

HEMATOCOLPO POR IMPERFORACION HIMENEAL

Aníbal Mojoli y Joaquín L. Sarroca

Paysandú (R. O. del U.)

Celia F., de 16 años¹ de edad, nos consulta el día 6 de noviembre de 1941, por amenorrea. Entre sus antecedentes personales no hay nada importante que señalar, pues no recuerda haber tenido ninguna enfermedad, como tampoco entre sus antecedentes familiares.

EXAMEN: joven de estatura elevada con relación a la edad, 1m.72cm. de contextura robusta, pesando 72 Kgs., con facies infiltrada dándole un ligero aspecto cretinoide, pero sin presentar signos psíquicos de éstos, pues responde bien a las preguntas y conserva perfecta memoria de todo.

Aparato respiratorio y cardíaco, clínicamente nada particular.

Aparato digestivo normal, como también el urinario. Piel infiltrada, pero conserva su elasticidad normal. Senos bien desarrollados, más bien grandes por el tejido adiposo predominante.

Llama la atención estando parada la enferma, su vientre globuloso, como si tuviera un embarazo de 7 u 8 meses, que fué lo primero que pensamos; pero sin presentar éste signos del mismo, como la línea pigmentada y los tubérculos de Montgomery en sus senos. Los pelos del pubis lacios y ralos. A la palpación se nota una masa tumoral que rebasa tres dedos el ombligo, tensa, renitente, indolora a la presión, ni tampoco espontáneamente, móvil y sin latidos.

Examen genital: vulva color normal, llamando en seguida la atención la presencia del himen imperforado abombando fuertemente hacia afuera, asemejando a un huevo de gallina a punto de expulsar, como puede observarse en las fotografías.

Interrogada sobre su antecedente genital, manifiesta que hasta la fecha no había tenido ninguna menstruación, por lo que venía a consultar y que no lo había hecho antes por no sentir ninguna molestia, pero como notaba que día a día iba en aumento su vientre resolvió hacerlo.

Frente a este caso pensamos de inmediato hallarnos en presencia de un Hematocolpo por imperforación himeneal, proponiendo la intervención, lo que se hizo con anestesia local el día 8 de Noviembre. Al incidir la membrana himeneal se comprueba que ésta tiene un grosor considerable, de consistencia dura, acartonada; fluyendo un líquido siruposo del color y aspecto de "chocolate espeso", sin olor alguno. Se le coloca un tubo de drenaje por el que drena durante unos ocho días, recogándose una cantidad de 5 lts. 200 grs. El examen bacteriológico del líquido es negativo.

comprobándose glóbulos rojos, leucocitos y descamación epitelial abundante; el examen químico no se practicó.

Desde entonces hasta la fecha, tiene periódica y regularmente cada 30 días sus menstruaciones que son normales durándole 4 días y sin experimentar ningún trastorno. El orificio himeneal deja pasar el dedo pequeño,



pero insuficientemente como para poder palpar el útero, porque conserva su dureza y poca elasticidad, aunque ya mucho menos de cuando fué operada.

Como vemos nos hemos hallado frente a un enorme Hematocolpo por imperforación himeneal, sin experimentar ningún trastorno, únicamente la ausencia de menstruación y el crecimiento del vientre de forma progresiva; y la salida abundante, después de la intervención, de un líquido espeso de aspecto achocolatado y la normalización completa de su ciclo menstrual hasta la fecha.

Paysandú, Mayo 7 de 1942.

RELATO

por el Dr. Máximo A. Karlen

Llama la atención, en el caso que motiva esta comunicación de los doctores Mojoli y Sarroca, que la enferma no haya acusado ningún síntoma funcional, como ser dolor hipogástrico o trastornos urinarios.

El dolor casi nunca falta, especialmente cuando ya existe tumor abdominal. Forma el tipo de cólicas, de calambres, de peso o de tensión hipogástricas más o menos intensos y apareciendo periódicamente, cada mes. En general, la enferma sufre desde algunos meses cuando va a consultar. Puede acontecer entonces, y con tanta mayor probabilidad, cuanto más precozmente consulta, que la paciente aún no presente tumor abdominal. Este existe en el 38 % de los casos según Calvin y Michamin. Su tamaño varía desde el de una naranja hasta el de un útero a término. No solo es debido a la distensión vaginal, sino puede corresponder a la consecutiva hematometría y hemaosalpinx.

A pesar de que el hematocalpos por imperforación himeneal es conocido desde hace siglos, aun es diagnosticado raras veces por el médico que ve primero a la enferma. Esta afirmación de Pendleton Tompkins se basa en el estudio de 113 casos de la literatura médica. El diagnóstico no presenta ninguna dificultad cuando coinciden los principales síntomas: tumor abdominal, dolor hipogástrico con crisis de exacerbación mensuales, disuria o retención de orina. Todo esto en una niña de 12 a 16 años, muy raras veces de edad más avanzada, que aun no menstrúa. Este último dato es omitido frecuentemente por la enferma o por la madre, porque hasta los 13 o 14 años la amenorrea primitiva no llama la atención.

La frecuencia de los errores de diagnóstico se debe principalmente a dos causas:

1º No se piensa en la anomalía causante del cuadro, dado que la imperfección himeneal es rara.

2º Por falta de examen completo de la enferma, haciendo omisión de la inspección del periné y del tacto rectal.

Esto explica los lamentables errores de diagnóstico cometidos, que llevaron a realizar tratamientos a veces muy prolongados de presuntas apendicitis crónicas, cistitis, etc. Con menor frecuencia se diagnosticó embarazo y quiste del ovario.

El inconveniente mayor del retardo del diagnóstico radica en el hecho de que la sangre menstrual que continúa acumulándose, distiende progresivamente todo el aparato genital profundo. Esto da origen a hematometría, hematosalpinx y aun a hematoceles importantes. Después del drenaje queda abierta una amplia vía a la infección ascendente. Esto ha sido causa inclusive de la muerte de la enferma por peritonitis.

Cuando es el tumor hipogástrico el que predomina en el cuadro sintomático, se piensa en la existencia de un quiste del ovario, de un embarazo o de anomalías de las vías urinarias. Personalmente pensamos, frente al primer caso observado por nosotros, en una retención de orina, por la

forma situación y macidez del tumor abdominal. La frecuencia elevada (58 % de los casos), de trastornos urinarios provocados por distensión o por compresión, puede desviar el diagnóstico.

El tratamiento, siempre quirúrgico, tiene por finalidad un drenaje completo. La intervención varía entre la incisión parcial, mediana y sagital, la incisión crucial y la extirpación total del himen. Los autores norteamericanos aconsejan esta última para obtener un drenaje rápido y total, que disminuye el riesgo de infección ascendente.

Tampoco hay acuerdo sobre la conveniencia de lavar la vagina con antisépticos. La sangre acumulada es siempre estéril, y dado que ella constituye un excelente medio de cultivo, deben observarse las más estrictas reglas de asepsia. En nuestro medio, el Prof. Stajano aconseja la incisión simple, sin lavado vaginal consecutivo. En un caso personal, seguido con el Pro. Agr. Enrique Lamas Pouey, apreciamos el valor de esta prudente táctica. Los doctores Mojoli y Sarroca, obrando del mismo modo, completaron la intervención colocando un tubo de drenaje. La simple posición semisentada facilita una evacuación igualmente completa, con la ventaja de no requerir la presencia de un cuerpo extraño. La permanencia en cama debe prolongarse durante 4 ó 6 días y más en los casos de gran acumulación sanguínea. En general, la infección se pone de manifiesto después de varios días y aun de semanas. La quimioterapia moderna, aplicada localmente o suministrada por otras vías, constituye a no dudar un recurso muy eficaz contra la temida infección ascendente.

La vigilancia del postoperatorio se impone por la tendencia marcadísima del himen a cicatrizar y cerrar nuevamente la brecha operatoria. Se han descrito casos de recidiva del hematocolpos, por obturación cicatrizal hermética del himen. En nuestro caso personal, a pesar de haber hecho una incisión de 3 cms., comprobamos que 18 meses después, sólo queda un orificio de algunos milímetros en la parte anterior del himen.

DISCUSIÓN

Dr. Stajano. — Quisiera que el Dr. Karlen me especificara a qué le da el nombre de amenorrea primitiva. Amenorrea primitiva se entiende a esas de causa hipofisaria.

Dr. Domingo Prat. — He tenido un caso. El diagnóstico no fué problema porque venía la enferma enviada por un colega; tenía el himen bien saliente, de manera que fué un tratamiento fácil y sencillo. A fin de poderle conservar la relativa virginidad a la enferma se le hizo una incisión ovoide en el centro, pero la cantidad que tenía era pequeña; centenas de gramos nada más de líquido oscuro, sanguinolento.

Dr. Lamas. — He tenido ocasión de ver tres casos de hematocolpos por una perforación himeneal. Los dos primeros diagnosticados más precozmente en los que llamó la atención lo que llamaríamos amenorrea de comienzo por no llamarle amenorrea primitiva.

Fueron casos que evolucionaron muy favorablemente haciendo lo que aconsejaba el profesor Pouey, o sea simplemente la incisión del himen. Esa incisión del himen la hacíamos por electrotomía.

La pérdida de sustancia que da esta forma de incisión evita los inconvenientes de una cicatrización parcial y que la fístula pueda tener un drenaje insuficiente.

La incisión en esas condiciones por electrotomía no tiene ningún inconveniente; su acción térmica queda necesariamente limitada por la cola hiliaca.

Dr. . — En todas estas relaciones de casos de hematocolpos se ha hablado de la incisión del himen. Yo solamente voy a recordar un caso que vi, por el hecho de no haberse necesitado la incisión. En el Pereira Rossel ingresó una chica que tendría unos catorce años. El diagnóstico fué evidente porque ella se quejaba de dolores en el bajo vientre y al examen inmediatamente se comprobó un himen abombado.

No se como realmente podía caminar, porque estaba presente en la Policlínica del Pereira Rossel ya que servía en ese momento como Médico de Puerta de Entrada y estaba el Dr. Pietra y cuando se la puso en la mesa al ir a aplicarle un poco de alcohol yodado se desgarró el himen y se desparramó una cantidad de sangre aproximada a medio litro.

Podía haberse roto en el momento de caminar. Yo no se si se han descrito casos que se rompan espontáneamente.

Dr. Karlen. — En general la constitución del himen en el hematocolpos es distinta de la normal.

El himen del caso que hemos visto es de consistencia mucho mayor y de espesor mayor y acartonado. Quizás es en el caso de la cicatrización más sólida.

También se describe el caso en que puede haber acolamiento del borde himeneal que primitivamente no estaba soldado, es decir, no formaba una perforación. La perforación se hace secundaria después de haber un himen perforado.

En cuanto al término de amenorrea primitiva es el término que emplean los autores del trabajo, y que no se si estamos autorizados para corregirlo.

L. A. M.