

TABIQUE VAGINAL TRANSVERSO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Mario García Sáinz - Ginecólogo Obstetra, Jefe de Salas H.M.I.G.U
 Dr. René Terán Mendizábal - Ginecólogo Obstetra, Jefe de Departamento H.M.I.G.U
 Dr. Juan José Peñaloza - Servicio de Ecografía H.M.I.G.U
 Dra. Ana Lucy Terán - Ginecóloga Obstetra, Consultorio Infante Juvenil H.M.I.G.U

RESUMEN

Se describe un caso de tabique vaginal transverso en una niña de 12 años de edad, remitida de un hospital periférico de la ciudad, refiere amenorrea primaria. Internada en el Hospital Materno Infantil "German Urquidí", una vez efectuado el diagnóstico de la anomalía, se interviene quirúrgicamente según la operación descrita por Warton. El seguimiento se logra hasta 3 meses del postoperatorio. El tabique vaginal transverso es una de las anomalías más raras del tracto reproductivo. Se debe realizar diagnóstico diferencial con el himen imperforado y la agenesia vaginal. La evaluación preoperatoria incluye ecografía abdominal, transperineal y transrectal. Este tipo de pacientes ameritan seguimiento a largo plazo.

PALABRAS CLAVES: Tabique vaginal transverso, malformaciones vaginales congénitas

SUMMARY

A case of transverse vaginal septum is described in a 12 year-old girl, remitted of an outlying hospital of the city, refers primary amenorrhea. Interned in the Hospital Maternal Infantil "German Urquidí", once made the diagnosis of the anomaly, intervenes surgically according to the operation described by Warton. The pursuit is achieved until 3 months of the postoperative one. The transverse vaginal septum is one of the strangest anomalies in the reproductive tract. Differential diagnosis should be carried out with the hymen imperforate and the vaginal agenesis. The evaluation preoperative

includes abdominal ecographic, transperineal and transrectal. This type of patient need long term pursuit.

KEY WORDS: Transverse Vaginal septum, congenital vaginal malformations

INTRODUCCIÓN

Desarrollo de conductos genitales femeninos.

En los embriones que carecen de cromosoma Y, los conductos paramesonefricos forman la mayor parte del tubo genital femenino. Las partes craneales crean los tubos uterinos, y las caudales se funden para formar el primordio uterovaginal que se transformará en útero y parte de la vagina. El contacto del primordio uterovaginal con los senos urogenitales, induce la formación de los bulbos sinovaginales. Estos se fusionan para formar una placa vaginal sólida, las células centrales de esta placa pronto se rompen y producen la cavidad de la vagina (3)

Tabiques vaginales. En los tabiques vaginales existe falta de fusión y de canalización del tubérculo Mülleriano con el bulbo sinovaginal. (Gráfico 1) El tabique vaginal transverso (TVT) es una de las anomalías más raras del tracto reproductivo, la incidencia exacta se desconoce. Su descripción inicial fue hecha por Delauney en 1877, y desde entonces pocos casos han sido publicados (1). Tiene una frecuencia aproximada de 1/70.000 pacientes ginecológicas Brenner encontró un caso

en 72.000, Wenof publica 2 casos entre 168.000, sin embargo, Lodi quien se dedica a malformaciones congénitas, encuentra una frecuencia de 1/2100 pacientes (1, 4)

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. (4)

Existen varias clasificaciones de malformaciones congénitas, una de ellas, la de Spencer y Levy describe al caso clínico que se presenta como: Tipo II obstrucción media, membrana vaginal transversa media. (5) (Gráfico 2)

El TVT por la falta de canalización de los tejidos del bulbo sinovaginal divide a la vagina en 2 segmentos, proximal y distal, reduce su largo funcional y obstruye parcial o totalmente la salida del flujo menstrual. (4)

Etiología. Su causa es desconocida, podría involucrar una transmisión autosómica recesiva, ya que se han descrito casos familiares. El TVT se presenta usualmente como una anomalía congénita no asociada a malformación urológica, al contrario de lo que ocurre con el tabique vaginal longitudinal. El TVT se puede asociar a otras anomalías estructurales como: coartación de la aorta, defectos del septum interauricular, malformación de la espina lumbar o ano imperforado. El diagnóstico diferencial del TVT es con el himen imperforado y la agenesia vaginal. (2)

Síntomas. Respecto a las formas de presentación

clínica, dependerá de la edad en que se manifieste; en neonatos, 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 (6)

Si es completo se manifiesta con amenorrea primaria en 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 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. (7) (Gráfico 3)

La evaluación preoperatoria incluye ecografía abdominal, transperineal y/o transrectal, o resonancia magnética nuclear para ver la ubicación y ancho del tabique y evaluar otras anomalías asociadas.(7)

REPORTE DEL CASO

Paciente de 12 años de edad que ingresa al servicio de admisión del Hospital Materno Infantil "German

Urquidi", cuyo motivo de consulta fue dolor abdominal y amenorrea primaria, refiere como antecedentes, que 4 meses atrás fue intervenida quirúrgicamente en hospital periférico bajo el diagnóstico de abdomen agudo, apendicitis y un quiste hemorrágico de ovario izquierdo, se realiza apendicectomía y extirpación de quiste, de este, es referida a la Maternidad German Urquidi por encontrar en el transopertorio, útero aumentado de volumen y la vagina según se describe, con una profundidad de 3 cm., termina en un tabique que imposibilita visualizar cervix. En estas condiciones, la paciente refiere dolor lumbar que se irradia a hipogastrio y fosas iliacas, de tipo espasmódico, intermitente de moderada intensidad, además de disuria, náuseas y malestar general. Refiere ausencia de ciclos menstruales.

Al examen físico, regular estado general, peso 39 Kg., talla 1.42 cm., glándulas mamarias etapa 3 de Tanner. Abdomen con cicatriz quirúrgica paramediana derecha infraumbilical de unos 6 cm., doloroso en hipogastrio donde se palpa masa de 6x5 cm lateralizada, de contornos regulares, consistencia firme sin adherencias a planos profundos. Puño percusión positiva bilateral. Genitales con vello púbico etapa 2 de Tanner, labios mayores cubren introito vaginal, labios menores pequeños. Al tacto se despierta dolor e imposibilidad de realizar este examen.

En salas se realiza un protocolo de diagnóstico clínico y ecográfico, solicitando los auxiliares preoperatorios de laboratorio y gabinete. La ecografía transabdominal transperineal y transrectal corroboran el diagnóstico clínico, describiendo hematocolpos, tabique vaginal transverso en tercio distal de vagina (Gráfico 4).

Se solicitan valoración preoperatoria al servicio de

anestesiología, valoración y apoyo por psicología, consentimiento informado firmado por la madre. Se programa cirugía una vez completados los requisitos preoperatorios de la maternidad.

Intervención quirúrgica

Se realiza operación descrita por Warton para disección de tabique vaginal, colocando una sonda Foley como guía uretral y una jeringa plástica como guía rectal, la dificultad de abordar el tabique para su resección obliga a realizar una episiotomía media lateral derecha ampliando el campo quirúrgico, además de necesitar apoyo de ecografía abdominal transoperatoria para de esta manera, visualizar y disecar completamente el tabique evitando lesionar estructuras adyacentes, este mide aproximadamente 2 cm. está fibrotico y vascularizado (Gráfico 5).

Una vez visualizada la membrana que recubre al hematocolpos, se incide y drena un material sanguinolento, mucilaginoso, espeso en más o menos 150 cc. (Gráfico 6).

Se realiza lavado de cavidad abierta con solución fisiológica, se localiza cervix pequeño lateralizado. Se procede finalmente con la plastia vaginal y en el espacio neoformado se coloca un molde vaginal con una sonda Foley dentro de un preservativo que se insufla con solución fisiológica, se hace episiorrafia, se corrobora hemostasia y se concluye el acto quirúrgico. (Gráfico 7).

El tercer día postoperatorio, se realizan controles ecográficos, que muestran adecuada recanalización vaginal (Gráfico 8).

El postoperatorio es de evolución favorable permaneciendo con la prótesis adaptada a vagina para evitar estenosis. Es dada, de alta, enseñando

a la paciente a realizar dilataciones vaginales con una botellita plástica adaptada al diámetro vaginal, e indicación de retornar a consulta externa, donde acude hasta el tercer mes; posteriormente no retorna, imposibilitando su seguimiento y estudio de otras posibles malformaciones asociadas al tabique vaginal transverso.

DISCUSIÓN

El tabique vaginal transverso si bien es una patología poco frecuente, requiere tenerse en mente, diagnosticarla y tratarla oportunamente para evitar complicaciones y secuelas definitivas, como la endometriosis, adherencias pélvicas o daño irreparable de las trompas, esterilidad.(6)

Debemos sospechar de esta anomalía frente a una paciente que ha alcanzado desarrollo puberal completo y que cursa con amenorrea primaria y dolor pélvico cíclico o progresivo, tal como ocurrió en el caso presentado.

Al examen físico el encontrar un abdomen doloroso, y 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 permite detectar la presencia de un tabique y/o de una tumoración, que puede extenderse desde la pelvis al abdomen. Completamos el estudio con exámenes de ecografía pélvica, transperineal y/o transrectal (5). Es importante el diagnóstico diferencial con himen imperforado donde existe abombamiento en el introito y con el síndrome de Rokitanski, por la presencia de dolor y tumoración abdominopélvica (7). Para debridar el tabique y llegar hasta el hematocolpos se recurrió a la operación de Warton, que consiste en una disección del espacio que hay entre la vejiga y el recto (guiándose con sonda

vesical y guía rectal) y en el espacio neoformado se introduce un molde vaginal.

La práctica quirúrgica en nuestro hospital no es frecuente en este tipo de anomalías, por lo que la dificultad para disecar el tabique fue grande, necesitando apoyo ecográfico transoperatorio para visualizar e identificar adecuadamente las estructuras anatómicas.

Para el manejo postoperatorio se recomiendan dilataciones periódicas evitando la estenosis vaginal, estas se realizaron semanalmente adaptando una botellita plástica al calibre de la vagina. El seguimiento de la paciente fue exitoso hasta tres meses después de la cirugía, presentando periodos menstruales eumenorreicos. Fundamental para el éxito del manejo de esta paciente fue el trabajo en equipo de especialistas del Hospital Materno Infantil "German Urquidí"

BIBLIOGRAFÍA

1. Bustos P. Smirnow M. Tabique vaginal transverso y atresia vaginal. Rev. Chil. Obstet Ginecol 2003; 68(3): 229-234
2. G. Castillo Cordova, M García Manero Protocolo diagnóstico de amenorrea. Departamento de Ginecología Universidad de Navarra. Rev. Medicina Vol. 08, N° 81 p. 4357-4365 Sep 2002
3. Langman. Embriología Médica. T.W. Sadler. Ed Panamericana 7ma edición. 1993. Pág. 255-291 Aparato Urogenital.
4. Anomalías Mullerianas, Revisión. Rev. MED 15(2): 251-260, 2007
5. Perera AJ, Perez M. Conducta en las aplasias y displasias de vagina. Artículo de Revisión. Arch. Venezolanas de pediatría. Vol. 64 N°1 Enero-Marzo 2001
6. Organización Panamericana de la Salud. Normas diagnósticas y terapéuticas en ginecología infanto juvenil. Serie Paltex N° 26, 1992, ISBN 92 75 71036 8
7. Diagnóstico de Amenorrea. M.A. Gomez Marcos, L. García Ortiz Univ. Salamanca

Gráfico 1. Tabiques Vaginales

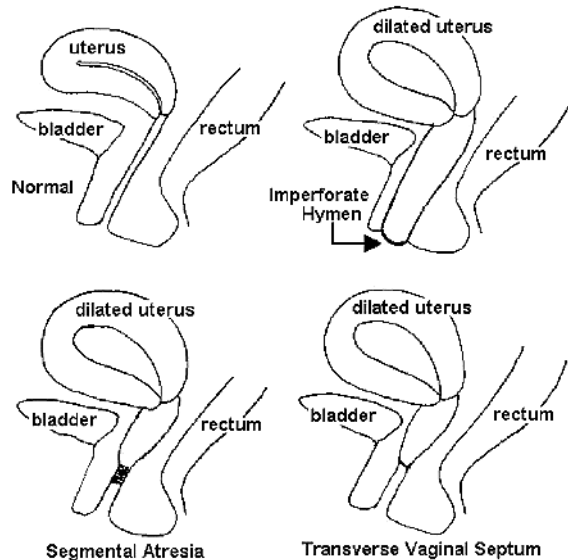
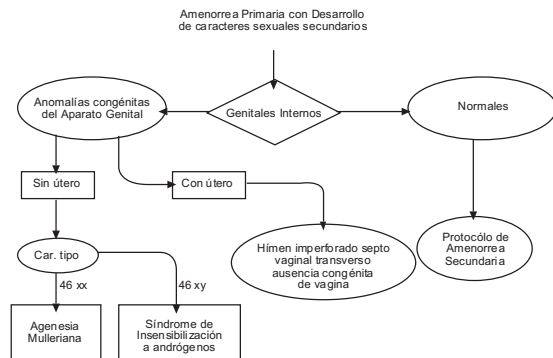


Gráfico 2. Clasificación de Spencer y Levy

MALFORMACIONES DE LA PLACA VAGINAL	
Tipo I	OBSTRUCCIÓN BAJA: HIMEN IMPERFORADO
Tipo II	OBSTRUCCIÓN MEDIA: MEMBRANA VAGINAL TRANSVERSA MEDIA
Tipo III	OBSTRUCCIÓN ALTA: ATRESIA VAGINAL
Tipo IV	HIDRO MUCO HEMATO COLPOS, PERSISTENCIA SENO UROGENITAL
Tipo V	HIDRO MUCO HEMATO COLPOS, PERSISTENCIA SENO UROGENITAL Y MALFORMACIÓN ANO RECTAL

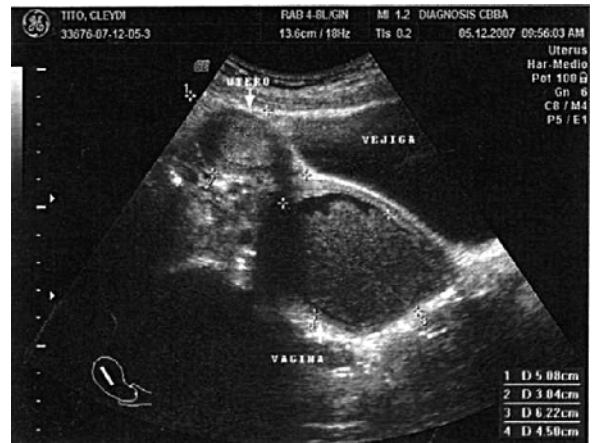
Modificado de Conducta en las aplasias y displasias de vagina.
Vol. 64 N° 1

Gráfico 3. Esquema diagnóstico de amenorrea primaria



Diagnóstico de Amenorrea. M.A. Gomez Marcos, L.García Ortiz
Univ Salamanca

Gráfico 4. Diagnóstico ecográfico preoperatorio



Ecografía abdominal y transrectal: Vejiga distendida con paredes finas contenido hipoecoico homogéneo. Vagina cavidad distendida 6.2x4.50 cm. Ecografía transrectal: Vagina acortada en su tercio distal por presencia de tabique irregular, espesor 14 mm, 2/3 posteriores con paredes finas, regulares con pliegues, ocupado por material homogéneo de +/- 80 cc. Útero: 5.08x3.04x3.73 cm. Endometrio: engrosado. Diagnóstico: Hematocolpos. Tabique vaginal transverso en tercio distal

Gráfico 5. Disección del espacio que hay entre la vejiga y el recto guiándose con sonda vesical y guía rectal.

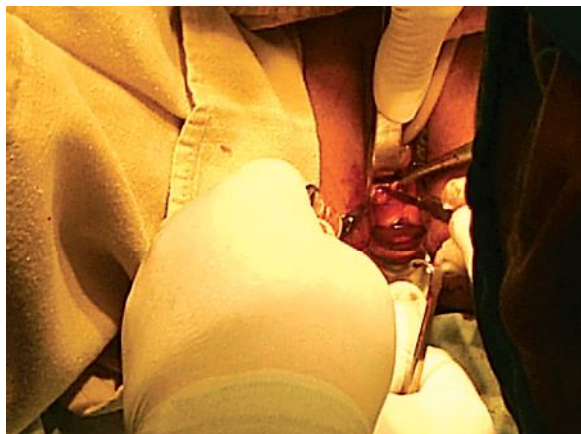


Gráfico 6. Drenaje de hematocolpos +/- 150 cc. material sanguinolento espeso y mucilaginoso

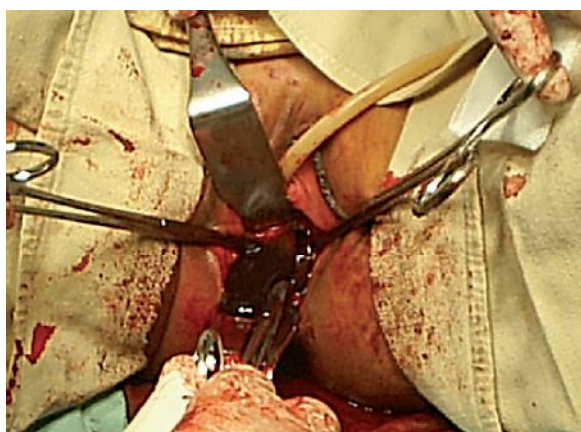
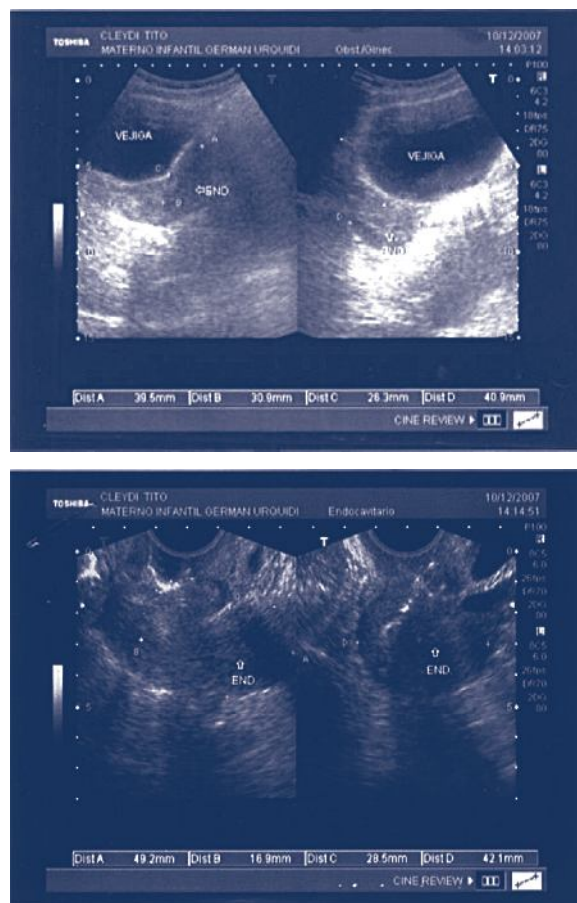


Gráfico 7. Plastia vaginal y en el espacio neoformado se coloca un molde vaginal con una sonda Foley dentro de un preservativo que se insufla con solución fisiológica.



Gráfico 8. Control ecográfico postoperatorio



Ecografías abdominal y transvaginal post operatorio:
Vagina paredes edematizadas por recanalización quirúrgica. Útero: AVF 50x26x41 mm. ecotextura homogénea. Endometrio: Tipo 0 lineal. Cervix: Voluminoso, heterogéneo.
Diagnóstico: Control posquirúrgico normal, con recanalización de vagina