



Tabique vaginal transverso inferior. Reporte de un caso

Tabique vaginal transverso inferior. Reporte de un caso

Septo vaginal transverso inferior. Relato de un caso

Giovanna Elizabeth Lizano-Ortiz^I
giovis3lo@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-8964-6806>

Paúl Santiago Naranjo-González^{III}
santi_878@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-7163-7867>

Diego Armando Auqui-Carangui^{II}
armac710@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4098-6834>

Ricardo Patricio Sánchez-Centeno^{IV}
patosg1993@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-5872-3541>

Correspondencia: giovis3lo@hotmail.com

Ciencias de la salud
Artículo de revisión

***Recibido:** 06 de noviembre de 2020 ***Aceptado:** 05 de diciembre de 2020 * **Publicado:** 26 de diciembre de 2020

- I. Médico Residente de Ginecología, Hospital General Ambato, Ambato, Ecuador.
- II. Médico Residente de Ginecología, Hospital General Ambato, Ambato, Ecuador.
- III. Médico Residente de Ginecología, Hospital General Ambato, Ambato, Ecuador.
- IV. Médico Residente de Ginecología, Hospital General Ambato, Ambato, Ecuador.

Resumen

Introducción. El tabique vaginal transverso es una anomalía rara, congénita del tracto genital, debido a una alteración en la fusión entre los conductos de Müller y el seno urogenital resultando una falta de canalización de los tejidos del bulbo sinovaginal. Su etiología es desconocida. El tabique impide que el material formado por moco de las glándulas cervicales y exudados vaginales fisiológicos salga al exterior, si la secreción es abundante puede formar hidrocolpos, en la pubertad temprana formara un hematocolpos. Su ubicación puede ser alta, media y baja y el septo puede ser completo e incompleto. Su diagnóstico será a través de la exploración clínica ginecológica, ecografía pélvica y RMN, su tratamiento generalmente es quirúrgico.

Presentación del caso. Paciente de 13 años sin antecedentes de importancia que refiere dolor abdominal localizado en hipogastrio más náuseas que lleva al vómito que se exacerba hace 24 horas por lo que realizan ecografía pélvica y TAC reportando hematocolpos, hematometra, y hidronefrosis izquierda por lo que es referida a facultativo, tras valoración se decide su ingreso. En el examen clínico ginecológico se detecta tabique vaginal transverso inferior por lo que es sometida a tratamiento quirúrgico en donde se realiza resección de tabique vaginal inferior + reconstrucción de pared lateral de vagina + evacuación de hematometra. Posterior evoluciona favorablemente por lo que se brinda el alta.

Conclusión. Patología rara del tracto genital femenino con variedades en su presentación estructural, puede cursar sintomática o asintomática, su correcta valoración ginecológica con exámenes de imagenología nos ayudaran a su diagnóstico y posteriormente brindar un tratamiento.

Palabras claves: Tabique vaginal; Atresia vaginal; Hematocolpos; anomalía vaginal.

Abstract

Introduction. The transverse vaginal septum is a rare, congenital anomaly of the genital tract, due to an alteration in the fusion between the Müller ducts and the urogenital breast resulting in a lack of channelling of the tissues of the synovaginal bulb. Its etiology is unknown. The septum prevents the material formed by mucus from the cervical glands and physiological vaginal exudates to the outside, if the secretion is abundant it can form hydrocolpos, in early puberty it will form a hematocolpos. Its location can be high, medium and low and the septum can be complete and incomplete. Its diagnosis will be through clinical gynecological examination, pelvic ultrasound and MRI, its treatment is usually surgical.

Presentation of the case. A 13-year-old patient with no significant history of abdominal pain located in the hypogastric area, plus nausea, which leads to vomiting that is exacerbated 24 hours ago. A pelvic ultrasound and CT scan are performed, reporting hematocolpos, hematometra, and left hydronephrosis. In the clinical gynecological examination, the lower transverse vaginal septum is detected and she is submitted to surgical treatment where the lower vaginal septum is resected + reconstruction of the lateral wall of the vagina + evacuation of the hematometra. Subsequently, the patient is discharged from the hospital.

Conclusion. Rare pathology of the female genital tract with varieties in its structural presentation may be symptomatic or asymptomatic. Its correct gynecological evaluation with imaging tests will help us to diagnose it and later provide treatment.

Keywords: Vaginal septum; vaginal atresia; Hematocolpos; vaginal anomaly.

Resumo

Introdução. O septo vaginal transverso é uma anomalia congênita rara do trato genital, devido a uma alteração na fusão entre os ductos de Müller e o seio urogenital, resultando na falta de canalização dos tecidos do bulbo sinovaginal. Sua etiologia é desconhecida. O septo evita que o material formado pelo muco das glândulas cervicais e exsudatos vaginais fisiológicos saia, se a secreção for abundante pode formar hidrocolpos, no início da puberdade formará um hematocolpo. Sua localização pode ser alta, média e baixa e o septo pode ser completo e incompleto. Seu diagnóstico será através do exame clínico ginecológico, ultrassonografia pélvica e ressonância magnética, seu tratamento geralmente é cirúrgico.

Apresentação do caso. Paciente de 13 anos sem história significativa que se queixa de dor abdominal localizada no hipogástrico associada a náusea que leva a vômitos exacerbados há 24 horas, então realizaram ultrassonografia pélvica e tomografia computadorizada, relatando hematocolpos, hematômetro e hidronefroze esquerda, para os quais ela foi encaminhada ao médico. Após a avaliação, sua renda é decidida. No exame clínico ginecológico detectou-se septo vaginal transverso inferior, por isso é submetida a tratamento cirúrgico onde é realizada ressecção do septo vaginal inferior + reconstrução da parede lateral da vagina + evacuação da hematometria. Posteriormente, ele evolui favoravelmente, então a descarga é fornecida.

Conclusão. Rara patologia do trato genital feminino com variedades em sua apresentação estrutural, pode ser sintomática ou assintomática, sua correta avaliação ginecológica com exames de imagem nos ajudará a diagnosticar e posteriormente tratar.

Palavras-chave: septo vaginal; Atresia vaginal; Hematocolpos; anormalidade vaginal.

Introdução. O septo vaginal transversal é uma anomalia congênita rara do trato genital, devido a uma alteração na fusão entre os ductos de Müller e o seio urogenital, resultando na falta de canalização dos tecidos do bulbo sinovaginal. Sua etiologia é desconhecida. O septo evita que o material formado pelo muco das glândulas cervicais e exsudatos vaginais fisiológicos saia, se a secreção for abundante pode formar hidrocolpos, no início da puberdade formará um hematocolpo. Sua localização pode ser alta, média e baixa e o septo pode ser completo e incompleto. Seu diagnóstico será através do exame clínico ginecológico, ultrassonografia pélvica e ressonância magnética, seu tratamento geralmente é cirúrgico.

Apresentação do caso. Paciente de 13 anos sem história significativa que se queixa de dor abdominal localizada no hipogástrio associada a náusea que leva a vômitos exacerbados há 24 horas, então realizaram ultrassonografia pélvica e tomografia computadorizada, relatando hematocolpos, hematômetro e hidronefrose esquerda, para os quais ela foi encaminhada ao médico. Após a avaliação, sua renda é decidida. No exame clínico ginecológico detectou-se septo vaginal transversal inferior, por isso é submetida a tratamento cirúrgico onde é realizada ressecção do septo vaginal inferior + reconstrução da parede lateral da vagina + evacuação da hematometria. Posteriormente, ele evolui favoravelmente, então a descarga é fornecida.

Conclusão. Rara patologia do trato genital feminino com variedades em sua apresentação estrutural, pode ser sintomática ou assintomática, sua correta avaliação ginecológica com exames de imagem nos ajudará a diagnosticar e posteriormente tratar.

Palavras-chave: Septo vaginal; Atresia vaginal; Hematocolpos; anormalidade vaginal.

Introducción

El Tabique vaginal transversal se describió por primera vez en 1877, resulta de la falta de canalización de la placa vaginal en el punto donde el seno urogenital se encuentra con el conducto de Müller y no se asocia a otras malformaciones. Se estima que la ocurrencia está entre 1/2100 y 1/72,000 mujeres. De esta manera se podrían clasificar en tabique vaginal completo o incompleto, y según su ubicación pueden ser: superior (35%), medio (35%) e inferior (19%). Las localizaciones

altas con septo grueso y los orificios vaginales estrechos representan casos quirúrgicos difíciles. Puede tener diferentes presentaciones clínicas que se debe reconocer para evitar un diagnóstico erróneo.

Si el tabique es completo se presenta dolor abdominal en una paciente con amenorrea primaria y desarrollo puberal, en la que se puede identificar hematocolpos, hematómetra o hematosalpinx en función de la localización del tabique. Si el tabique es incompleto, el diagnóstico es más dificultoso ya que puede ser asintomático y tan solo presentar clínica dispareúnicia o infertilidad.

La ecografía pélvica actualmente es suficiente para su diagnóstico, aunque la Resonancia Magnética, es el método de elección para el diagnóstico de este tipo de anomalías, como para las malformaciones uterinas, ya que nos aporta información de las características externas e internas de las mismas, permitiendo valorar el diferente contraste de los tejidos a través de diferentes secuencias así como también obtención de imágenes multiplanares, descartando diagnósticos diferenciales. El tratamiento es quirúrgico reconstructivo cuyo objetivo es lograr la conexión entre el extremo inferior del cuello uterino y la parte inferior de la vagina.

Presentación del caso

Paciente femenina de 13 años 8 meses de edad, nacida y residente en Ambato, sin antecedentes patológicos personales de relevancia clínica. Menarquia: ausente, acude por presentar cuadro de dolor abdominal tipo cólico, localizado en hipogastrio, sin irradiación, de 15 días de evolución como fecha aparente y 30 días como fecha real; el cuadro se exacerba en las últimas 24 horas, acompañándose de náuseas que llegan al vómito por 3 ocasiones, de contenido alimentario. Motivo por el cual es referida a esta Institución con resultados de ecografía pélvica, observando lesión ocupante de espacio en útero e hidronefrosis izquierda; y tomografía axial computarizada con reporte de hematocolpos y hematómetra. Tras ser valorada, se decide su hospitalización. Al examen físico signos vitales dentro de parámetros normales, consciente, orientada, afebril e hidratada. Abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, suave, depresible, doloroso a la palpación en meso e hipogastrio, a este nivel se palpa masa de alrededor de 10cm, dura, móvil de bordes lisos. Al examen físico ginecológico no se palpan adenopatías inguinales, genitales femeninos externos de nulípara, tanner 3, no se evidencian pérdidas transvaginales.

Previa autorización del familiar se realiza especuloscopía: con maniobras de valsalva, no se visualiza himen; se procede a realizar examen digital, se aprecia tabique vaginal inferior completo de aproximadamente 3 centímetros de ancho. Se realiza además tacto rectal, encontrando esfínter rectal tónico, se palpa masa dura móvil, no dolorosa que protruye a fondo de saco posterior.

Por los hallazgos antes descritos se solicita ecografía abdominal, (tabla 1) tomografía axial computarizada simple y contrastada de abdomen (tabla 2) y marcadores tumorales ováricos en búsqueda de mal formaciones congénitas y patología ovárica. Al no encontrarse malformaciones anatómicas internas, marcadores tumorales y paraclínica dentro de la normalidad, previo el consentimiento informado de los padres de la paciente y bajo anestesia general, se realiza resección de tabique vaginal inferior + reconstrucción de pared lateral de vagina + evacuación de hematometra. (Ilustración 1, 2, 3,) Procedimiento que tarda alrededor de 2 horas sin complicaciones. En hallazgos quirúrgicos se evidencia tabique vaginal transversal inferior, hematometra de aproximadamente 200ml. Tras el procedimiento la paciente evoluciona favorablemente, con adecuada cicatrización por lo que es dada de alta con seguimiento ambulatorio por consulta externa.

Discusión

El tabique vaginal transversal es una malformación congénita obstructiva del tracto genital femenino, se estima que la ocurrencia está entre 1/2100 y 1/72,000 mujeres. Ocurre en adolescentes con una mediana de edad de 13,2 años (11-16 años) o 2,5 a 4 años después de la menarquia. La etiología sigue siendo desconocida aunque algunos autores lo asocian con un patrón de herencia autosómica recesiva limitado al sexo femenino. Los estudios moleculares actuales muestran que todo el epitelio vaginal se deriva del conducto paramesonefrico (de Müller) con la proteína morfogénica ósea. El tabique vaginal transversal es el resultado de la falta de canalización de la placa vaginal en el punto donde el seno urogenital se encuentra con el conducto de Müller y no se asocia a otras malformaciones. Desde el punto de vista histológico, el tabique, consiste en un estroma de tejido conjuntivo con fibras musculares, vasos sanguíneos, nervios, y epitelio por ambos lados, (el que generalmente es de tipo estratificado escamoso, aunque también se han descrito con epitelio de transición y cuboide)

En cuanto a los tipos de tabique vaginal transversal pueden perforarse o no, pero si un lado de la vagina ha sido utilizado con más frecuencia durante el coito, entonces el tabique habrá quedado

desplazado lateralmente, con variaciones de espesor y localización a lo largo de la vagina, así tenemos: completo o incompleto; superior (35%), medio (35%) e inferior (19%); delgado (<1 cm) o grueso (> 1 cm).

Clínicamente existen dos picos de frecuencia en cuanto a su presentación: las pacientes prepúberes, generalmente lactantes, que presentan hidrometrocolpos causado por la obstrucción al drenaje de las secreciones genitales producidas como consecuencia de una hipersecreción proximal de las glándulas reproductivas que responden a la estimulación hormonal materna. Las pacientes pospuberales, en cuyo caso la presentación clínica es variable, dependiendo, sobre todo, de la existencia de perforación o no del tabique.

Si el tabique es completo, las manifestaciones clínicas son secundarias a la compresión de la formación tumoral (hematocolpos, hematometra) (38-40%) en contra de los órganos vecinos se manifiesta con amenorrea primaria a la edad de la pubertad, acompañada de dolor pélvico cíclico, causado por la retención de sangre y distensión de órganos, desplazamiento hacia delante de la vejiga, uréteres hacia los costados y formación de hidrouréteres e hidronefrosis, compresión del recto que ocasiona estreñimiento (20-27%) e, incluso, obstrucción intestinal, edema de las extremidades inferiores debido a la compresión de las venas pélvicas, Al examen hay una masa en la pelvis que puede ser secundaria a hematocolpos y/o hematometra o hematosalpinx, y en ocasiones puede haber signos de hemoperitoneo, en función de la localización del tabique.

Si el tabique es incompleto, el diagnóstico es más dificultoso, ya que puede ser asintomático (24%), o presentarse con descarga vaginal de mal olor, dismenorrea, irregularidades menstruales, dispareunia, en algunos casos imposibilidad de mantener relaciones sexuales, distocia de tejidos blandos en el parto, o infertilidad por lo que es necesario la evaluación de todas las parejas primarias infértiles, porque un defecto congénito anatómico asintomático poco común podría estar detrás de la infertilidad.

El diagnóstico y el tratamiento deben establecerse lo más pronto posible después de la menarquia, ya que una acumulación significativa de hematometria y/o hematosálpinx podrían afectar al futuro reproductivo alterando negativamente la función uterina y/o tubárica

En cuanto al diagnóstico, la ecografía pélvica y la resonancia magnética establecen el mismo, determinan la ubicación del tabique, su grosor y hacen la diferencia entre un tabique alto y la ausencia congénita del cuello del útero. La Resonancia Magnética, se considera el estándar de oro

para el diagnóstico de anomalías mullerianas, ya que nos aporta información de las características externas e internas de las mismas, permitiendo valorar el diferente contraste de los tejidos a través de diferentes secuencias así como también obtención de imágenes multiplanares, descartando diagnósticos diferenciales y la elección del procedimiento quirúrgico.

Existen varias modalidades de tratamiento quirúrgico, si el dolor de la paciente con hematocolpos se controla, la cirugía puede retrasarse con supresión de la actividad del endometrio por un agonista de la GnRH o anticonceptivos orales continuos. Esto puede dar tiempo a que la dilatación del segmento vaginal sea menor, lo que podría mejorar la facilidad de la reparación quirúrgica. En cuanto a los métodos quirúrgicos existe: vaginoplastia de doble fuerza, la dilatación con balón de alta presión, la vaginoplastia con balón invertido, la laparotomía exploratoria y la incisión realizada en la pared vaginal con guía de dedo a lo largo de la bolsa de Douglas, resección vaginoscópica mediante histeroscopia, bajo control laparoscópico.

El tratamiento quirúrgico reconstructivo lograra la conexión entre el extremo inferior del cuello uterino y la parte inferior de la vagina. El grosor y la localización son extremadamente importantes para definir el tratamiento: los más bajos, los más delgados y los perforados tienen mejores resultados, mientras que los más altos y gruesos tienen grandes posibilidades de complicaciones como fístula rectovaginal, estenosis vaginal, reobstrucción e hysterectomía. El riesgo de estenosis postoperatoria puede reducirse con la colocación de un molde vaginal, posterior a la cirugía, que debe ser hueco para permitir la salida del flujo menstrual.

Tras la resolución quirúrgica de esta entidad, existen pocos estudios que muestren cuáles son los resultados a largo plazo. Williams y col. presentaron la recuperación de ciclos menstruales normales en todas las pacientes, salvo en una que precisó hysterectomía; el 74% consiguieron mantener relaciones sexuales, aunque el 59% presentaron dispareunia y el 36% presentaron dismenorrea que requería analgesia. Otras presentaron aborto espontáneo, parto pretérmino y el resto se desarrolló con normalidad. Respecto a la vía de finalización, el 50% lo hizo mediante parto vaginal eutócico y el 50%, mediante cesárea.

Conclusión

Patología ginecológica del tracto genital poco común de presunto origen autosómico recesivo, cuya presentación clínica varía en la niñez con hidrocolpos, en la pubertad con hematocolpos, hematometra, dolor pélvico, en otras ocasiones pueden ser asintomáticas, en este caso su

sintomatología principal fue el dolor pélvico tras valoración clínica, ginecológica, e imágenes se diagnosticó tabique vaginal transverso inferior, fue candidata para resolución quirúrgica con evacuación de hematometra y reconstrucción de pared vaginal , su diagnóstico y tratamiento temprano evito que pudiera haber algún daño estructural interno progresivo de útero , anexos y por efecto masa daño renal. Fue dada de alta en buenas condiciones para valoración por consulta externa con el fin de observar algún efecto adverso.

Consideraciones éticas

En el presente reporte de caso se contó con el consentimiento informado de la paciente firmado por el representante legal. Facilitando así la realización del mismo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias

1. Alba Citlalli González, J. V. (2014). Amenorrea primaria por tabique transverso vaginal inferior: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, 4.
2. Anjali Kanhere, G. K. (2013). TRANSVERSE VAGINAL SEPTUM - A RARE CASE PRESENTATION AS PRIMARY INFERTILITY. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 3.
3. Bosquet, E. G. (2014). En E. G. Bosquet, *Enfermedades benignas de la vagina* (págs. 257-260). Barcelona, España: Foletra S.A.
4. Deepa Kala, N. G. (2019). Our Experience in the Management of Vaginal Agenesis: Its Psychosocial Impact and Role of Contrast Magnetic Resonance Imaging Scan with Vaginal Mold in the Interpretation of High Transverse Vaginal Septum. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*,
5. Esperanza Bautista Gómez, V. M.-G.-R. (2012). Tabique vaginal transverso superior parcial y embarazo. *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, 4.

6. Gennaro Scutiero, P. G. (2018). Management of Transverse Vaginal Septum by Vaginoscopic Resection: Hymen Conservative Technique. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 5.
7. Gonzalo González García, P. B. (2017). Tabique vaginal transverso diagnosticado en dos hermanas. Reporte de dos casos. *Arch Argent Pediatr.*, 3.
8. Itana de Mattos Pinto E Passos, R. L. (2020). Diagnosis and treatment of müllerian malformations. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 6.
9. Ivan Mazzon MD, S. G. (2019). The Technique of Vaginal Septum as Uterine Septum: A New Approach for the Hysteroscopic Treatment of Vaginal Septum. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 12.
10. Mahboubeh Mirzaei, A. D. (2018). Urinary presentations of a posttraumatic vaginal septum in a 14-year-old girl. *Turkish Journal of Urology*, 5.
11. Paola Bustos, M. S. (2003). TABIQUE VAGINAL TRANSVERSO Y ATRESIA VAGINAL. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología. Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 5.
12. Por Robert M. Kliegman, J. S. (2018). En J. S. Por Robert M. Kliegman, *Nelson Textbook of Pediatrics* (págs. 2867-2870). CANADA.

©2020 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons

Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).