



## Tabique vaginal transverso superior parcial y embarazo

Esperanza Bautista Gómez,\* Víctor Morales-García,\*\* Ana Luisa Flores-Romero,\*\*\* Noel Pizarro Osorno,\*\*\* Abner Velásquez-Valdivia\*\*\*\*

### RESUMEN

El tabique vaginal transverso es una malformación mülleriana que resulta de una falla en la fusión o canalización del seno urogenital y de los conductos müllerianos. Puede causar hematocolpos, dispareunia e infertilidad en pacientes adultas. En algunos casos se asocia con otras malformaciones congénitas, como la coartación de la aorta o defectos del septo interauricular. Se reporta el caso de una paciente con embarazo de 39 semanas de gestación y trabajo de parto, en la que se identificó el tabique vaginal transverso parcial en la exploración vaginal. Se practicó una cesárea sin complicaciones. Se diagnosticó comunicación interauricular por soplo cardíaco. Se decidió tratar el tabique vaginal transverso al término del puerperio. La paciente salió del hospital por adecuada respuesta al tratamiento.

**Palabras clave:** tabique vaginal transverso, malformaciones müllerianas, malformaciones vaginales.

### ABSTRACT

Transverse vaginal septum is a congenital Müllerian malformation resulting from a failure of the fusion or canalization of the urogenital sinus and the Müllerian ducts. It may cause hematocolpos, dyspareunia and infertility in adult patients. In some cases, it is associated with congenital malformations such as coarctation of the aorta or atrial septal defects. A case of a transverse vaginal septum identified during a vaginal check-up of a 39-week pregnant patient during labour is reported. A cesarean surgery was performed with no complications. Septal defect was diagnosed due to heart murmur. It was decided to treat the transverse vaginal septum as soon as the puerperium was over. The patient left the hospital after proper response to treatment.

**Key words:** Transverse vaginal septum, Müllerian malformations, vaginal malformations.

### RÉSUMÉ

La cloison vaginale transversale est une malformation müllerienne qui résulte d'un échec de la fusion ou la canalisation du sein urogénital et des pipelines müllerianos. Peut causer hematocolpos, dispareunia e infertilité chez les patients adultes. Dans certains cas s'associe avec d'autres malformations congénitales, comme l'étouffement la aorta ou défauts du septo interauriculaire. On signale le cas d'un patient avec grossesse 39 semaines de gestation et travail d'accouchement, qui a identifié la cloison vaginale transversale partielle dans l'exploration vaginale. On a pratiqué une césarienne sans complications. On avait diagnostiqué communication interauriculaire par souffle cardiaque. Il a été décidé traiter la cloison vaginale transversale au terme du post-partum. La patiente a quitté l'hôpital par une réponse appropriée au traitement.

**Mots clés:** cloison vaginale transversale, malformations müllerianas, malformations vaginales.

### RESUMO

O septo vaginal transverso é uma malformação anti-mülleriano resultante de uma falha na fusão ou direcionamento do seio urogenital e passagens müllerianos. Pode causar hematocolpos, dispareunia e infertilidade em pacientes adultos. Em alguns casos, ela está associada a outras malformações congênitas, tais como coarctação da aorta ou defeitos do septo interatrial. É relatado o caso de um paciente com gravidez de 39 semanas de gestação e parto, identificou o parcial no septo vaginal transverso vaginal. A cesariana é prática sem complicações. Comunicação interatrial foi diagnosticada por soplo cardíaco. A Comissão decidiu tratar o septo vaginal transverso no final do puerperio. O paciente deixou o hospital para resposta adequada ao tratamento.

**Palavras-chave:** septo vaginal transverso, malformações müllerianas, malformaciones vaginais.

El tabique vaginal transverso es una de las anomalías congénitas más raras del aparato reproductor. Se asocia con herencia autosómica recesiva.<sup>1</sup> Es un defecto congénito que resulta de la falla en la fusión o canalización del seno urogenital y de los conductos müllerianos. Ocurre aproximadamente en 1 de cada 30,000 a 1 en cada 80,000 mujeres.<sup>1</sup> Estos tabiques pueden alojarse en varios sitios de la vagina; aproximadamente 46% se encuentran en el tercio superior, 35 a 40% en el tercio medio y 15 a 20% en el tercio inferior.<sup>2,3</sup> Generalmente, los tabiques son de menos de 1 cm de grosor con una perforación central o excéntrica. Pueden dividir a la vagina en dos segmentos, proximal y distal, reducir su longitud funcional y obstruir parcial o totalmente la salida del flujo menstrual.

El cuadro clínico de las pacientes con tabique vaginal transverso varía, dependiendo de si el tabique es parcial o completo. Si es completo, las manifestaciones clínicas en recién nacidas son: hidromucocolpos o hidrometrocolpos por la secreción de glándulas cervicales y uterinas debida a la estimulación estrogénica materna, lo que en algunas ocasiones puede generar un defecto de masa con compresión de órganos, como: uréteres, recto, vena cava, y llegar incluso a poner en riesgo la vida.<sup>4</sup> En pacientes adolescentes, las manifestaciones clínicas son: dolor pélvico cíclico, hematocolpos, piohematocolpos o hematosalpinx, debido a una infección ascendente a través de una perforación pequeña. En las mujeres adultas: dispareunia, dismenorrea e infertilidad. El tabique vaginal transverso puede asociarse con una serie de malformaciones congénitas como la coartación de la aorta, defectos del septo

interauricular, malformaciones de las espinas lumbares y ano imperforado.<sup>5</sup> En la exploración física, los genitales externos son normales y puede palparse una masa en la exploración rectoabdominal.

El tabique vaginal incompleto es asintomático en 24% de las pacientes, pero puede identificarse con descarga vaginal de mal olor, dismenorrea, irregularidades menstruales, dispareunia, distocia de tejidos blandos en el parto o la infertilidad; en algunos casos no es posible mantener relaciones sexuales.<sup>6</sup>

El ultrasonido o la resonancia magnética ayudan a definir la localización y el grosor del tabique y a distinguir entre un septo y la ausencia congénita del cuello uterino.<sup>7</sup>

Un tabique pequeño puede resecarse y practicarse después una anastomosis término-terminal de la mucosa superior e inferior de la vagina. Un tabique grueso es más difícil de resecar y reparar. El uso preoperatorio de un dilatador vaginal puede adelgazar el septo y facilitar la reanastomosis.

Presentamos un caso clínico de tabique vaginal transverso superior diagnosticado al momento del parto.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 19 años, sin antecedentes hereditarios o patológicos de importancia, con menarquía a los 12 años. Reportó ciclos de 28 × 5, dismenorrea en ocasiones incapacitante, inicio de la vida sexual a los 17 años y dos parejas sexuales, dispareunia y sensación previa de tener una vagina pequeña que fue desapareciendo con la actividad sexual. No se había practicado prueba de Papanicolaou. Acudió al hospital en su primer embarazo. Tenía 39 semanas de gestación y actividad uterina regular; el control prenatal en su centro de salud no había identificado complicaciones.

En la exploración física se identificó *facies* dolorosa, estado cardiopulmonar con ruidos cardiacos rítmicos de buen tono y frecuencia, con soplo holosistólico, abdomen globoso a expensas del útero gestante, con un fondo uterino a 33 cm del borde superior de la sínfisis púbica, feto único vivo con frecuencia cardiaca de 145 latidos por minuto. En la exploración genital se identificaron genitales externos normales (Figura 1). En el tacto vaginal no se logró palpar el cuello uterino, por lo que se realizó una especuloscopia en la que se observó una vagina corta de 5 cm, aproximadamente, y el tabique transverso superior parcial; no era posible visualizar el cuello debido a una

\* Uroginecóloga. Clínica Naissance Oaxaca. Oaxaca, México.

\*\* Ginecoobstetra. Jefe del servicio de Ginecología. Hospital General Civil Aurelio Valdivieso. Oaxaca, Oax., México.

\*\*\* Residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Civil Aurelio Valdivieso. Oaxaca, Oax., México.

Correspondencia: Dra. Esperanza Bautista Gómez. Colegio Militar 911, colonia Reforma, Oaxaca, Oax. México. Correo electrónico: espejoba77@hotmail.com

Recibido: 29 de mayo 2012. Aceptado: 14 de junio 2012.

Este artículo debe citarse como: Bautista-Gómez E, Morales-García V, Flores-Romero AL, Pizarro-Orsorno N, Velásquez-Valdivia A. El tabique vaginal transverso superior parcial y embarazo. Ginecol Obstet Mex 2012;80(7):487-490.



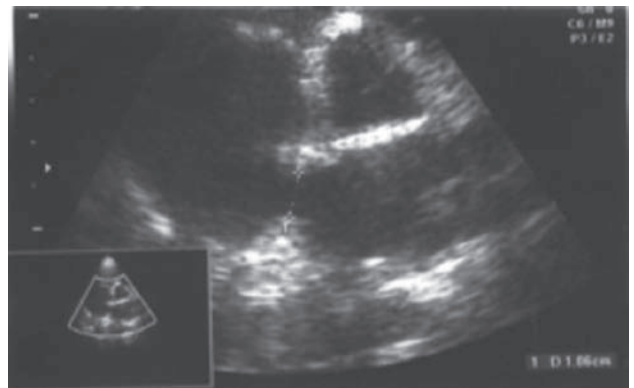
**Figura 1.** Aspecto de los genitales externos.

criba de 2 mm (Figuras 2 y 3). Se decidió interrumpir el embarazo vía abdominal por distocia de partes blandas; no hubo complicaciones.

Durante el puerperio, el servicio de Cardiología atendió a la paciente por soplo cardiaco; se realizó un ecocardiograma (Figura 4) y se diagnosticó comunicación interauricular de 10 mm. La paciente negó haber tenido síntomas cardiacos antes o durante su embarazo. Se realizó un ultrasonido pélvico y otro endovaginal en el tercer día del puerperio; en el primero se identificó el tabique transversal en el tercio superior de la vagina (Figura 5), y en el segundo, el tabique vaginal superior transversal con una criba de 2 mm de diámetro (Figura 6). La paciente salió del servicio de Obstetricia con adecuada recuperación.



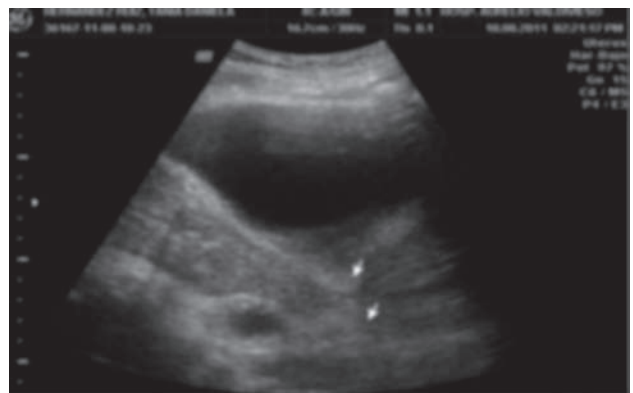
**Figura 3.** Se visualiza el fondo de saco y un pequeño orificio, pero no el cuello uterino.



**Figura 4.** Ecocardiograma. Se logra visualizar un defecto interauricular.



**Figura 2.** Especuloscopia.



**Figura 5.** Ultrasonido pélvico.



Figura 6. Ultrasonido endovaginal.

Se decidió el tratamiento quirúrgico para la resección del tabique al término del puerperio y también programar una cita en el servicio de Cardiología.

## DISCUSIÓN

Los septos vaginales transversos pueden localizarse en cualquier parte de la vagina, pero con mayor frecuencia en el tercio superior y medio. Se desconoce su etiología, pero se habla de una transmisión autosómica recesiva. Es común que los tabiques parcial o completo sean causa de esterilidad. Se reportan muy pocos casos de embarazo con tabique transverso.

La corrección quirúrgica del septo transverso debe ser cuidadosamente planeada para evitar complicaciones posquirúrgicas, como la estenosis vaginal y la reobstrucción, especialmente cuando el tabique es grueso.<sup>2</sup>

En el caso de nuestra paciente, el diagnóstico de tabique transverso se hizo durante el trabajo de parto como resultado de la exploración física. La paciente no reportó antecedentes de hematocolpos, pero al interrogarla acerca de sus antecedentes ginecológicos, reconoció haber padecido dispareunia y dismenorrea. Es importante también el

diagnóstico de comunicación interauricular, porque las malformaciones müllerinas se asocian con alteraciones cardíacas. A pesar que en el caso de nuestra paciente hasta el momento no se había presentado ninguna manifestación clínica, valoraremos posteriormente la necesidad de resección, porque se asocia con infecciones vaginales, hematocolpos y dolor pélvico agudo.

## CONCLUSIONES

Es importante que el interrogatorio y la exploración física sean minuciosos en cada paciente que acuda por vez primera a consulta con un cuadro ginecológico u obstétrico, para que puedan detectarse las alteraciones del aparato genitourinario, se eviten complicaciones y se traten las patologías corregibles de manera quirúrgica o conservadora.

## REFERENCIAS

1. Wierrani F, Bodner K, Spangler. "Z" plasty of the transverse vaginal septum using Garcia's procedure and the Grünberger modification. *Fertility and sterility* 2003;79(3):608-612.
2. Nichols JL, Bieber EJ, and Gell JS. Secondary amenorrhea attributed to occlusion of microperforate transverse vaginal septum. *Fertility and Sterility* 2010;94(1):351.
3. Gezgin K, Yazici F, Karatayl R, Acar A. A new technique for the treatment of transverse vaginal septum by foley catheter. *J Pediatric and adolescent gynecology* 2011;24:322-325.
4. Beyth Y, Klein Z, Weinstein S, and Tepper R. Thick Transverse vaginal septum: expectant management followed by surgery. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17:379-381.
5. Ashtond D, Amin HK, Richar RM, Neuwirth RS. The incidence of asymptomatic uterine anomalies in women undergoing transcervical tubal sterilization. *Obstet Gynecol* 1988;26:72:28.
6. Raga F, Bauset C, Remohi J. Reproductive impact of congenital Müllerian anomalies. *Human Reprod* 1997;12:2277.
7. Joelle D, Sunil P, Watson D and Grover S. Laparoscopic drainage of hematocolpos: a new treatment option for the acute management of a transverse vaginal septum. *Fertility and Sterility* 2010; 94(5):1853-1858.