

## CASO CLINICO

### TABIQUE VAGINAL TRANSVERSO Y ATRESIA VAGINAL

\* Oscar Niño de Guzmán Peña.

\*\* Jhiancarla Camacho Claros.

\*\*\* Ivone Gómez Valdez.

\*\*\*\* Hemir Alba Lisarazu.

\*\*\*\*\* Oscar Niño de Guzmán Luizaga.

## RESUMEN

Se presenta un caso de una paciente adolescente con una malformación poco frecuente.

Se presentan los datos clínicos y los estudios de laboratorio y gabinete realizados a la paciente, y el tratamiento quirúrgico. En esta paciente la intervención fue exitosa.

El TVT si bien es una patología poco frecuente, requiere tenerse en cuenta para diagnóstico y tratamiento oportuno.

**Palabras claves:** Tabique vaginal, Atresia vaginal, Ginecología.

## ABSTRACT

A case of an adolescent patient with a malformation appears little frequent.

The clinical data and the studies of laboratory and cabinet appear made the patient, and the surgical treatment. In this patient the intervention was successful.

The TVT although is a little frequent pathology, it requires to consider for diagnose and oportune treatment.

**Key words:** Vaginal partition, vaginal Atresia, Gynecology.

\* Jefe de Servicio de Ginecología Obstetricia Hosp. Obrero No 2 CNS.

\*\* Residente III de Pediatría Hosp. Obrero No 2 CNS.

\*\*\* Residente II Pediatría Hosp. Obrero No 2 CNS.

\*\*\*\* Residente R II Ginecología Obstetricia Hosp. Obrero No 2 CNS.

\*\*\*\*\* Interno de Ginecología Obstetricia Hosp. Obrero No 2 CNS.



## INTRODUCCION

El tabique vaginal transverso, la atresia vaginal parcial y la atresia vaginal total, son una gama de alteraciones congénitas, en las que se ve afectada la continuidad de la vagina. En conjunto, son malformaciones poco frecuentes del aparato genital.

## CASO CLINICO

Paciente adolescente de 13 años de edad del servicio de Pediatría de nuestro hospital es transferida al servicio de Ginecología, con la queja de dolor en región de hipogástrico de intensidad leve y continuo, desde hace 7 meses con distensión abdominal y sensación de congestión pelviana que fue acentuándose hace 3 meses. También presento disuria, polaquiuria en 2 a 3 oportunidades durante la evolución del cuadro y en una ocasión la presencia de una secreción trans-vaginal achocolatada en escasa cantidad (1 paño), telarca a los 8 años, pubarca 11 años, menarca ausente.

Al examen físico abdomen blando deprecible no doloroso, con una masa palpable regular y de consistencia dura, ocupando todo el abdomen inferior y la cavidad pelviana. Genitales externos grado II de Tanner, vulva sin patología aparente; al examen especular vagina corta de mas o menos de 1cm de longitud, con fondo de saco aparentemente completo sin orificio de comunicación con la vagina superior. Al tacto vaginal se palpa solo parte de la vagina inferior con la presencia de un tabique vaginal transverso aparentemente completo. Al tacto rectal se palpa una masa grande que ocupa la parte central de la pelvis y que corresponde a la vagina y útero distendidos.

Tratada con el diagnóstico de tabique vaginal incompleto por el antecedente de perdida de escasa secreción achocolotada.

Se solicita exámenes de laboratorio de rutina quirúrgica, además ecografía Ginecológica y TAC

de pelvis, no se solicita ecografía transrectal por tener buenos resultados con la ecografía ginecológica.

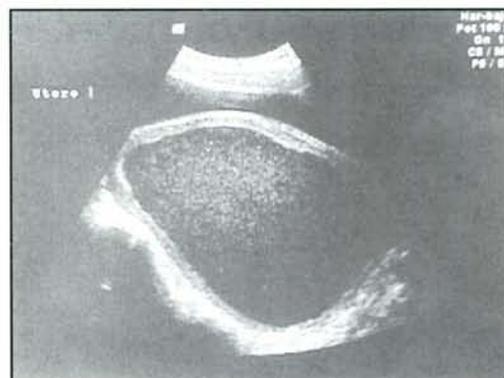


Fig: 1 Hematometra

La paciente es operada con el diagnóstico de tabique vaginal transverso incompleto a pesar de no demostrarse solución de continuidad en la vagina. Los reportes ecográficos y TAC reportaron hematometra gigante con hematocolpos y presencia de posible tabique vaginal en 1/3 inferior de vagina, que coincide con el examen físico que mostraba un tabique vaginal completo (Fig: 1, 2, 3, 4).

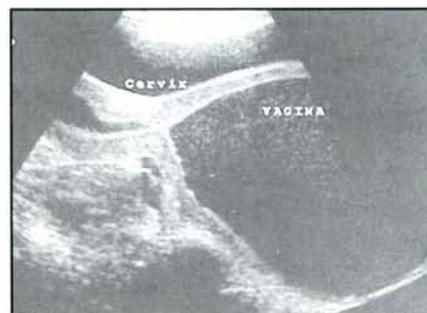


Fig: 2 Hematocolpos

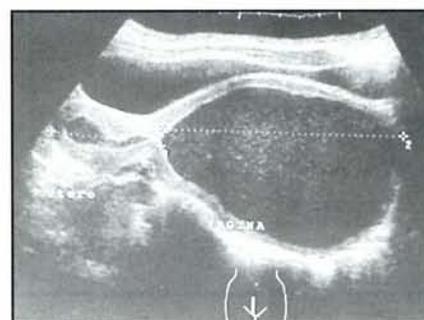


Fig: 3 Hematometra y Hematocolpos



Durante el acto quirúrgico se realizó una incisión trasversal a nivel del fondo de saco vaginal separando la capa mucosa y la fascie vesicouterina, se incidió en los tejidos perineales por divulsión, teniendo como guía un dedo en el recto por atrás y la sonda Foley por delante para delimitar la uretra y el recto respectivamente, una vez atravesado la parte superior del tabique se completa la incisión transversal en todo el ancho de la cavidad vaginal que corresponde a las cuatro paredes de la vagina.



Fig: 4 TAC Hematometra y Hematocolpos



Fig 5: Pre Operatorio (Tabique transverso completo)

Se drena 1000 cc de liquido de color achocolatado que corresponde a tejido menstrual retenido; se realiza un lavado exhaustivo de la cavidad vaginal mas la colocación de puntos en la mucosa y la fascie vaginal de ambos extremos, proximal y distal, dejando un orificio aceptable de 2 cm. de diámetro; se coloca un tapón vaselinado, que se retira al día siguiente; manteniéndose con soluciones parenterales por 24 horas y antibiòticoterapia por 7 días, fue dada de alta al tercer día con evolución favorable e indicación de

dilatación diaria con su dedo medio lubricando con bacitracina en crema (Fig: 5, 6, 7, 8).



Fig: 6 Apertura de Tabique



Fig:7 Resección completa de Tabique Transverso



Fig 8 Sutura entre Mucosas y Fascias Proximal y Distal

## COMENTARIO

El tabique vaginal transversal (TVT) divide a la vagina en 2 segmentos, proximal y distal, reduce su largo funcional, y obstruye parcial o totalmente la salida del flujo menstrual.

Su descripción inicial fue hecha por Delauney en 1877, y desde entonces pocos casos han sido publicados.

Es una de las anomalías más raras del tracto reproductivo, la incidencia exacta se desconoce. Tiene una frecuencia aproximada de 1/70.000 pacientes ginecológicas<sup>5</sup>. Brenner encontró 1 caso en 72.000 nuevas pacientes ginecológicas<sup>2,5</sup>, Sueldo publicó 4 casos en 160.000 pacientes (3), Wenof publica 2 casos entre 168.000 nuevas consultas ginecológicas<sup>2</sup>; sin embargo, Lodi quien se dedica a malformaciones congénitas, encuentra una frecuencia de 1/2100 pacientes<sup>2</sup>. Esta patología se debe a una alteración de la fusión entre los conductos de Muller y el seno urogenital, resultando en una falta de canalización de los tejidos del bulbo sinovaginal.

Su causa es desconocida. Podría involucrar una transmisión autosómica recesiva, ya que se han descrito casos familiares<sup>1</sup>.

Los TVT pueden ser perforados o imperforados, siendo más frecuente el perforado. Generalmente miden menos de 1 cm de grosor, los más anchos están ubicados cerca del cuello. En una de las series más grandes, la serie de Lodi, se encontró que el 46% de los tabiques se ubicó en el tercio superior, el 40% en el tercio medio y el 14% en el tercio inferior<sup>3</sup>.

A la histología 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<sup>5</sup>.

Respecto a las formas de presentación clínica, dependerá de la edad en que se manifieste. En neonatos, puede causar hidromucocolpos, o hidrometrocolpos por la secreción de glándulas cervicales y uterinas debido a la estimulación estrogénica materna, lo que en algunas ocasiones puede generar un efecto de masa con compresión de órganos, como uréteres, recto, vena cava, pudiendo llegar incluso al compromiso vital. Puede ser diagnosticado in útero en el tercer trimestre por una ecografía obstétrica, observándose una tumoración quística pélvica en el feto. El tratamiento durante el embarazo es la interrupción temprana de éste, cuando se

comprometen órganos vitales fetales. En niños en general el septum es fino y no son necesarios procedimientos extensos, sólo la escisión por acceso perineal.

En general el tabique permanece indetectable hasta la pubertad. Su presentación varía dependiendo de si es completo o incompleto.

Si es completo 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. 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. Generalmente no se aprecia abultamiento en el introito, a diferencia de lo que se observa en el himen imperforado. Al tacto rectal se palpa la ubicación y el ancho del tabique y las características del tumor pélvico.

Si es incompleto, 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. Al examen es más fácil ver el tabique con su perforación en el período menstrual.

La evaluación preoperatoria incluye ecografía abdominal o transrectal, o resonancia magnética nuclear (RMN) para ver la ubicación y ancho del tabique y evaluar otras anomalías asociadas.

En la revista "Human reproduction" 1999, se estudiaron 12 casos de TVT con ecografía abdominal y ecografía transrectal, comparando los resultados con los hallazgos de la cirugía, llegando a la conclusión que la ecografía transrectal se corresponde perfectamente con la situación anatómica real, dando imágenes menos precisas la ecografía abdominal e incluso la RMN<sup>7</sup>.

## COMENTARIO

El TVT si bien es una patología poco frecuente, requiere tenerse en mente, diagnosticarla y tratarla oportunamente para evitar complicaciones y

secuelas definitivas, como serían la endometriosis, adherencias pélvicas o daño irreparable de las trompas.

Debemos sospecharlo frente a una paciente que ha alcanzado desarrollo puberal completo y que cursa con amenorrea primaria y dolor pélvico cíclico o progresivo.

Al examen físico el encontrar un abdomen doloroso, una tumoración pélvica y abdominal apoyarán el diagnóstico. El hallazgo de una vagina corta o inexistente, hace indispensable completar el examen con un tacto rectal. Este nos permitirá detectar la presencia de un tabique y/o de una tumoración, que puede extenderse desde la pelvis al abdomen. Completamos el estudio con exámenes imagenológicos, como la ecografía pélvica o transrectal.

La presencia de dolor y de tumoración abdominopélvica, lo diferencian del síndrome de Rokitanski.

Como hemos visto, existen diferentes técnicas quirúrgicas para solucionar esta patología. La elección de ella dependerá de la ubicación del tabique, de su grosor y a veces de los hallazgos intraoperatorios. La incisión simple es útil para la descompresión inmediata en el RN. El resultado funcional óptimo se obtiene con la escisión quirúrgica del tabique. Si es fino puede researse y luego hacer anastomosis terminoterminal de los bordes de la mucosa. Si es alto y ancho es más dificultoso, se requiere una disección más extensa y la movilización de la mucosa vaginal para permitir la anastomosis.

## BIBLIOGRAFIA

1. Transverse vaginal septum. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 340-4.
2. Transverse vaginal septum. *Obst Gynecol* 1979; 54: 60-64.
3. Transverse vaginal septum. *J Reprod Med* 1995; 40: 163-6.
4. Transverse vaginal septum. *Obst Gynecol* 1972; 39: 193-8.
5. The transverse vaginal septum. *Obst Gynecol* 1979; 54: 178-283.
6. Surgical Management of Mullerian Duct. [www.emedicine.com/med/topic3521.htm](http://www.emedicine.com/med/topic3521.htm).

7. Transrectal ultrasonography in the assessment of congenital vaginal canalization defects. *Human Reproduction* 1999; 14(2): 359-62. [ Medline ]

8. Pregnancy Success following surgical correction of imperforate hymen and complete transverse vaginal septum. *Obst Gynecol* 1982; 59: 448-51.

9. Role of new sono-imaging technique sonocolpography in the diagnosis and treatment of the complete transverse vaginal septum and other allied conditions. *J Obstet Gynaecol Res* 2002; 28(2): 80-5.

10. Mucocolpos due to complete transverse septum in middle third of vagina in a 17-year old girl. *J Obstet Gynaecol Res* 2002; 28(2): 86-8. [ Medline ]

11. Large colpohematometra with bilateral hematosalpinx resulting from progressive obstruction caused by incomplete vaginal septum. *Ann Ostet Ginecol Med Perinat* 1989; 110(1): 42-8. [ Medline ]