

Criptomenorrea

Dr. Alberto Duarte Contreras*

Se entiende por Criptomenorrea la falta de exteriorización del sangrado menstrual consecutiva a defectos anatómicos en el canal genital. Se presenta en adolescentes con desarrollo normal de los caracteres sexuales secundarios, ovarios funcionantes y endometrio receptor a la acción de las hormonas. No se considera como una amenorrea verdadera porque hay sangrado menstrual pero retenido, que no se exterioriza y que se hace aparente tan pronto se permeabilice el canal genital (1).

Se debe sospechar en toda adolescente que habiendo iniciado un desarrollo normal de los caracteres sexuales secundarios entre los 9 y los 11 años, no presente la menarca a los 14 o 15 años.

Los defectos anatómicos que producen la criptomenorrea son:

Himen imperforado o con hendidura cribiforme o puntiforme.

Tabiques transversales que ocluyen totalmente la luz vaginal.

Atresia vaginal. Agenesia vaginal parcial.
Atresia de cérvix.

Coalescencia de labios, excepcionalmente (3).

La retención del sangrado menstrual se inicia en el sitio donde se ubica el defecto anatómico y como resultado aparece distensión de vagina (hematocolpos), de útero (hematometra) o de trompas (hematosálpinx) más escurrimiento a cavidad pélvica, siendo éste el punto de partida de focos endometriósicos sobre la superficie ovárica (7).

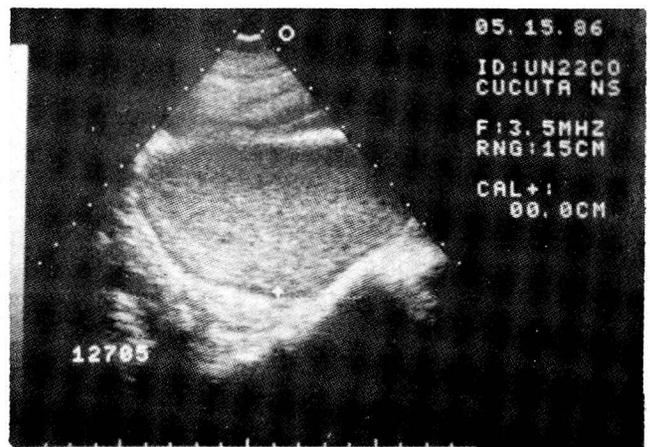
La distensión del canal genital produce dolor más formación de masa pélvica o abdominopélvica.

El dolor se inicia en el tiempo en que normalmente se debe presentar la menarca; es de localización hipogástrica, con irradiación al sacro o a los muslos, con sensación de tensión; es de iniciación lenta, cíclico, que se presenta cada vez con mayor intensidad.

Al tacto rectal se aprecia una masa renitente a presión, de volumen variable que puede abarcar todo o parte del canal genital y aún rebasar la sínfisis púbica. Se individualiza mejor con la palpación rectoabdominal. Cuando hay atresia extensa de vagina o atresia de cérvix la masa se encuentra a gran presión y el dolor es intenso. El tacto rectal indica el sitio donde se inicia la masa. El estudio radiológico o ecográfico confirma el diagnóstico de retención del sangrado menstrual (Figura 1).

FIGURA 1

ECOGRAFIA DE UN HEMATOCOLPOS
CONSECUTIVO A HIMEN IMPERFORADO
EN UNA ADOLESCENTE DE 14 AÑOS.



* Emérito del Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital San Juan de Dios. Cúcuta.

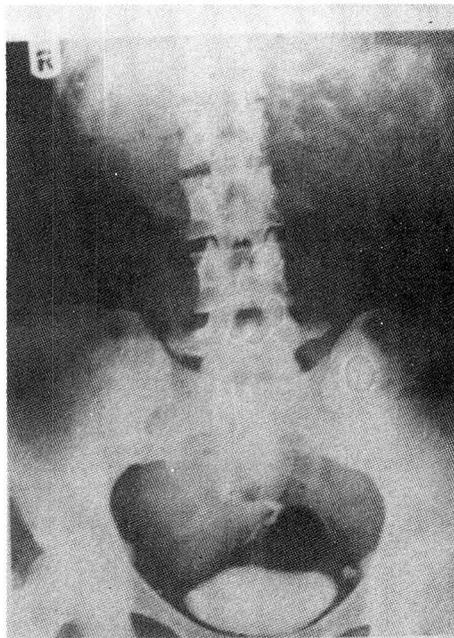
Médico Honorario del Hospital Erasmo Meoz. Cúcuta.

El hematocolpos puede comprimir la uretra y ocasionar dificultad para la micción y aún retención aguda de orina.

A las adolescentes que presenten anomalías anatómicas en el canal genital se les debe practicar urografía excretora pues con frecuencia estas malformaciones se acompañan de defectos del sistema renal, como un elemento renal doble a cada lado o un riñón pélvico fácilmente vulnerable en maniobras quirúrgicas por vía perineal (2, 3). (Figura 2).

FIGURA 2

SE OBSERVA UN SOLO RIÑÓN LOCALIZADO EN PELVIS EN UNA ADOLESCENTE DE 15 AÑOS CON ATRESIA DE VAGINA



HIMEN IMPERFORADO

El himen es un revestimiento epitelial del seno urogenital recubierto por una delgada capa de células vaginales que generalmente experimenta una rotura central en el período antenatal. El himen imperforado es la persistencia de parte de la membrana urogenital (4).

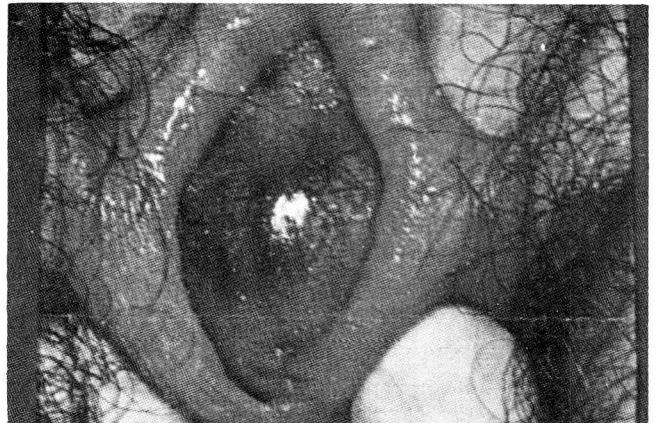
Tanto el diagnóstico como el tratamiento del himen imperforado se deben hacer en la recién nacida, edad en la que puede producir hidrocolpos a veces muy llamativos.

La adolescente consulta por retardo en la menarca acompañado de dolor cíclico vaginal o pél-

vico central, con exacerbación cada 28 o 30 días, con sensación casi permanente de peso.

FIGURA 3

HIMEN IMPERFORADO Y HEMATOCOLPOS EN UNA ADOLESCENTE DE 15 AÑOS



Al examen clínico se encuentra una adolescente con desarrollo sexual normal, himen imperforado o con hendidura puntiforme o cribiforme, de color violáceo, abombado hacia el introíto, más hematocolpos (Figura 3). La punción exploradora, la vaginografía y la ecografía confirma el diagnóstico.

Tratamiento

El tratamiento consiste en practicar una himenotomía y hacer una hendidura triangular, romboidal o circular sobre la parte posterior del himen que permita la evacuación de la sangre retenida. La hendidura tendrá una anchura máxima de 1 centímetro. Se colocan puntos hemostáticos con catgut cromado 000. La sangre retenida es muy viscosa, drena con lentitud y necesita varios días para su total evacuación.

No se deben practicar duchas vaginales ni limpiar la cavidad con gasas o torundas cuando se termine el acto quirúrgico ni en el postoperatorio, so peligro de facilitar una infección.

Las menstruaciones posteriores serán normales. Esta anomalía en nada afecta la fecundidad.

Cuando la hendidura es puntiforme o cribiforme, la adolescente presenta permanentemente una mancha marrón en su ropa íntima. El tratamiento es similar al del himen imperforado. En estos casos el himen casi siempre es fibroso y por

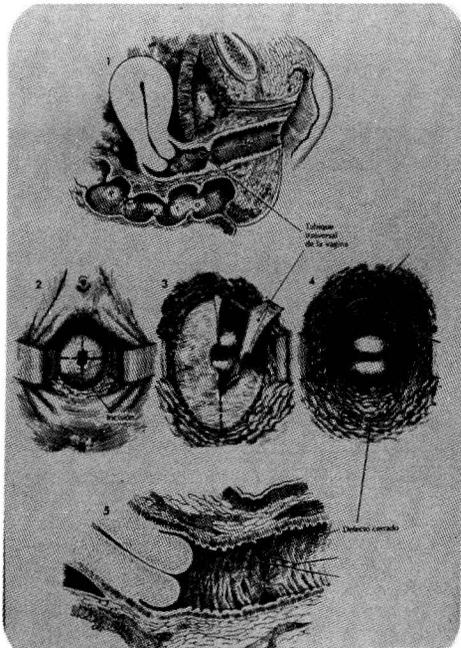
ello se debe informar a la adolescente y a los padres la posibilidad de desgarros en las primeras relaciones sexuales.

TABIQUES VAGINALES TRANSVERSOS

Durante la vida embrionaria se forman los tabiques vaginales por proliferación anormal del mesodermo que circunda la vagina; son el producto de una falta de canalización normal del conducto vaginal (4). Están formados por una capa central de tejido conectivo fibroso denso que se continúa con la capa fibromuscular de la vagina recubierta en sus dos caras por epitelio vaginal. Se presentan como diafragmas que obstruyen la vagina a cualquier nivel por encima del himen. Los del tercio inferior ocluyen totalmente la luz vaginal; los del tercio medio y superior por lo general la ocluyen de manera parcial pues son fenestrados.

FIGURA 4

ESCISION DEL TABIQUE VAGINAL TRANSVERSO



Es más frecuente la presencia de tabiques transversales que de himen imperforado. Se puede encontrar acompañados de himen con hendidura o de himen imperforado.

Los tabiques se deben sospechar en adolescentes que habiendo iniciado un desarrollo normal de los caracteres sexuales secundarios entre los 9 y los

10 años, no han presentado la menarca a los 14 o a los 15 años.

Dan una sintomatología similar a la del himen imperforado: dolor y masa.

Al examen se encuentra himen desgarrado o con hendidura o himen imperforado, de color rosado normal, que no abomba. Al tacto rectal se aprecia una masa que se inicia por encima del plano himeneal. A la vaginoscopia se visualiza una membrana nacarada que obstruye la luz vaginal. La punción aspiradora confirma el diagnóstico. La vaginografía y la ecografía indican el tamaño del hematocolpos. Cuando el himen está imperforado es indispensable abrirle una hendidura para realizar el examen vaginoscópico.

Tratamiento

La permeabilización del tabique se hace a través del vaginoscopio. Se emplea un bisturí en bayoneta para hacer una incisión en forma de cruz en la parte central del tabique, incisión que debe llegar hasta la pared vaginal. Se toman las mismas precauciones que para el tratamiento del himen imperforado.

Los tabiques que se localizan en el tercio superior tienen hendidura y por lo tanto son permeables. En oportunidades esta hendidura es puntiforme, no permite el paso del sangrado menstrual y entonces es preciso tratarlos como a los tabiques del tercio inferior.

Es indispensable advertir a la adolescente y a los familiares la necesidad de practicar resección completa del tabique al iniciar vida sexual: es causa de dispareunia a veces incapacitante y constituye un riesgo de desgarro amplio de tabique y vagina postcoital y postparto.

Se puede, con la aprobación previa de la adolescente y de los padres, hacer una incisión amplia del himen, en cruz que llegue hasta la pared vaginal, reseca completamente el tabique como lo muestra la figura 4 y practicar luego la himenorrafia teniendo el cuidado de que la hendidura himeneal quede funcional. Esta conducta se impone cuando se encuentra hendidura puntiforme la que asienta siempre sobre un himen fibroso y grueso. En esta forma se evita la resección posterior del tabique lo mismo que el riesgo de serios desgarros al iniciar vida sexual.

Si la adolescente tiene himen desgarrado, se facilita en grado sumo al escisión del tabique.

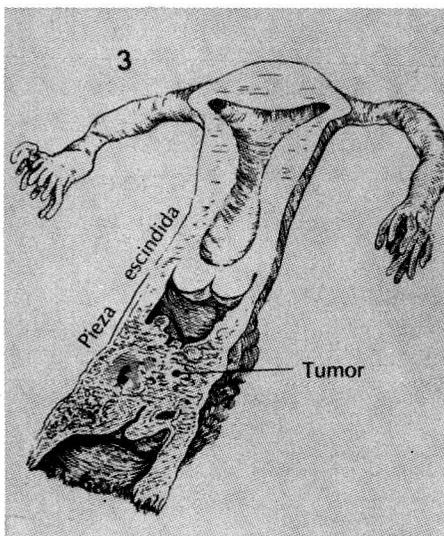
ATRESIA VAGINAL

La atresia de vagina es la falta parcial de canalización del conducto vaginal y en su reemplazo se encuentra un cordón epitelial sólido. Por lo general se localiza en el tercio inferior pero puede ser más amplia y abarcar los dos tercios inferiores de la vagina. Es un defecto congénito que se puede sospechar en la recién nacida.

Al llegar la pubertad ocasiona un hematocolpos que en este caso recibe el nombre de "hematocolpos complicado" y se acompaña de hematómetra y de hematosálpinx (Figura 5).

A la inspección abdominal se puede ver una masa suprapúbica. El examen ginecológico se encuentra vulva normal; en lugar del himen se aprecia una lámina plisada que recubre la depresión donde se debiera encontrar el introito vaginal. Al tacto rectal se toca sobre la parte proximal de la pared vaginal un nódulo o cordón de consistencia dura, de longitud variable, que corresponde al tejido atrésico y por encima de él una masa renitente a presión, el hematocolpos, que ocupa el canal vaginal restante. Hay además hematómetra y hematosálpinx. La palpación rectoabdominal da un informe sobre el volumen de la masa, la que será tanto mayor cuanto más longitud tenga la atresia.

FIGURA 5
ESQUEMA DE UNA ATRESIA DE LOS DOS
TERCIOS INFERIORES DE VAGINA



La ecografía y la vaginografía confirman el diagnóstico y precisan el sitio donde se inicia el hematocolpos. Para lograr la vaginografía es preciso traspasar el tejido fibroso de la atresia con una aguja hipodérmica calibre 18 a 24 e inyectar el medio de contraste teniendo el cuidado de cateeterizar previamente la uretra e introducir el dedo índice por el recto con el fin de guiar la orientación de la aguja y evitar lesiones.

Tratamiento

El tratamiento consiste en reseca la porción atrésica. Antes de iniciar el procedimiento se debe conocer la longitud de la atresia: si es menor de 2 centímetros la intervención se practica por vía perineal reseca el tejido fibroso hasta encontrar la luz vaginal, cuidando en todo momento de no lesionar vejiga ni recto; en esta forma se constituye una neovagina y se drena el hematocolpos.

Cuando el espesor de la atresia es mayor de 2 centímetros el acto quirúrgico se dificulta en sumo grado y el tratamiento se torna más difícil cuanto mayor sea el tramo de vagina atrésica. En este caso se practica una laparotomía para orientar por vía alta la resección iniciada por vía perineal. Es preciso emplear instrumentos romos para abrir con menor riesgo una ruta a lo largo de la trayectoria de los conductos de Müller, o sea a través de los tejidos que separan la uretra del recto hasta alcanzar la porción de vagina normal, según la técnica de Sheares (9). Una vez permeable el canal vaginal se espera que drene el hematocolpos.

Lograr que salga la sangre retenida es fácil. La dificultad estriba en conservar abierta la vagina por tiempo indefinido puesto que ella tiene una poderosa tendencia a contraerse; para evitar esta contractura sea que la intervención se practique por vía perineal o abdomino perineal es indispensable extirpar el tejido cicatrizal en un segundo tiempo ocho a doce días después de la canalización, dilatar la vagina artificial, colocar injertos cutáneos y dejar una prótesis intravaginal hueca por un tiempo hasta de 6 meses después del acto quirúrgico, como en la operación de McIndoe (7).

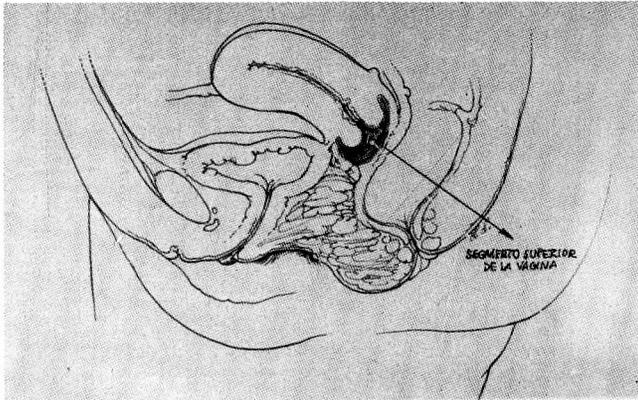
AGENESIA VAGINAL PARCIAL

Se debe a atresia de la placa vaginal o a falta de desarrollo de los bulbos sinovaginales.

Generalmente la agenesia de vagina es total y se acompaña de agenesia de útero o de útero y

FIGURA 6

ESQUEMA DE UNA AGENESIA PARCIAL
DE VAGINA CON UTERO NORMAL



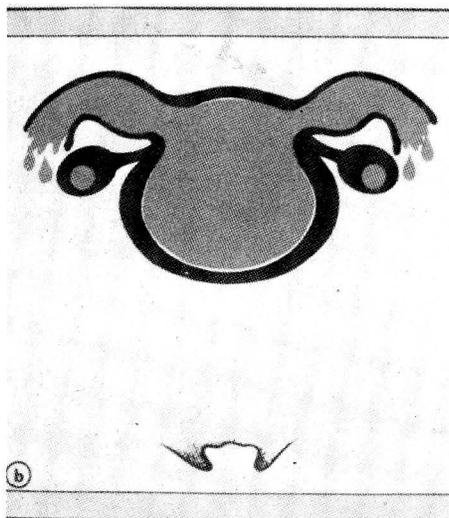
trompas rudimentarias. Sin embargo, se observan adolescentes con agenesia parcial de vagina, útero normal funcionando y trompas normales.

Al examen se demuestra la ausencia de vagina y la presencia de un pequeño hematocolpos más hematómetra y hematosálpinx. La ecografía confirma el diagnóstico.

El tratamiento consiste en abrir una neovagina que permeabilice el canal genital según las técnicas de McIndoe o de Williams (10) en dos tiempos; en el primero se hace la neovagina, se espera que se evacúe la sangre oculta y en un segundo tiempo se aplica el injerto (Figura 6).

FIGURA 7

ATRESIA CERVICAL CON FORMACION
DE HEMATOMETRA (esquema)



ATRESIA DE CERVIX

En raras oportunidades a más de la atresia vaginal se encuentra atresia de cérvix, ocasionada por una falta en el desarrollo y canalización de la porción cervical de los ductos paramesonéfricos. El canal cervical o la totalidad del cérvix están reemplazados por una masa sólida, de tejido fibroso. La atresia puede ser parcial o total. Cuando es parcial no interfiere el sangrado menstrual. La atresia total ocasiona hematómetra, hematosálpinx más escurrimiento abundante de sangre a cavidad pélvica. (Figura 7).

El diagnóstico se presume al tacto rectal y se hace con palpación recto abdominal al tocar una masa pélvica alta, grande, renitente, a tensión, que rebasa el pubis, dolorosa, en una adolescente sexualmente bien desarrollada que no ha presentado la menarca y que tiene por lo general una atresia amplia de vagina sin hematocolpos. Se confirma con la ecografía.

Tratamiento

Algunos autores aconsejan practicar histerotomía anterior y drenar el hematómetra con una sonda que se lleva a la vulva por una brecha abierta a través del espacio rectouretral, según la técnica de Sheares (9). Es una maniobra muy difícil que en realidad no da resultado a largo plazo, motivo por el cual es preferible practicar la histerectomía (2).

COALESCENCIA DE LABIOS

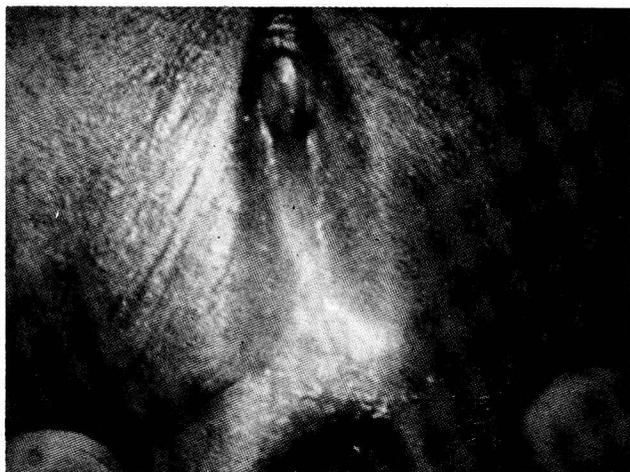
Excepcionalmente la criptomenorrea es consecutiva a una coalescencia de labios, defecto anatómico adquirido como secuela de lesiones o de inflamación de los bordes de las ninfas que generalmente se diagnostica y se trata durante la infancia.

El hecho de haber atendido algunos casos de coalescencia completa de labios con obstrucción del introito en niñas hasta de 11 años en vísperas de la pubertad, nos ha dado el convencimiento de que podemos observar esta contingencia a lo largo de nuestra vida profesional (Figura 8).

El diagnóstico se hace por simple inspección al observar que el introito está obstruido por un tabique cutáneo que presenta un rafé mediano nacarado; además se encuentran los diferentes síntomas que son propios de la criptomenorrea. El tacto rectal y la ecografía confirman el diagnóstico.

FIGURA 8

COALESCENCIA COMPLETA DE LABIOS QUE
OBSTRUIA EL INTROITO VAGINAL EN UNA NIÑA
DE 11 AÑOS, ASINTOMÁTICA



Tratamiento

A diferencia del tratamiento con estrógenos locales que se hace en niñas prepúberes, en el caso de la criptomenorrea, que es una urgencia, se debe practicar una incisión sobre el rafé mediano bajo anestesia local; de inmediato se inicia el drenaje del sangrado retenido.

BIBLIOGRAFIA

1. DEWHURST, J. Abnormalities presenting in the pubertal patient. In: *Practical Pediatric and Adolescent Gynecology*. Marcel Dekker Inc. Ed. New York. 67, 1980.
2. DEWHURST, J. Genital tract obstruction. *Pediatr. Clin. of N. Am.* 28: 331, 1981.
3. DUARTE - CONTRERAS, A. Anomalías congénitas que obstruyen las vías genitales. En: *Ginecología de la Niña y de la Adolescente*. Salvat Ed. Bogotá, 326. 1988.
4. HANAGASUNTERAM, R. DASSANAYAKE, A. Nature of the obstructing membrane in primary cryptomenorrhea. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Emp.* 65: 487, 1958.
5. HOWARD, W. J. Jr. y MASON, C.A. Cirugía para anomalías congénitas de útero y vagina. En: *RIDLEY, J. A. Cirugía Ginecológica*. Interamericana, México, 185, 1974.
6. LANGMAN, J. Aparato urogenital. En: *Embriología Médica*. 4ed. Ed. Panamericana. Buenos Aires, 253, 1982.
7. McIndoe, A.H. and BANNISTER, J.B. An operation for the cure of congenital absence of the vagina. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Emp.* 45: 490, 1938.
8. RODECK, C., CRAFT, I. L. and DEWHURST, C. J. Genital tract obstruction and endometriosis. *Int. J. Gynaecol Obstet.* 13: 197, 1975.
9. SHEARES. B. H. Congenital atresia of the vagina: A new technique for tunneling the space between bladder and rectum and construction of the new vagina by a modified Warton technique. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Emp.* 67: 24, 1960.
10. WILLIAMS, E.A. Congenital absence of the vagina. A simple operation for its relief. *J. Obstet. Gynaecol. Br. Commonw.* 71: 511, 1964.