



Amenorrea primaria por tabique transverso vaginal inferior: reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Alba Citlalli González-Zárate¹
Jaime Velásquez-Mamani²

¹ Médico residente de cuarto año, servicio de Ginecología y Obstetricia.

² Ginecoobstetra, jefe del servicio de Ginecología. Hospital General Huajuapán de León, Oaxaca, México.

RESUMEN

El tabique vaginal transverso es una de las anomalías más raras del aparato reproductor, que se clasifican según de ubicación. Sus síntomas son: amenorrea primaria, dolor cíclico y formación tumoral de crecimiento progresivo en el espacio abdominopélvico. El ultrasonido y la resonancia magnética establecen el diagnóstico, la ubicación y el grosor del tabique vaginal transversal. El tratamiento es quirúrgico. Se comunica el caso de una adolescente con amenorrea primaria por tabique vaginal transverso inferior, tratada con resección quirúrgica y seguimiento posterior satisfactorio, con permeabilidad vaginal exitosa.

Palabras clave: amenorrea primaria, anomalías de la vagina, tabique vaginal transverso.

Primary amenorrhea by transverse vaginal septum: A case report and review of the literature

ABSTRACT

The transverse vaginal septum is one of the rarest anomalies of the reproductive tract classified depending on location. It is manifested by primary amenorrhea, cyclic pain and progressive mass growth at abdominopelvic level, ultrasound and magnetic resonance imaging provides the diagnosis, location and thickness of a transverse vaginal septum, treatment is surgical. We present a case of a teenage patient with primary amenorrhea due to lower transverse vaginal septum with surgical resection and satisfactory follow-up with successful vaginal patency.

Key words: primary amenorrhea, vaginal anomalies, transverse vaginal septum.

Recibido: diciembre 2013

Aceptado: enero 2014

Correspondencia:

Dra. Alba Citlalli González Zárate
Segunda privada de Tabachines 12
71228 San Francisco Tutla, Santa Lucía del Camino,
Oaxaca, Oax, México
alba.glz@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

González-Zárate AC, Velásquez-Mamani J. Amenorrea primaria por tabique transverso vaginal inferior: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2014;82:623-626.

ANTECEDENTES

El tabique vaginal transversal se origina durante la embriogénesis, por falta de fusión o canalización del seno urogenital y de los conductos de Müller, ocurre en aproximadamente 1 de cada 30,000 a 80,000 mujeres.¹

Su etiología se desconoce, aunque algunos autores lo asocian con un patrón de herencia autosómica recesiva limitado al sexo femenino. Esos tabiques pueden encontrarse en diferentes sitios aledaños a la vagina; aproximadamente 46% se ubican en la parte superior de la vagina, 35-40% en la porción media y 15-20% en la parte inferior.²

Los septos suelen tener un espesor menor a 1 centímetro, frecuentemente con una pequeña perforación o fístula central o excéntrica. Cuanto más grueso es el tabique, más cerca se ubicará del cuello uterino.³

El diagnóstico se sospecha en adolescentes con amenorrea primaria, dolor cíclico y crecimiento gradual de una formación tumoral en el hipogastrio. Las manifestaciones clínicas son secundarias a la compresión de la formación tumoral (hematocolpos, hematómetra) en contra de los órganos vecinos, como desplazamiento hacia delante de la vejiga, uréteres hacia los costados y formación de hidrouréteres e hidronefrosis, compresión del recto que ocasiona estreñimiento e, incluso, obstrucción intestinal. Algunos casos se acompañan de una pequeña fístula del tabique con piohematómetra por infección ascendente. En la exploración rectal se palpa una formación tumoral alrededor de la parte anterior del recto.

Los genitales externos parecen normales, pero internamente la vagina está disminuida de tamaño, con obstrucción parcial o total. Las lactantes pueden tener mucocolpos.

Las anomalías congénitas asociadas son del aparato urinario, coartación aórtica, defecto del tabique interauricular y malformaciones de la columna lumbar.

El ultrasonido transperineal, transrectal, abdominal y la resonancia magnética establecen el diagnóstico, determinan la ubicación del tabique, su grosor y hacen la diferencia entre un tabique alto y la ausencia congénita del cuello del útero.^{4,5}

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. Las opciones técnicas son: incisión sencilla, escisión quirúrgica del tabique seguida por aproximación de las partes correspondientes de los bordes cortados transversalmente de las membranas mucosas superior e inferior del tabique y el uso de z-plastias de la mucosa vaginal, para prevenir la formación de cicatrices en la circunferencia.⁶ La complicación más común es la estenosis vaginal en el sitio de la resección.

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. El diagnóstico diferencial se establece con himen imperforado.^{7,8}

CASO CLINICO

Paciente de 16 años de edad, virgen, sin antecedente de importancia. Acudió a consulta debido a dolor abdominal en el hipogastrio de leve intensidad, de un mes de evolución. Una semana antes de acudir a consulta el dolor se



intensificó y acompañó de astenia, adinamia, náusea, estreñimiento y dolor lumbar. A la exploración física se encontró hemodinámicamente estable, las glándulas mamarias en estadio 3 de Tanner. El abdomen no tenía datos de irritación peritoneal, en el hipogastrio se palpó un tumor de contornos regulares de 9 x 4 cm, móvil, doloroso a la palpación. Los genitales se encontraron en estadio 2 de Tanner. En el tacto la vagina se encontró obstruida. En la especuloscopia la vagina midió 3 cm, en el resto de la exploración todo se encontró normal. (Figura 1)

La valoración sérica de la hormona luteinizante y folículo estimulante se encontró dentro de parámetros normales. El ultrasonido pélvico reportó que el útero se encontraba en antroversión 9 x 6 x 5 cm, útero y vagina distendidos, con imágenes anecoicas en su interior, vagina de 7 x 4 cm, ecos mixtos sugerentes de líquido libre y anexos normales. (Figura 2) Se descartaron las anomalías del aparato urinario, cardiopatías y malformaciones de la columna lumbar.

Se realizó la escisión quirúrgica del tabique transversal vaginal inferior, seguida por aproxi-



Figura 1. Vagina obstruida.

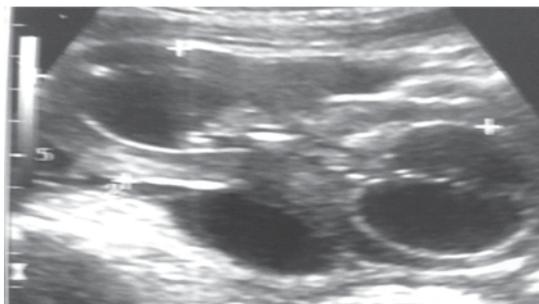


Figura 2. Útero y vagina distendidos, con imágenes anecoicas en su interior.

mación de las partes correspondientes de los bordes cortados transversalmente de las membranas mucosas superior e inferior del tabique. (Figuras 3 y 4)

DISCUSIÓN

Como parte del protocolo integral para pacientes con amenorrea primaria y caracteres sexuales secundarios se realizaron: la historia clínica, exploración física, valoración de la obstrucción del canal vaginal. Con el ultrasonido pélvico se determinó la ausencia o presencia de útero. En nuestro caso, la paciente se valoró



Figura 3. Escisión quirúrgica del tabique transversal vaginal inferior.

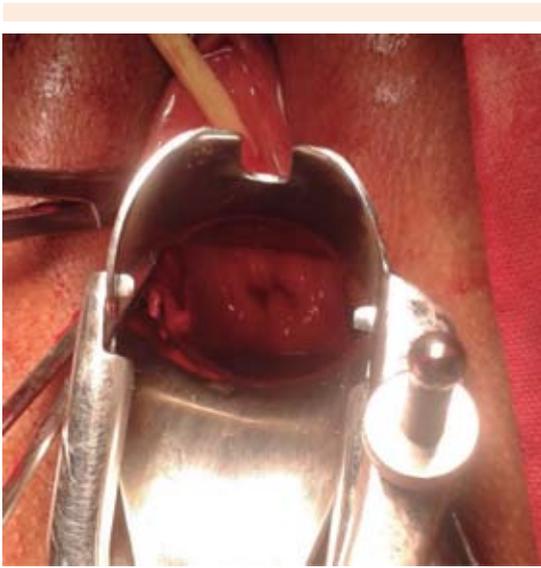


Figura 4. Vagina con diámetro normal, cérvix normal.

con obstrucción total de la vagina. Por clínica se descartó himen imperforado. El ultrasonido pélvico demostró la existencia del útero y sus anexos, con imágenes sugerentes de hematocolpos, hematómetra y hemoperitoneo. Se estableció el diagnóstico de tabique transverso vaginal inferior, que es una anomalía del seno urogenital. El tratamiento es la corrección

quirúrgica para la permeabilización de la vagina, reducir las manifestaciones clínicas de crecimiento progresivo de hematocolpos y hematómetra, vida sexual y función reproductora. El uso de un molde vaginal y el seguimiento posterior son decisivos para alcanzar el éxito quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Rock JA, Azziz R. Genital anomalies in childhood. *Clin Obstet Gynecol* 1987;30:682.
2. LODI A. Clinical and statistical study on vaginal malformations at the Obstetrical and Gynecological Clinic in Milano, 1906-1950. *Ann Ostet Ginecol* 1951;73:1246.
3. Suidan FG, Azoury RS. The transverse vaginal septum: a clinic pathologic evaluation. *Obstet Gynecol* 1979;54:278.
4. Lang IM, Babyn P, Oliver GD. MR imaging of paediatric uterovaginal anomalies. *Pediatr Radiol* 1999;29:163-170.
5. Casey A, Laufer M. Cervical agenesis: septic death after surgery. *Obstet Gynecol* 1997;90:706-707.
6. Beyth Y, Klein Z, Weinstein S, Tepper R. Thick transverse vaginal septum: expectant management followed by surgery. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17:379-381.
7. Bijsterveldt C, Willemsen W. Treatment of patients with a congenital transversal vaginal septum or a partial aplasia of the vagina: the vaginal pull-through versus the push-through technique. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009;22:157-161.
8. Garcia RF. Z-plasty for correction of congenital transverse vaginal septum. *Am J Obstet Gynecol* 1967;99:1164.