

Himen

Drs. Nelson Velásquez, Noramaikas Briñez**, Roxana Delgado***

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta revisión es tratar sobre el himen, una membrana de los genitales femeninos que tapiza incompletamente a la vagina. Se incluyen datos sobre su origen, anatomía y relaciones anatómicas, tipos, alteraciones o malformaciones congénitas, enfermedades propias y adquiridas; se relatan algunos tópicos relacionados a creencias o costumbres y algunos aspectos legales relacionados a la virginidad y a los abusos sexuales.

En realidad el himen es una membrana y es el significado de ese vocablo; no es un orificio, sino un tejido horadado que cubre parcialmente al canal vaginal y deja escurrir hacia el exterior las secreciones de esta, del útero y de las trompas de Falopio.

La vulva constituye junto con la vagina la parte externa del aparato genital femenino, mientras que los órganos internos son: el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. Es un conjunto heterogéneo de partes cuya estructura histológica difiere mucho de unas a otras y está formada por: 1) el pubis o monte de Venus, 2) los labios mayores, 3) los labios menores, 4) el clítoris, 5) el vestíbulo, 6) el meato uretral o urinario, 7) el orificio vaginal, 8) el himen (en las vírgenes o sus remanentes en las que no lo son) y 9) las glándulas: parauretrales o de Skene y las paravulvares o vulvovaginales, mejor conocida como las glándulas de Bartholin. La porción entre el orificio anal y la entrada de la vagina es considerada por algunos como el cuerpo perineal e incluye la piel

y los tejidos subyacentes, soportado por el músculo transverso superficial del periné y la porción más baja del bulbo cavernoso. Los labios menores y mayores convergen posteriormente para formar el llamado "fourchette", que es un pliegue membranoso en la comisura posterior de la vulva y entre este y la parte posterior al himen existe una depresión, poco profunda llamada fosita navicularis (1, 2). Esta región es conocida por la mayoría de los ginecólogos como horquilla vulvar.

El himen, por su parte, es un tabique membranoso, algo rígido formado por tejido conectivo firme y cubierto a ambos lados por un epitelio escamoso estratificado, que en la mujer virgen oculta parcialmente al orificio vaginal. Entre las 2 superficies mucosas del himen hay una lámina de tejido conjuntivo denso bien desarrollada, provisto de abundantes vasos sanguíneos; frecuentemente tiene forma anular o semilunar, pero puede ser cribiforme (1,3) (Figura 1). Colocado en posición horizontal cuando la paciente está en pie, y vertical cuando descansa en decúbito dorsal, que oblitera en parte el orificio vaginal. Independientemente del tipo, el himen ofrece las siguientes relaciones: la cara inferior o externa es convexa y se corresponde con los labios menores; su cara superior o interna, mira hacia la cavidad vaginal. El borde, que circunscribe el orificio himenal es libre y delgado, rara vez liso, por lo común es más o menos festoneado o dentellado. La base, llamada también borde adherente, está implantada en la línea de unión vulvovaginal, separado de las formaciones labiales por un surco circular; el surco vulvohimenal, el cual está interrumpido en diversos sitios por pequeñas bridas que circunscriben entre sí una serie de pequeñas depresiones, que corresponden a las fositas vulvohiminales (4).

*Médico Especialista II. Hospital Chiquinquirá de Maracaibo. Profesor Titular de la Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

**Residentes de Posgrado de Obstetricia y Ginecología, Hospital Chiquinquirá de Maracaibo. La Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

HIMEN



Figura 1. Corte histológico del himen.

El himen también ha sido considerado por otros como una membrana cutaneomucosa, con doble banda de epitelio escamoso no queratinizado, entre las cuales existe tejido conectivo laxo con abundantes vasos sanguíneos y linfáticos, terminaciones nerviosas, numerosas fibras elásticas y escasos haces musculares lisos. No existen glándulas propias, aunque pueden identificarse restos de la porción terminal del conducto de Gartner que corresponden a vestigios del conducto mesonéfrico (5,6).

La morfología externa del himen de la mujer adulta, puede variar extraordinariamente, siendo lo habitual que tenga forma anular con un orificio más o menos redondeado en su centro. Al separar los labios se aprecia una excavación, que es el vestíbulo. En el se encuentra el orificio vaginal y por delante de este el meato urinario. Con la actividad sexual y partos los desgarros del himen dejan unas carnosidades que se observan en el introito conocido como carúnculas mirtiformes o himenales; restos, que han sido considerados erróneamente como demostración de pérdida de la virginidad.

Himen durante el desarrollo de la mujer

Desde el nacimiento las concentraciones de FSH se encuentran en niveles más altos en las niñas que en los niños. Los estrógenos circulantes en la sangre de las recién nacidas, provienen de la madre y la placenta, tienen que volverse hidrosolubles por glucuronidoconjugación hepática para que puedan ser eliminados por los riñones; por lo tanto, en casos de

funcionalismo renal o hepático alterados, se disminuye su eliminación, persistiendo altas concentraciones en sangre (7). La presencia estrogénica en la recién nacida explica que 2-3 días después del nacimiento, sobrevenga una tumescencia mamaria en el 80 % de ellas, que alcanza su máxima expresión a la 2ª semana de vida. En esta etapa del desarrollo de la niña, la vulva se presenta congestiva, los labios mayores engrosados, turgentes, rojos o ligeramente cianóticos, dejan ver los labios menores, el clítoris, el orificio uretral y el himen. La mucosa del vestíbulo se nota rosada y turgente. En ocasiones el himen es denso, sus bordes se tocan y si son muy gruesos y alargados hacen protrusión y cubren al meato uretral, características que pueden persistir hasta los 2 años de edad (Figura 2). Puede existir una mucosa redundante que se presenta como una “lengüeta” que sale en el introito, sin alguna significación patológica, llamada “apéndice himenal” (8). Su orificio generalmente central mide aproximadamente medio centímetro; pero puede haber variaciones: en ocasiones existen 2 o más orificios. Raramente no está perforado y constituye el himen imperforado.

Una variante normal de perforación parcial, llamada “himen en saxofón” se puede apreciar bien en esta etapa de la vida. El vestíbulo es menos profundo y aumenta la distancia entre el himen y el



Figura 2. Himen y orificio uretral cubierto por los labios.

orificio uretral. Durante la primera infancia el himen es delgado y su orificio llega a medir 0,5 cm; es tal el adelgazamiento que personas inexpertas pueden emitir errores diagnósticos como suponer su ausencia (9).

Una de las formas de examinar el himen, en esta etapa, es mediante la maniobra de Capraro (10), que consiste en colocar a la niña en posición supina y traccionar los labios mayores de adelante hacia atrás y de atrás hacia adelante, lo que permite la apertura y mejor visualización del orificio y la entrada de la vagina. De esta forma, separando los labios y presionando suavemente con el dedo a la horquilla en la entrada del vestíbulo los pliegues del himen se despegan y permiten ver la mucosa vaginal rosada y abundantemente cubierta de mucosidad cervical que se derrama por orificio himenal sobre la vulva (11). Cuando el himen cubre al orificio uretral la existencia de la vagina se verificará con la introducción de una sonda plástica. Si no hay mucosidad sobre el himen o en la pared vaginal, debe excluirse una agenesia de útero o vagina, o una estenosis vaginal alta.

Más tarde, en la infancia tardía, cuando el monte de Venus y los labios mayores se rellenan de un suave tejido adiposo, el orificio himenal llega a medir 0,7 cm.

El primer signo histológico de estrogenización consiste en el crecimiento del epitelio vaginal en el tercio distal de la vagina que luego se vuelve multiestratificada, lo que corresponde al inicio de la etapa puberal en la cual el himen se engruesa, el vestíbulo pierde su coloración roja, para volverse rosado. En esta etapa y bajo la influencia de los estrógenos, el himen se transforma, se hace más grueso, elástico, toma cuerpo y su orificio llega a medir 1 cm aproximadamente y es cuando, en muchos casos y con motivo de la ausencia menstrual (criptomenorrea), se realizan los diagnósticos de su imperforación (7,9).

Transcurrida la adolescencia y si no se ha iniciado la actividad coitiva, la vagina está parcialmente ocluida por el himen. No puede afirmarse con un simple examen físico que una adolescente o mujer adulta ha tenido coitos o alguna otra experiencia sexual; aproximadamente la mitad de las mujeres tienen sangrado durante la primera relación sexual, pero tampoco es fiable reconocer que una mujer no haya tenido relaciones si aparecen algunas manchas sanguíneas después de un coito.

Una mujer puede no rasgar su himen durante masturbación, colocación de tampones u óvulos e incluso con el coito ya que su elasticidad permite estirarse sin romperse (12), algo parecido a lo que se ha llamado “himen complaciente”, de esta forma no

se es “virgen” porque se tenga el himen “intacto”. Con la utilización de juguetes sexuales o cuando se buscan diferentes posiciones para el coito, el himen puede rasgarse nuevamente y sangrar, lo mismo ocurre con penes muy grandes o gruesos en relación a parejas anteriores.

Controversias

El origen de la vagina ha sido controversial, la mayoría de los investigadores sugieren que se desarrolla bajo la influencia de los conductos müllerianos y de la estimulación estrogénica; pero hay acuerdo en que está formada por los conductos de Müller y por el seno urogenital (13).

El origen del himen también ha sido motivo de controversias algunos creen que deriva enteramente del seno urogenital (14); otros consideran que es formado por restos embrionarios del conducto de Müller, o que el origen embriológico del himen se sitúa en el extremo caudal de la vagina que al expandirse se rompe durante el período perinatal para permanecer como un pliegue (15,16). Breech y Laufer (17) manifestaron recientemente que el himen es el septo embriológico entre los bulbos sinovaginales por arriba y el seno urogenital por debajo y que está tapizado por una capa interna de epitelio vaginal y una externa de epitelio derivado del seno urogenital (ambos de origen endodérmico) con mesodermo entre ambos y que no deriva de los conductos müllerianos.

Para DeUgarte y Bast (13) es una mezcla de tejidos derivados de remanentes del tubérculo sinusal y de la placa vaginal; esta membrana, usualmente en la etapa puberal está permeable, es reemplazada gradualmente por un tejido llamado remanente himenal, como consecuencia de la actividad sexual y los partos.

Variedades anatómicas del himen

Las anomalías en la formación del himen se pueden presentar en su forma, localización, consistencia y tipo de perforación (18). En la Figura 3 se presenta un dibujo esquemático sobre algunas variedades anatómicas del himen.

La ausencia congénita del himen había sido considerada en 1988 como un rumor por Mor y Merlob (19). En un libro de ginecología pediátrica y de la adolescencia del 2004, se pone en duda la existencia de esta condición (20). Halat (21) informó (en una publicación del Journal of International Society for Scientific Study of Virginity que apareció en el sitio de Internet: http://virginis-until.marriage.eu/acta_virginologica.htm) que hasta el año 2010 no se había reportado la ausencia de esta membrana y que

HIMEN

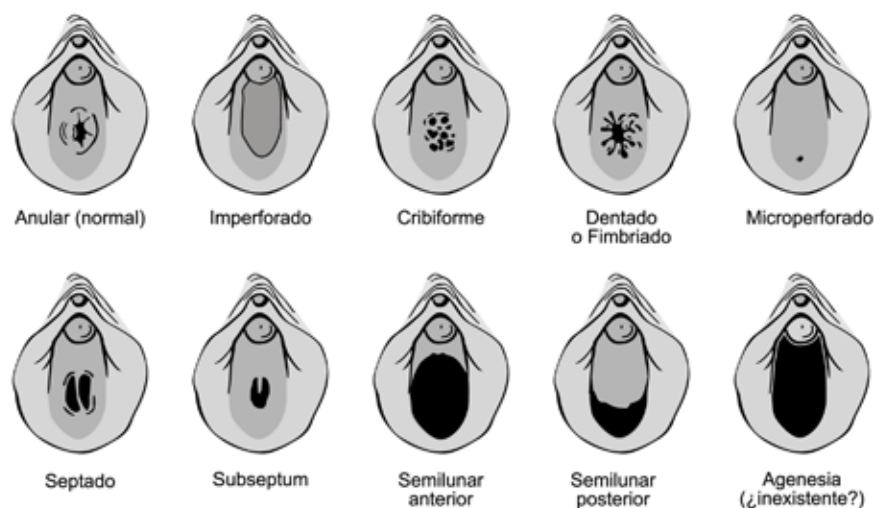


Figura 3. Algunas variedades del himen.

si existiera, en apariencia, debe considerarse que se trata de otra patología.

En un estudio publicado por McCann y col. (22) en 1990 en 93 niñas, con una edad promedio de 5 años y 6 meses y rango de 10 meses a 10 años (4 meses), quienes no presentaron historia de abuso sexual y utilizando diversas posiciones para el examen, se encontró que el borde del himen podía ser agudo, grueso o laminado (enrollado), tener montículos, proyecciones en formas de colgajos, bandas perihimenes, septos, sinequias, muescas, hendiduras anteriores, irregularidad vascular y aislada vascularidad (12).

Kellogg y Parra en 1991 (23) describieron en recién nacidas y niñas una estructura normal que llamaron línea vestibularis, también llamada línea parca o limitada, rafe medio blanco o línea media con área avascular. En 1992 Bereson y col. (24) publicaron un estudio de 21 niñas con edad promedio de 21 meses (entre 1 mes a 7 años) sin historia de abuso sexual y reportaron abollonaduras vaginales en 25 % de las cuales eran externas el 15 %, aglutinación parcial en 17 %, hendiduras en 8 % (ninguna observada entre 4-8 del reloj), protuberancias en 7 %, aglutinación extensa de los labios en 5 %, himen con irregularidades en forma de lengüeta en 3 %, arrugas o himen atenuado en 2 % y transección en 0,5 %. El himen fimbriado fue hallazgo común en niñas de 12 y más meses y el himen en “cuarto creciente” fue más común en las mayores de 24 meses.

En 1993, Kellogg y Parra (25) analizaron 123 recién nacidas, entre las cuales 10 % tenían la estructura lineal blanca y el 14 % presentaba una mancha blanca llamada línea parcial vestibularis, que en algunos casos aumentó de tamaño, pero en otros, disminuyó, con el avance de la edad (Figura 4).

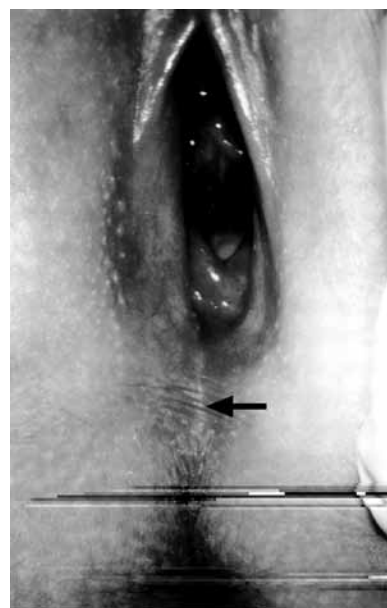


Figura 4. Línea vestibularis.

Emans y col. (12), en 1994 evaluaron un grupo de 300 adolescentes, de las cuales 100 negaban actividad sexual y uso de tampones, otras 100 negaron actividad sexual pero usaban tampones y las otras 100 tenían actividad sexual, estas últimas tenían completa hendidura himeneal en las posiciones 2-10 del reloj cuando se compararon con las que no eran activas sexualmente. Solamente el 3 % de las no activas tenían hendiduras completas entre 4-8 del reloj y solo una tenía hendidura completa a las 6, e hipotetizaron que las pocas niñas con hendiduras completas entre 4-8 del reloj no habían reportado relaciones sexuales consensuadas o no consensuadas. El uso de tampones, ejercicios, deportes (incluyendo gimnasia) y examen pélvico previos no aumentó el número de hendiduras completas observadas. El 74 % de las sexualmente activas tenía hendiduras completas en la mitad inferior del himen (entre 3-9). El diámetro del himen fue mayor en las sexualmente activas, aunque hubo cabalgamiento entre los grupos etarios estudiados; concluyeron que la medida exacta de un himen elástico es problemática. Solamente las sexualmente activas tenían evidencias de “atenuación o “carúnculas mirtiformes” (remanentes redondeadas del himen separadas en los 2 lados por hendidura completa), estos hallazgos se apreciaron mejor en las que tenían más de 20 años de edad o eran activas sexualmente por más de 3 años.

Algunas condiciones han sido confundidas con traumatismos vulvares producidos por abuso sexual, entre ellos: liquen escleroso, prolapso de uretra, falla de la unión de ano con la porción posterior de la vagina, penfigoide vulvar localizado, fitofotodermatitis, dermatosis lineal IgA, enfermedad de Crohn, herpes zoster, dermatitis alérgicas de contacto, psoriasis, síndrome de Ehlers-Danlos, hemangiomas ulcerativos (26,27).

La perforación normal en la mujer adulta es cerca de 1 cm de diámetro; pero la mera ausencia del orificio, constituye el himen imperforado (21,28) (Figura 5).

El tamaño del orificio himenal varía con la edad, textura física, uso de tampones o relaciones sexuales. Emans y col. (29), en niñas normales de 3-6 años, encontraron una medida transversal de $2,9 \pm 1,3$ mm y la anteroposterior de $3,3 \pm 1,5$ mm.

Con respecto a la localización del orificio, el himen con perforación adecuada y central que permita el paso del flujo menstrual es la forma más común y es lo considerado normal. El orificio puede estar localizado, ocupando zonas profundas de la vagina, alejada del introito vulvar o ser de situación excéntrica. Estas variantes anatómicas de forma



Figura 5. Himen imperforado.

y tamaño pueden ocasionar trastornos o molestias durante la menstruación, el coito, la masturbación o la colocación de tampones vaginales.

En cuanto a la forma, se describen: la semilunar, llamada también falciforme o “en luna creciente” (a manera de lengüeta que ocupa la parte posterior con una concavidad hacia arriba); la labiada o con bandas (dos membranas laterales que delimitan una hendidura anteroposterior).

En algunos casos un himen que parece imperforado, tiene aberturas diminutas y se conoce como himen microperforado, que no son raros, pero a veces son difíciles de observar, para lo cual se requiere de algunas pruebas sencillas, una de las cuales consiste en colocar un chorro de agua tibia o solución salina con una jeringa o un catéter fino de alimentación o de uso vascular, previa colocación de un gel anestésico y utilizar posiciones adecuadas, como la genupectoral. Igual ocurre con el que presenta un tabique vertical llamados bifenestrados, tabicados o septados (29). Es conveniente usar lentes, buena iluminación y magnificación, como la del colposcopio u otoscopio sin espéculo (2,29,30). El biperforado (Figura 6) posee 2 orificios, normales o pequeños. Los orificios

HIMEN



Figura 6. Himen biperforado.

himenales muy pequeños que dificulten el uso de duchas, taponos, cremas vaginales, supositorios o el coito vaginal deben ser corregidos por cirugía mediante la resección del tejido para crear un anillo himenal funcional.

Los hímenes cribiformes, presentan varias y pequeñas perforaciones. La forma denticular corresponde a una variedad cuyos bordes internos alrededor de la vagina abierta, son “dentados”, algunos lo llaman fimbriados. En el subseptum el tabique vertical es incompleto y semeja la apariencia de la úvula cuando la boca está abierta; una forma menos común es la que presentándose con el orificio central, termina en forma de un embudo, es denominado: infundibuliforme.

El exceso de rigidez puede motivar hemorragias por desinserción en las primeras relaciones sexuales y en casos de coitos imposibles, es necesaria la terapéutica quirúrgica, con incisiones múltiples o himenectomía. Es una causa poco frecuente de dispareunia ya que interfiere con la introducción del pene y en cada intento es golpeado causando dolor a la joven mujer. Generalmente acuden con prontitud a la consulta, pero en ocasiones no lo hacen creyendo que se trata de un problema emocional y consultan tardíamente. Daly y col. (31) y nosotros mismos (datos sin publicar) hemos analizado algunas pacientes que consultaron por infertilidad de algunos años de duración o que acudieron a la consulta con “himen intacto” embarazadas, ya que sus parejas sexuales han eyaculado fuera de la vagina y sus espermatozoides logran alcanzarla, pasar a las trompas y fertilizar óvulos que se desprendieron durante la ovulación. El dolor que presentan estas pacientes, puede ser tolerado por mucho tiempo, causando ansiedad y

temores, que con el tiempo originan vaginismo. El diagnóstico suele realizarse durante la adolescencia cuando es posible encontrar un anillo himenal rígido o apretado al intentar colocarse un tampón vaginal o iniciar el coito (32).

El vaginismo es la contracción involuntaria recurrente o persistente de los músculos perineales que rodean al tercio más externo de la vagina cuando se intenta la penetración vaginal con el pene, dedo, tampón o espéculo y, aunque los trastornos médicos muy rara vez lo ocasionan, cuando existe debe descartarse la imperforación parcial del himen (33) (Figura 5).

HIMEN IMPERFORADO

Las anomalías en la perforación del himen son frecuentes porque es la estructura más variable de los genitales, sin embargo, la única anomalía real es el himen imperforado y es la más grave. La falta de comunicación vulvovaginal puede pasar inadvertida y al aparecer las primeras descamaciones mucosas se depositan en la vagina, provocando inicialmente un hidro-mucocele o mucocolpos, y si se llena la cavidad uterina ocasiona el hidrometrocolpos. Esto se manifiesta clínicamente como una membrana delgada y brillante que protruye o no en el introito; la vagina se distiende y si las secreciones son abundantes puede llenar la pelvis, produciéndose un abombamiento del himen de color azulado. A menudo la niña presenta dolor hipogástrico con exacerbaciones mensuales; debe distinguirse la imperforación del himen con un tabique transversal, que puede estar localizado a diferentes alturas de la cavidad vaginal (34). Al producirse la menarca, la sangre se acumula en la vagina, no se exterioriza, (criptomenorrea o menstruación oculta) y si no se evacua se producirá hematometra por acumulación de sangre en el útero, puede alcanzar la cavidad pélvica a través de las trompas de Falopio y no es raro observar implantes peritoneales de endometrio (2). El hematocolpos es diagnosticado después de la menarca, en adolescentes con amenorrea primaria, dolor pélvico crónico cíclico de creciente intensidad y se presenta como una membrana de color púrpura, ocasionado por la sangre que se va acumulando progresivamente hasta provocar un hematocolpos creciente y acumulativo que dilata y distiende la vagina; el útero se desplaza hacia arriba y el himen queda abombado, violáceo y a tensión (Figura 5). La imperforación himenal requiere la apertura del orificio para evitar muco o hematocolpos, endometriosis y adenomiosis (2). Su tratamiento es el vaciamiento del hematocolpos para

lo cual se aconseja una incisión en cruz del himen dejando un drenaje para evitar el cierre, o mejor realizar una incisión circular o himenectomía, con sutura en corona para evitar la hemorragia, que suele ser profusa. No se recomienda la sola punción del himen ya que se puede volver a cerrar o infectarse, transformando lo que era un hematocolpos en un piocolpos (21,35).

El diagnóstico de imperforación del himen es relativamente sencillo. Hay que diferenciarla de las sinequias vaginales (Figura 7), de los tabiques transversos completos de vagina, sobre todo con los de localización baja y de la atresia vaginal. Puede confundirse con pólipos, que regresan espontáneamente a lo que cesa la hiperestrogenemia posnatal.



Figura 7. Sinequia total vaginal.

El uréter ectópico, es una malformación congénita en la cual el uréter termina en la bóveda vaginal o en el vestíbulo, y se puede confundir con la imperforación del himen (Figura 8).

En algunos libros de texto, el himen imperforado es considerado una anomalía congénita (36).

LESIONES ADQUIRIDAS

Las anomalías adquiridas del himen obedecen generalmente a abuso sexual o traumatismo (Figuras 9 a y b). El cuadro de abuso sexual agudo suele producir abrasiones, laceraciones, hematomas, transección del himen, eritema vulvar e irritación; mientras que en el abuso sexual antiguo se puede encontrar heridas cicatrizando o cicatrices, eritema, remanentes himenales, escaras y transecciones que pueden

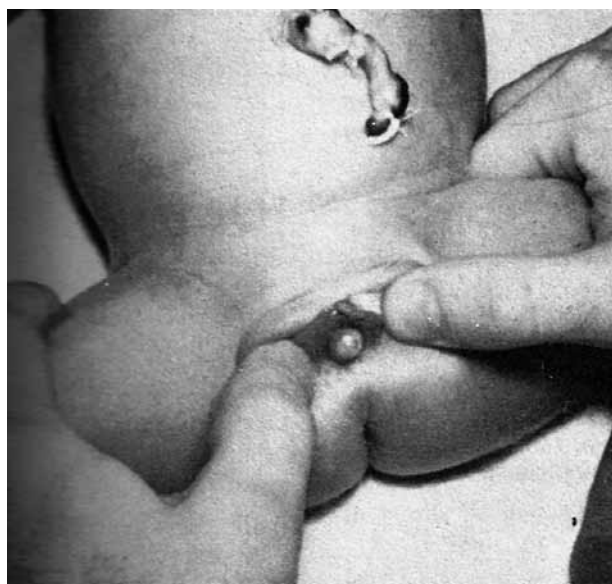


Figura 8. Uréter ectópico con ureterocele.

cicatrizar en forma de V o de U. Los traumatismos de la región vulvar, leves o severos pueden interesar al himen; es frecuente “la caída a horcajadas” en las niñas, produciendo lesiones perineales con heridas, desgarros graves y hematomas que deben ser reparados, suturados o drenados, generalmente se necesita sedación o anestesia general para una buena evaluación de las pacientes y su tratamiento. Igualmente pueden producirse en bicicletas, durante algunos tipos de ejercicios o montar a caballo.

Los quistes del himen, los vaginales y periuretrales, usualmente son del tipo de inclusión epidérmico; la mayoría se resuelven espontáneamente a los tres meses después del nacimiento; si persisten y producen síntomas deben ser marsupializados, previa confirmación diagnóstica con ecografía transperineal, es recomendable realizar una citoscopia concomitante para descartar un divertículo uretral. En el capítulo que corresponde a enfermedades de la vulva de la segunda edición del libro de Novak se incluye a los quistes del himen y del clítoris como variedades de los quistes del conducto de Wolff (4).

Las lengüetas o colgajos en el himen son comunes, trozos pequeños de tejidos himenales, que cuelgan desde el himen, la mayoría regresan espontáneamente, pero si la lesión se hace sintomática o sangra, debe ser extirpada para asegurarse de que no hay malignidad y eliminar los síntomas (Figura 9 c).

HIMEN

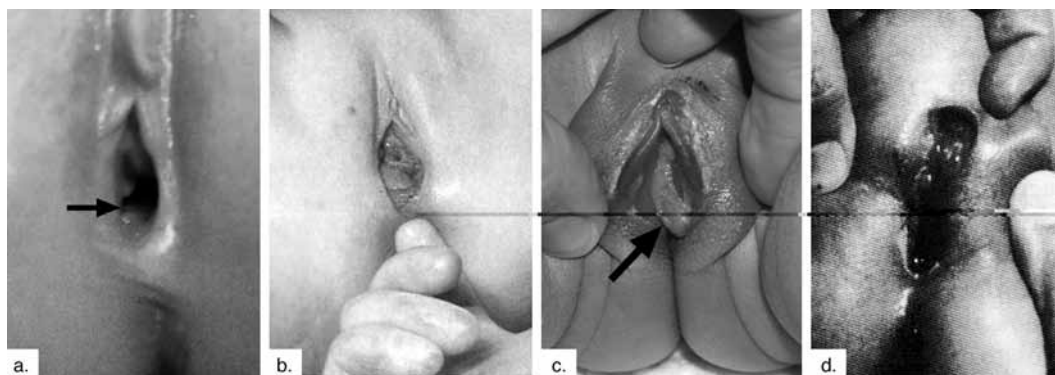


Figura 9. a) Desgarro reciente. b) Laceración traumática. c) Lengüeta o colgajo himenal. d) Leishmaniasis vulvar en niña (foto cortesía Dr. Llavaneras T.F.).

Aunque las afecciones causadas por hongos, tricomonas, clamidias o *gardnerella vaginalis* y las ocasionadas por virus como los del papiloma humano, moluscos contagiosos o virus del herpes simple generalmente ocurren en vagina y vulva, lógicamente deben afectar al himen, pero a menudo no son reportadas aisladamente en esa localización; sin embargo, parece que son incluidas dentro de las llamadas vestibulitis, vaginitis o vulvitis. Es lógico suponer que estas y otras afecciones pueden producir prurito en la región correspondiente al himen, que las pacientes son incapaces de referir a esta estructura y lo generaliza a la región. Sin embargo, el vocablo “himenitis” aparece en diccionarios médicos (37). El himen, como la vulva, pudieran ser objeto de picaduras de insectos o serpientes; nosotros hemos observado picadura de insecto causando leishmaniasis vulvar (38,39) (Figura 9 d) y una reacción vaccinal de localización vulvar e himenal en una adolescente con prurito vulvovaginal causado por *candida albicans* que había sido vacunada en el hombro con la vacuna antivariólica. Se presume que hubo una autoinoculación en el sitio de las lesiones producidas por el rascado intenso ya que al mejorar quedó una cicatriz similar a la del hombro, producto de la escarificación con la vacuna (datos no publicados).

Ha sido reportado condilomatosis del himen principalmente en pacientes o niñas que han sido abusadas sexualmente (40,41). Esta afección y las lesiones atribuidas al virus del papiloma humano (VPH) de la región vulvo-perineal, conocidas como lesiones intraepiteliales vulvares y vaginales, pueden tener asiento primario en el himen o alcanzarlo por

extensión, pero son pocas veces reportadas allí.

Por otro lado, los cánceres de la región vulvar son raros, los mucinoides y neuroendocrinos lo son más raros aún (42,43). Las lesiones malignas primarias o metastáticas del himen, prácticamente son inexistentes, sin embargo, se ha reportado una lesión caracterizada por una arquitectura vellosa glandular y epitelio tipo mucinoso con diferenciación intestinal, con células caliciformes y directa aposición del tumor al epitelio superficial que se desarrolló en el himen de una mujer de 64 años; pero no se pudo identificar si su sitio de aparición fue “de novo” o del epitelio escamoso (44).

VIRGINIDAD Y ABUSO SEXUAL

Antes de hacer algunas consideraciones sobre este tema se establecerán algunas definiciones básicas (45):

Asalto sexual es un término generalmente usado para describir contacto manual, oral o genital de una persona con los genitales de la víctima sin su consentimiento, mientras que la vejación es una forma no coital de asalto sexual. Como violación se conoce al acceso carnal a toda mujer, a menor de 12 años, a persona privada de razón o sentido y que no pueda resistir, empleando la fuerza o intimidación. Este delito se agrava si el hecho produjera un daño grave o si el que lo ocasionara fuese hermano, tutor, pariente o intervienen más de dos personas.

Las formas coitivas de asalto sexual incluyen “incesto” y “violación”; para algunos autores la fuerza no es elemento necesario para argumentar o convencer. Es decir, que el incesto (relación carnal entre parientes) voluntario es incluido en la definición

y es penalizado de la misma manera en algunas regiones de EE.UU (46).

La violación tiene tres componentes básicos: a) los genitales del perpetrador deben tener contacto con los de la víctima (conocimiento carnal), b) debe haber sido consumado en contra de la víctima y c) debe haber un elemento de compulsión. No es una ofensa solo cometida por hombres en contra de mujeres; estas pueden violar a un hombre. En algunas localidades se toma en cuenta el grado o extensión del contacto sexual, para ser considerada como una violación. En muchas regiones se requiere la penetración sola, explicitando la necesidad de eyaculación. En otras, la colocación del pene entre los labios mayores, pero no en la vagina, representa un caso de violación. La laceración del himen puede no ser un prerrequisito para el cargo de violar, aunque en algunos sitios se requiere que la víctima “sea casta”. Una restricción común es que la víctima no sea esposa del perpetrador y en otros lugares debe haber existido un testigo ocular.

Las acciones que se producen a consecuencia de violación, estupro, rapto y abuso deshonesto, cuando no ocasionen la muerte de la víctima o lesiones gravísimas, son consideradas como “delitos de instancia privada”. En algunos países, el estupro consiste en la violación de una menor, entre doce y quince años de edad, mediante el engaño o abuso de confianza, con ausencia de violencia. El término de abuso deshonesto importa todo acto libidinoso o impúdico sin coito anal o vaginal, utilizando la fuerza o intimidación (47).

Generalmente se presume que el violador es un sujeto del sexo masculino, pero para el Código Penal Venezolano, este puede ser masculino o femenino. Los delitos contemplados en el Título VIII, tipifican y sancionan los “Delitos contra las buenas costumbres y buen orden de las familias”. El capítulo I es el de “la violación, de la seducción, de la prostitución o corrupción de menores y de los ultrajes al pudor”; en el II se contempla “el Rapto”, mientras que el III es “de los corruptores”. Los capítulos V y VI tratan del “Adulterio” y la Bigamia respectivamente. Como se observa, son transgresiones que vulneran la libertad personal sexual como la violación o atentados al pudor (48).

VIRGINIDAD: CREENCIAS Y COSTUMBRES

A la apariencia del himen sin signos de desgarro o “desfloración” se le ha asignado incorrectamente como un símbolo de virginidad. En otras culturas se ha señalado que si una mujer tiene el himen roto significa que “es muy deseada”, cotizándose mejor

si comprobaba su fertilidad con la presencia de un hijo; pero otras creen que conservar la virginidad es primordial. En el imperio Inca, por ejemplo en hombres y mujeres de baja escala social, no se le daba importancia a esta condición.

En algunas regiones africanas se practica la infibulación a las niñas entre 2-8 años - colocación de un anillo u otro obstáculo en los órganos genitales para impedir el coito-, como manera de preservar la virginidad. La clitoroidectomía y cierre permanente de la vagina, la han realizado sin anestesia, curanderas y parteras, dejándoles una pequeña abertura para la salida de la sangre menstrual y la orina. La vagina se seccionará con cuchillo después del matrimonio o antes del parto.

Molina-Vilchez (49) en una monografía sobre “La menstruación en la mitología y la tradición wayú”, narra, que estos aborígenes tuvieron problemas porque no podían reproducirse ya que las hembras estaban provistas de dientes en sus vaginas y los hombres que intentaban copular con ellas eran mutilados en sus penes. En su relato cuenta que un joven indio se enamoró de una atractiva mujer llamada Warunka, que acudía a bailar y bañarse en el mar durante la tarde. El pretendiente preparó unas flechas con una bola de fibras vegetales dura y fuerte y un atardecer fue tras la doncella, la que al iniciar el baile, levantó una de sus piernas, “enseñó sus dientes” y la flecha despedida cortó los dientes de ella y la de todas las mujeres.

CURIOSIDADES

Existen dos términos que se relacionan a cirugías de plastia vaginal; la himenoplastia y la vulvoplastia que son ofrecidas por diferentes medios de comunicación social a mujeres como complemento a las cirugías de reconstrucciones faciales, mamarias y abdominales o como cirugía reparadora del himen en mujeres que ya han tenido actividad sexual y contraerán nupcias en corto tiempo y que en la mayoría de los casos han negado actividad sexual previa.

El himen artificial es un tipo de prótesis creada para simular un himen intacto, fabricado de plástico o albúmina de aproximadamente 5 x 7 cm, cubierto por uno de sus lados de una tinta rojo-oscuro, que deja escurrir unas pocas gotas “de sangre” durante el coito. Se ha utilizado en algunos países para “preservar el honor de la joven o de su familia”. Este dispositivo produjo enojo en Egipto porque según algunos encuestados podía incentivar la prostitución (50) (Figura 10).



Figura 10. Himen artificial.

REFERENCIAS

1. Jones Jr. HW, Seegar Jones G. Tratado de Ginecología de Novak. 10ª edición. México DF: Nueva Editorial Interamericana; México DF; 1984.
2. Benson RC, Pernoll ML. Handbook of obstetrics and gynecology. 9ª edición. Nueva York: McGraw-Hill; 1994.
3. Novak ER, Woodruff JD. Ginecología y Obstetricia. 2ª edición. Madrid: Editorial Alhambra SA. Madrid-México; 1964.
4. Testut L, Latarjet A. Compendio de anatomía descriptiva. L. Barcelona, España: Editorial Masson; 2000.
5. Márquez Ramírez M, Ordi Majà J. Histología de los órganos genitales y de la mama. En: Cabero Roura L, editor. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2003.p.39-49.
6. Anderson JR, Genadry R. Anatomía y embriología. En: Berex JS, Hillard PA, Adashi EY, editores. Ginecología de Novak. 12ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 1977.p.71-122.
7. Rey-Stocker I. Revista de Revistas. Ginecología prepuberal. Anales Nestle. Fascículo 126. Copyright by Nestle. Impreso en México. Sin fechas.
8. Zukerman AL, Harney KF. Pediatric and adolescent gynecology. En: Curtis MG, Hopkins MP, editores. Glass's Office Gynecology. 5ª edición. Williams & Wilkins Co. Baltimore; 1999.p.1-31.
9. Sánchez de la Cruz B, Pérez MM. Anatomía de los genitales en la niña. En: Sánchez de La Cruz B, editora. Ginecología Infanto Juvenil. Caracas: Editorial Ateproca; 1997.p.23-29.
10. Capraro VJ. Gynecologic examination in child and adolescents. Pediatric Clin North Am. 1972;19:511-528.
11. Jenny C, Kuhns MLD, Arakawa F. Hymens in newborn female infants. Pediatrics. 1987;80:399-400.
12. Emans SJ, Woods ER, Allred EN, Grace E. Hymeneal findings in adolescents women: Impact of tampon use and consensual sexual activity. J Pediatr. 1994;125:153-160.
13. De Ugarte CM, Bast JD. Embryology of the urogenital system & congenital anomalies of the female genital tract. En: DeCherney A, Murphy Goodwin T, Nathan L, Laufer N, editores. Current diagnosis & treatment obstetrics & gynecology. 10ª edición. McGraw-Hill. Med Pub Div. Nueva York; 2007.p.64-94.
14. Colston Wentz A. Congenital anomalies and intersexuality. En: Jones III HW, Colton Wentz A, Burnett LS, editores. Novak's Textbook of gynecology. 11ª edición. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.p.140-186.
15. Moore P. Embriología clínica. 6ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001;II:338-368.
16. Ruiz Romance M, Herrero García J. La adquisición del sexo. En: Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. En: Cabero Roura L, editor. Editorial Médica Panamericana, S.A. 2003.p.39-49.
17. Breech L, Laufer MR. Alteraciones müllerianas. Obstet Gynecol Clin NA. 2009;36:47-68.
18. Iglesias E. Malformaciones del aparato genital femenino. En: Usandizaga-Beguimstain, de la Fuente-Pérez P, editores. Obstetricia y Ginecología: Madrid: Marban Libros SL; 2010.
19. Mor N, Merlob P. Congenital absence of the hymen only rumor? Pediatrics. 1988;82:679-680.
20. Perlman S, Nalajima ST, Hertweck. Clinical protocol in pediatric and adolescent gynecology. Boca Raton-New York-London. Parthenon Publishers, 2004.
21. Hallat Z. "The hymen" Acta Virginologica. 2010;1:7-20.
22. McCann J, Wells R, Simon M, Voris J. Genital findings in prepubertal girls selected for nonabuse: A descriptive study. Pediatric. 1990;86:428-439.
23. Kellogg ND, Parra JM. Línea vestibularis: A previously undescribed normal genital structure in female neonates. Pediatrics. 1991;87:926-929.
24. Berenson AB, Heger AH, Hayes JM, Bailey RK, Emans SJ. Apparence of the hymen in prepubertal girls. Pediatrics. 1992;89:387-394.
25. Kellogg ND, Parra JM. Linea vestibularis: Follow-up of a normal genital structure. Pediatrics. 1993;92:453-456.
26. Bays J, Jenny C. Genital and anal conditions confused with child sexual abuse trauma. Am J Dis Child. 1990;144:1319-1322.
27. Emans SJH, Laufer MR, Goldstein DP. Pediatrics and adolescents gynecology. Lippincott-Raven Pub. Filadelfia. 1998.
28. Mor N, Merlob P, Reisner SH. Types of hymen in the newborn infant. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1986;22:225-228.
29. Emans SJ, Wood ER, Flagg NT, Freeman A. Genital findings in sexually abused syntomatic and asyntomatic girls. Pediatrics. 1987;79:778-785.
30. Porkony SF. Configuration of the prepubertal hymen.

- Am J Obstet Gynecol. 1987;157:950-956.
31. Daly MJ, Gin H, Wilson R. Sexual responses of women, dysmenorrhea, and premenstrual tension. En: Willson JR, Carrinton ER, Legder WJ, editores. *Obstetrics and gynecology*, the C.V Mosby Company. ST. Louis 1983.p.96-106.
 32. Hillard PA. Enfermedades benignas de las vías reproductivas femeninas: síntomas y signos. En: Berek JS, Hillard PA, Adashi EY, editores. *Ginecología de Novak*. 12ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 1977.p.331-397.
 33. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ª edición. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
 34. Rebar R. Pubertad. En: Berek JS, Hillard PA, Adashi EY, editores. *Ginecología de Novak*. 12ª edición. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1997.p.771-807.
 35. Scherzer WJ, McClamrock H. Amenorrea. En: Berek JS, Hillard PA, Adashi EY, editores. *Ginecología de Novak*. 12ª edición. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1997.p.771-807.
 36. Willson JR, Carrinton ER, Legder WJ, editores. *Obstetrics and gynecology*, the C.V Mosby Company. ST. Louis 1983.
 37. Ruiz Torres F. *Diccionario inglés-español y español-inglés de medicina*. Madrid. Editorial Alhambra SA; 1973.
 38. Llavanas-Torres F, Villegas E, Velásquez N, Molina Vílchez R. Úlcera leishmaniásica de la vulva. Presentación de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1998;58:201-203.
 39. Llavanas-Torres F, Molina Vílchez R. Leishmaniasis vulvar en niña de veinte meses. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2000;60:209-211.
 40. American Academy of pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics*. 1001;87:254.
 41. Dowd MD, Fitzmaurice L, Knapp J, Mooney D. The interpretation of urogenital findings in children with straddle injuries. *J Pediatr Surg*. 1994;29:7-10.
 42. Ghamande SA, Kasnica J, Griffiths CT, Finkeler NJ, Hamid AM. Mucinous adenocarcinomas of the vulva. *Gynecol Oncol*. 1995;1:117-120.
 43. Graf BH, Su HC, Tubbs RR, Hacker GW, Dietz U, Standarch A. Primary neuroendocrine differentiated mucinous adenocarcinoma of the vulva: Case report and review of the literature. *Anticancer Re*. 1998;18:2041-2045.
 44. Dubé V, Lickrish GM, MacNeil KN, Colgan TJ. J. Villoglandular adenocarcinoma in situ of intestinal type of the hymen: De novo origin from squamous mucosa ? *Low Genital Trac Dis*. 2006;10:156-160.
 45. *Diccionario de la lengua Española*. Real Academia Española. 21ª edición. Tomo II. Madrid: Editorial Espasa Calpe, SA; 1992.
 46. Breen JL, Grenwal E. Rape: En: Glass RH, editor. Baltimore: The Williams & Wilkins Co.; 1976.p.184-200.
 47. Fa Nelli FR, Ambas E. Ginecología prepuberal. En *Anales Nestle*. Pag 19-20. *El Día Médico*. Argentina. 1972;44:632-634.
 48. Marín-Marciano C. Leyes, Delito y Psiquiatría Forense. Barboza J, editores. Talleres de Gráficas Quibar. Maracaibo, Estado Zulia. Venezuela. 1987.
 49. Molina Vílchez RA. La menstruación en la mitología y la tradición wayú. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1993;53:177-181.
 50. Fleishman J, Hassan A. *Los Ángeles Times*, october 7, 2009.

Manejo de los problemas ginecológicos en mujeres con cáncer de mama

ACOG Practice Bulletin, Número 126, marzo 2012*

El cáncer de mama es el tipo más común de cáncer invasivo en las mujeres americanas, con un riesgo de vida de la enfermedad es uno en ocho. En 2009, se estimaba que había 192 370 casos nuevos de cáncer de mama invasivo en Estados Unidos (EE.UU). Aunque las tasas han disminuido ligeramente en los últimos años, hay 2 millones de sobrevivientes de cáncer de mama en EE.UU. Las mejoras en la prevención y la detección y el tratamiento más eficaz que continuamente se producen, y los cambios son relativamente rápidos en la práctica clínica.

Todos los tipos de tratamiento del cáncer de mama tienen efectos nocivos potenciales sobre la mujer, así como la forma en que ven a sí mismos. Por lo tanto, es importante para los proveedores de cuidado de la

salud de las mujeres a tener una comprensión de los tratamientos contra el cáncer de mama y sus posibles efectos secundarios ginecológicos. El propósito de este documento es examinar el efecto del tratamiento del cáncer de mama en temas de salud común para la mujer tales como la fertilidad, la administración de anticonceptivos, la menopausia, la función sexual y osteoporosis, y para proporcionar una base para el seguimiento y el tratamiento de estos problemas ginecológicos. Invitamos a revisarlo en:

* <http://www.acog.org/Resources%20And%20Publications/Practice%20Bulletins/Committee%20on%20Practice%20Bulletins%20--%20Gynecology/Management%20of%20Gynecologic%20Issues%20in%20Women%20With%20Breast%20Cancer.aspx>