

Nonspecific and recurrent abdominal pain in women with normal pubertal development and primary amenorrhea should make us consider a possible malformation of the female genital tract. An adequate medical history and complete physical examination including genitals is essential, which can be done in primary care. Imaging tests such as abdominal ultrasound can be helpful to complete the study. The objective of this work is to present a clinical case treated in a hospital emergency room and to emphasize the importance of genital examination in newborns in order to rule out early diagnosis of possible malformations and avoid complications.

KEY WORDS. Recurrent abdominal pain, primary amenorrhea, hematocolpos, female genital malformation, imperforate hymen.

Introducción

El hematocolpos es la retención vaginal de sangre menstrual que aparece en la pubertad ante la menarquia, y lo más frecuente es que sea secundario a una malformación genital congénita denominada *himen imperforado*. El himen (del griego 'membrana') es un vestigio membranoso que deriva de una invaginación de la pared posterior del seno urogenital, y representa el límite entre el bulbo sinovaginal (placa vaginal) y el seno urogenital. Suele perforarse durante las últimas etapas del desarrollo embrionario, pero si no ocurre dicha perforación hablamos de himen imperforado (1). No suele causar síntomas hasta la pubertad, cuando se presenta como dolor abdominal cíclico (generalmente todos los meses) sin hemorragia genital (criptomenorrea) y puede acompañarse de masa abdominal palpable en la exploración física. Es importante diagnosticar esta patología de forma temprana para evitar complicaciones asociadas a la retención hemática y a la masa que se va formando (2).

Presentación del caso

Presentamos el caso de una paciente mujer de 14 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni alergias medicamentosas conocidas que acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar en los últimos cuatro días síntomas clínicos de tenesmo vesical, dolor abdominal hipogástrico y náuseas sin vómitos; afebril en todo momento. La paciente comentó que, durante los últimos meses, presentó dolor abdominal de tipo cólico, no

irradiado, referido sobre todo en el hipogastrio, que se repetía de forma cíclica durante cuatro o cinco días al mes. Durante los ciclos de dolor tomó paracetamol, pero no notó mejoría. Se asocia amenorrea primaria.

En la exploración abdominal se palpó una masa suprapúbica de aproximadamente 10 cm de diámetro, móvil y dolorosa. A raíz de estos hallazgos se solicitaron pruebas complementarias, análisis de sangre (hemograma, bioquímica con reactantes de fase aguda, gasometría venosa, coagulación) y de orina (cualitativo y urocultivo), pero no se encontraron alteraciones significativas. En la ecografía abdominal se observó, ocupando la totalidad de la cavidad vaginal, una lesión de contorno bien delimitado, morfología fusiforme elongada, de ecogenicidad heterogénea, con apariencia de pseudomasa, que no presentaba flujo Doppler (avascular), y que se extendía a la cavidad endometrial a través del cuello uterino. Tenía medidas aproximadas de 15,4 cm de longitud x 7,6 cm de diámetro anteroposterior con un volumen de 450 cc (Fig. 1).

Ante los resultados de la ecografía, se decidió explorar los caracteres sexuales secundarios de la paciente. El desarrollo mamario correspondía a estadio III de Tanner (aumento y elevación de pecho y areola en un mismo plano). A nivel genital se observaba vello rizado y oscuro escasamente desarrollado, compatible con estadio II-III de Tanner. Se observó desarrollo acorde a su edad. En la exploración vaginal se apreció himen imperforado y abombado de color violáceo (Fig. 2). Tanto la observación clínica como la exploración y las pruebas complementarias concordaban con el diagnóstico de hematocolpos secundario a himen imperforado.

Se administró a la paciente, por vía intravenosa, analgesia con dexketoprofeno y antibioterapia empírica de

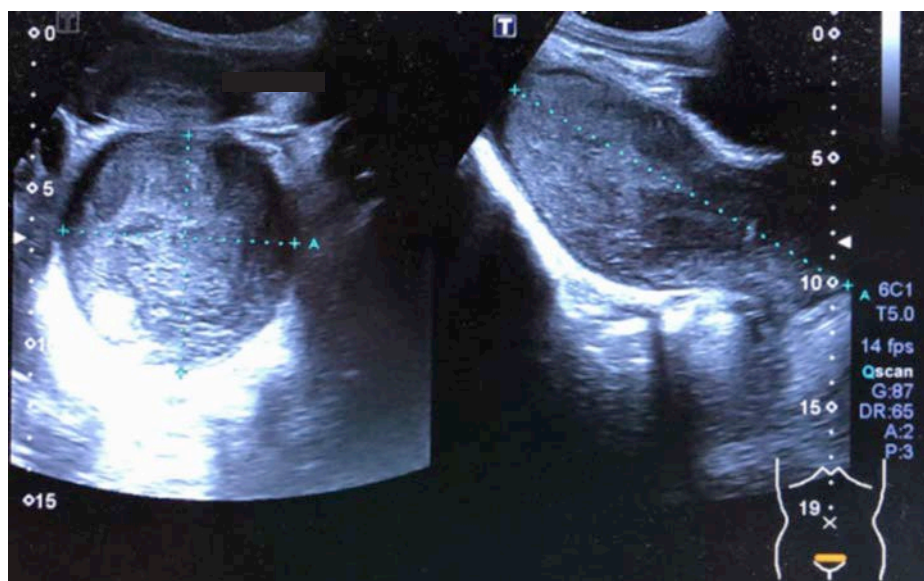


Figura 1. Ecografía abdominal. Se aprecia una lesión que ocupa la totalidad de la cavidad vaginal.

amplio espectro con ceftriaxona. Se contactó al servicio de ginecología y se decidió su ingreso para realización de himenectomía en cruz bajo sedación y previo sondaje uretral en el quirófano. Tras la incisión en la membrana himeneal se llevó a cabo la aspiración de abundante cantidad de material sanguinolento coagulado en la vagina. Al quedar la cavidad completamente vacía, se visualizó cérvix normoepitelizado, de características acordes a la edad de la paciente. Para finalizar, se dieron dos puntos de marsupialización en ambas caras laterales de la membrana himeneal, con el fin de impedir de nuevo el cierre de esta por segunda intención. La paciente fue dada de alta tras el postoperatorio inmediato, sin incidencias.

Discusión clínica

El himen imperforado es una malformación congénita rara que ocurre en el 0,1% de los recién nacidos de género femenino. A pesar de ser poco común, constituye la anomalía obstructiva más frecuente del aparato genital femenino; se presenta generalmente de forma aislada y no tanto asociada a otras malformaciones urogenitales: vaginales (hemivagina, agenesia vaginal, septo transversal vaginal), uterinas (hemiútero, ausencia de cuello uterino), urinarias (agenesia renoureteral, duplicaciones ureterales, riñones en herradura), digestivas, vertebrales y anorrectales (3,4). Presenta dos picos de máxima incidencia: uno en época neonatal que da lugar a un hidrocolpos por acúmulo de secreciones vaginales de tipo mucoide debido a los estrógenos maternos, y otro pico en la pubertad (5). Debe sospecharse ante una niña con desarrollo puberal adecuado, dolor abdominal recurrente

y amenorrea primaria. También las pacientes pueden consultar por una masa en el hipogastrio. Otros signos y síntomas descritos en función de las estructuras afectadas debido al efecto masa son retención aguda de orina, infección urinaria, disuria o hidronefrosis bilateral por compresión de uretra y uréteres, estreñimiento por compresión del recto y edemas en las extremidades inferiores por compresión de las venas ilíacas (2,6).

El diagnóstico puede hacerse a partir de la consulta de atención primaria, realizando una correcta exploración física teniendo en cuenta los genitales, donde se observará un himen tenso y de color violáceo debido al hematocolpos. También se puede realizar tacto rectal, en el que se palpará un tumor elástico correspondiente a la vagina. La ecografía abdominal proporciona el diagnóstico definitivo y nos ayuda a descartar malformaciones asociadas (2,7,8).

Debe hacerse el diagnóstico diferencial con otras patologías que presentan una masa abdominal en niñas adolescentes, como embarazo, quistes y tumores ováricos, y neuroblastoma (2,9).

El diagnóstico tardío de himen imperforado puede ocasionar complicaciones graves asociadas a la distensión del útero (hematómetra), de las trompas de Falopio (hematosalpinx) y de la cavidad peritoneal (hemoperitoneo), lo que podría provocar endometriosis, adenosis vaginal, fibrosis e infertilidad. También puede infectarse el contenido vaginal causando piohematocolpos (1,3).

El tratamiento recomendado es la himenectomía o perforación central en cruz del himen, tras la colocación de una sonda Foley en la uretra para comprobar y proteger su permeabilidad, y permitir el drenaje de la sangre y otras secreciones acumuladas. En algunas culturas o razas existe



Figura 2. Himen imperforado y abombado. Se aprecia el hematocolpos posterior que lo dota de ese color violáceo.

una alternativa que es la realización de una mínima incisión de la membrana y colocar un catéter de Foley para el drenaje del material durante dos semanas (3). Es importante el tratamiento antibiótico preventivo ya que la secreción acumulada es un caldo de cultivo para muchos microorganismos, aprovechando además la ausencia del bacilo de Döderlein (10).

En conclusión, debe sospecharse himen imperforado ante una niña con desarrollo puberal normal, dolor abdominal

recurrente y amenorrea primaria. Una correcta anamnesis, la exploración física y una ecografía abdominal son suficientes para el diagnóstico. El drenaje del hematocolpos, tras comprobar la permeabilidad uretral, puede evitar complicaciones mayores, y permite, además, una desaparición completa de la sintomatología. Debe recalcar la importancia de las exploraciones del recién nacido en la consulta de pediatría para poder diagnosticar de forma temprana esta patología (3). **RAM**

Referencias bibliográficas

1. Duyos Mateo I, Abehsera Davó D, Fernández-Miranda M y col. El himen imperforado como urgencia en ginecología. Caso clínico y revisión de la literatura. *Prog Obstet Ginecol* 2012;55:445-8
2. Jarabo García MT, García Morán JL. Hematocolpos secundario a himen imperforado. Causa infrecuente de masa abdominal. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2013;15:339. e165-e168
3. Delgado Pecellín I, Navas López VM, Rodríguez Herrera A y col. Himen imperforado como causa infrecuente de dolor abdominal recurrente. *An Pediatr* [Internet] 2007;66:626-7. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-himen-imperforado-como-causa-infrecuente-articulo-13107402>
4. Vilanova Fernández S, Roca Jaume A, Nieto del Rincón N y col. Himen imperforado: una revisión de diez años. *Pediatr Aten Prim* 2003;5:563-70
5. Adaletli I, Ozer H, Kurugoglu S, et al. Congenital imperforate hymen with hidrocolpos diagnosed using prenatal MRI. *Am J Roentgenol* 2007;189:W23-5
6. González Álvarez CM, García Reymundo M, Real Terrón R, Hawwedb Ahmed F. Hematocolpos por himen imperforado, causa infrecuente de dolor abdominal y retención aguda de orina. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2010;12:621-6
7. Kloss BT, Nacca NE, Cantor RM. Hematocolpos secondary to imperforate hymen. *Int J Emerg Med* 2010 3:481-2
8. Gómez Correa JB, Serna Plaza JA, Blasco Trives I y col. Hematocolpos secundario a himen imperforado aislado. Aportación de la ecografía pélvica abdominal. *Prog Obstet Ginecol* 2004;47:139-42
9. 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;4:89-93
10. Bakos O, Berglund L. Imperforate hymen and ruptured hematosalpinx: A case report with a review of the literature. *J Adolesc Health* 1999;24:226-8