



Septo vaginal transverso medio: parto postcorrección quirúrgica y dilatación vaginal durante el embarazo en un caso con aborto previo

Middle transverse vaginal septum: Vaginal delivery after surgical correction and vaginal dilation during pregnancy in a case with previous abortion.

Nayara López-Carpintero, Marina Martínez-Shaw, Carola Medina-Garrido, Álvaro Alvir-Álvaro

Resumen

ANTECEDENTES: El septo vaginal transverso es un defecto raro de la embriogénesis vaginal asociado con infertilidad, complicaciones obstétricas y recurrencia. Los casos de parto después de la corrección quirúrgica son escasos.

OBJETIVO: Describir un caso de embarazo en el posoperatorio temprano que culminó en parto luego de una dilatación vaginal durante el embarazo.

CASO CLÍNICO: Paciente con hallazgo de un septo vaginal transverso durante el diagnóstico de un aborto. Se practicó un legrado por aspiración, a través de la fenes-tración del tabique y, posteriormente, una plastia en doble cruz 12 semanas después. La intervención se programó luego de la confirmación del diagnóstico mediante ecografía y resonancia magnética. En el posoperatorio temprano, la paciente quedó embarazada y se llevó a cabo un seguimiento estrecho, con adiestramiento para la dilatación vaginal. El embarazo finalizó mediante parto, sin recidivas.

CONCLUSIÓN: La plastia programada con la dilatación vaginal constante, junto con el propio embarazo, puede disminuir las complicaciones asociadas con el septo vaginal transverso.

PALABRAS CLAVE: Vagina; embriogénesis vaginal; embarazo; periodo posoperatorio; aborto; dilatación; estudios de seguimiento; ultrasonografía.

Abstract

BACKGROUND: The transverse vaginal septum is a rare failure of vaginal embryogenesis. It has been associated with infertility, obstetric complications and recurrence. Cases of vaginal delivery after surgery are scarce.

OBJECTIVE: To describe a case of gestation in the early postoperative period which culminates in vaginal delivery after vaginal dilation during pregnancy.

CLINICAL CASE: A transverse vaginal septum was incidentally found in the patient during the diagnosis of an abortion. An aspiration curettage was carried out through the fenestration of the septum, performing a double-cross plasty 12 weeks later. Surgery was scheduled after diagnostic confirmation by ultrasound and Magnetic Resonance Imaging. In the early postoperative period, the patient got pregnant again, carrying out a close follow-up with training in vaginal dilatation. Gestation culminated in a vaginal delivery without subsequent recurrence.

Departmento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Hospital Universitario Tajo, Madrid, España.

Recibido: enero 2021

Aceptado: febrero 2021

Correspondencia

Nayara López Carpintero
dralopezcarpintero@yahoo.es

Este artículo debe citarse como:

López-Carpintero N, Martínez-Shaw M, Medina-Garrido C, Alvir-Álvaro A. Septo vaginal transverso medio: parto postcorrección quirúrgica y dilatación vaginal durante el embarazo en un caso con aborto previo. Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (9): 742-747.



CONCLUSION: Scheduled double-cross plasty with constant vaginal dilation, along with the gestation itself, could diminish the complications associated to the transverse vaginal septum.

KEYWORDS: Vagina; Vaginal embryogenesis; Gestation; Posoperative period; Vaginal delivery; Abortion; Dilatation; Follow-Up studies; Ultrasonography.

ANTECEDENTES

El tabique vaginal transverso es una falla de la embriogénesis vaginal que da lugar a una canalización incompleta de la unión entre el seno urogenital y los conductos de Müller.^{1,2} La incidencia estimada es de 1 caso por cada 80,000 mujeres.³ Según la última clasificación de las anomalías mullerianas, se asigna a la subclase V3.⁴ Los septos vaginales también se clasifican por su localización en el tercio superior, medio e inferior de la vagina, por la perforación y por el grosor del septo (menores y mayores de 1 cm).¹ Del 6 al 46% se localizan en la parte superior de la vagina, el 22 al 40% en la porción media y del 15 al 72% en la inferior.^{1,5}

Las complicaciones del septo vaginal pueden ser obstétricas, recidivas y de infertilidad.^{1,3} Se ha descrito una reducción de la concepción después de la resección septal, con peores desenlaces en los septos medio y superior.¹ El parto después de una cirugía electiva es anecdotico en la bibliografía, pues la opción más prevalente es la cesárea.^{1,6,7,8} En un estudio retrospectivo, de series de casos, que siguió a 23 pacientes con tabique vaginal transverso durante una media de 10 meses, se comunicaron 7 embarazos con 6 nacidos vivos.¹ El 50% de los embarazos reportados terminaron en cesárea programada, el resto requirió dilatación instrumentada durante

el trabajo de parto y unos pocos escisión antes del embarazo.¹

El objetivo del estudio fue: comunicar un caso de embarazo espontáneo y parto en el posoperatorio temprano luego de la resección quirúrgica definitiva de un tabique vaginal transverso. El parto postdilatación vaginal durante el embarazo de gestaciones logradas en el postoperatorio temprano de la plastia vaginal de un septo transverso medio es excepcional en la bibliografía.

CASO CLÍNICO

Paciente de 29 años, en el primer embarazo, que consultó por dolor hipogástrico y sangrado genital. La paciente describió ciclos regulares, con dismenorrea intensa (menarquia a los 12 años) y dispareunia durante los 3 meses previos. La paciente tiene tres hermanas con hijos y no sabe de alguna complicación, ni medicación tomada por su madre durante el embarazo.

Se diagnosticó un aborto diferido de 8 semanas y se inició el tratamiento con 800 µg de misoprostol vaginal. Tres días después, la paciente consultó por intenso dolor abdominal y metrorragia escasa. La exploración mostró a los genitales externos sin anomalías y la vagina de 2.5 a 3 cm. No se visualizaba el cuello del útero. Se identificó un orificio puntiforme en el fondo de

saco vaginal derecho, por el que fluía material hemático. En la ecografía se veía una imagen heterogénea de 36 x 33 mm en el cuello uterino, el útero regular, con endometrio de 7 mm y anexos normales. Se extrajeron restos ovulares a través de la fenestración mediante una pinza de Kocher y una cánula de Cornier. Después de 4 días de actitud expectante, persistía una imagen heterogénea de 52 x 49 mm (**Figura 1**), por lo que se practicó un legrado por aspiración, a través de la fenestración, con un catéter de Yankauer con control ecográfico, sin complicaciones.

Después de la atención del proceso agudo, se le inyectaron 30 cc de suero fisiológico a través de una cánula de inseminación; en la ecografía se visualizó la cavidad de 35 x 45 mm con un mucocele entre el cuello y el tabique de 8 mm de espesor. En la resonancia magnética pélvica, el gel se difundía hasta el tercio medio de la vagina (longitudinalmente 2.7 cm) sin paso al segmento superior (3 cm hasta el cuello del útero) debido a una ligera estenosis (diámetro 3 mm). El útero y los anexos eran normales. La ecografía de las vías urinarias también fue normal.

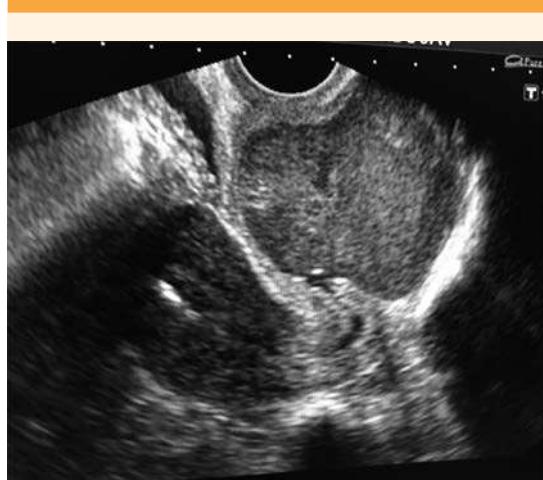


Figura 1. Restos ovulares entre el cuello del útero y el tabique vaginal.

Se diagnosticó: tabique vaginal transverso en el tercio medio, fenestrado y con grosor menor de 1 cm. Se le recomendaron relaciones sexuales frecuentes y anticoncepción hasta la intervención quirúrgica, que se llevó a cabo 12 semanas después, posterior a dos menstruaciones.

Se introdujo una sonda Foley del número 8 como guía, a través de la fenestración (**Figura 2**). En las caras proximal y distal del tabique vaginal se hizo una plastia vaginal modificada en doble cruz/Z y se obtuvieron 4 y 4 colgajos (**Figura 3**). Los ocho colgajos triangulares se interpusieron mediante sutura continua en zig-zag con vicryl 2-0 (**Figura 4**). Se mantuvo el sondaje vesical y durante el procedimiento se practicó un tacto



Figura 2. Sonda de Foley número 8 a través de la fenestración del septo vaginal.

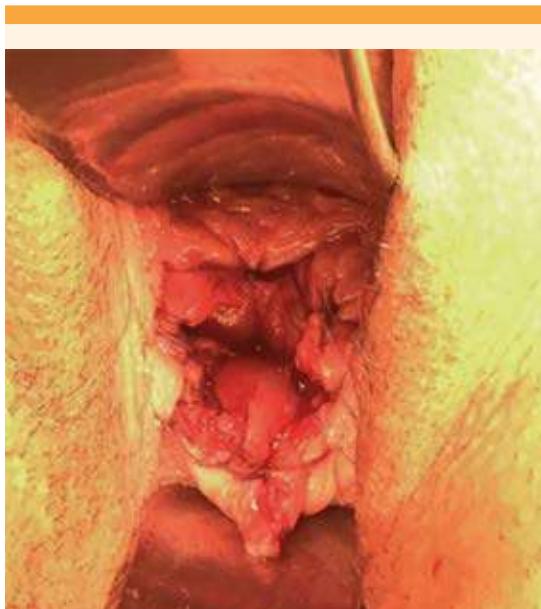


Figura 3. Plastia vaginal en doble cruz/Z modificada en las caras proximal y distal del tabique vaginal; se obtuvieron ocho colgajos.

rectal intermitente. Después de la plastia vaginal el cuello uterino se visualizó normal.

En el posoperatorio se llevó a cabo el adiestramiento para el uso de dilatadores vaginales durante 3 horas diarias, con movimientos de rotación circulares. Se efectuaron revisiones frecuentes; el primer control fue a las 72 horas del inicio de la dilatación con un dilatador de 22 mm de diámetro. Los controles posteriores (semanal, quincenal y mensual) fueron favorables. A los 40 días de la intervención apareció un anillo retráctil y se confirmó un embarazo en curso, de 6 semanas. Se fueron haciendo incrementos progresivos del tamaño de los dilatadores cada 20 a 30 días hasta alcanzar 37 mm de diámetro, cuatro meses después de la cirugía. Además de la dilatación, la paciente mantuvo coitos frecuentes, sin problemas durante todo el embarazo. Éste evolucionó con controles obstétricos completos y óptimos y evolución favorable de la vagina. El



Figura 4. Interposición de los ocho colgajos triangulares mediante sutura continua en zig-zag con vicryl 2-0.

embarazo finalizó mediante parto instrumentado (ventosa), a término, con episiotomía, sin otros desgarros perineales. En el seguimiento a diez meses (19 meses postplastia) no informó recidivas.

DISCUSIÓN

El tabique vaginal es un padecimiento poco frecuente, con repercusión significativa en la esfera sexual y reproductiva de la mujer. Las anomalías vaginales pueden causar amenorrea primaria, dolor pélvico cíclico o dispareunia.⁹ Las complicaciones a largo plazo del tabique vaginal incluyen: recidivas, endometriosis, infertilidad y complicaciones obstétricas.^{1,3} En el caso descrito, la paciente logró

dos embarazos espontáneos, inicialmente con un desenlace obstétrico desfavorable y, luego, después de la resección quirúrgica programada, con un embarazo exitoso. El tabique vaginal se ha considerado causa de infertilidad pero con logro de embarazos (espontáneos y por fecundación in vitro) después de la resección quirúrgica.^{10,11} Los casos descritos en la bibliografía no aportan información acerca de la evolución del embarazo.^{10,11} La descripción más temprana de los embarazos es alrededor de las 10 a 12 semanas después de la cirugía.¹⁰ La paciente del caso quedó embarazada 7 a 12 días después de la plastia vaginal, según la datación ecográfica, a pesar de la recomendación para uso de métodos de anticoncepción. Las relaciones sexuales frecuentes, antes de la cirugía, pudieron contribuir a facilitar la reanudación del coito después de la resección.

Muchos casos de tabique vaginal se diagnostican durante el embarazo, lo que impide una cirugía programada que pueda aumentar las posibilidades de parto y disminuir las recidivas. Cuando el diagnóstico se establece durante el embarazo, las opciones de tratamiento incluyen a la cesárea electiva, la incisión antes del parto y la prueba de parto.^{12,13} La prueba de parto se ha propuesto como opción en pacientes sin diagnóstico previo, pero no se han publicado los desenlaces relacionados con la reestenosis respecto a esta opción.¹²

Para evitar la formación de tejido cicatricial y estenosis es necesario adiestrar a las pacientes en el uso de dilatadores vaginales durante el postoperatorio⁹ que debe iniciarse a los pocos días de la intervención.¹ A corto plazo, el riesgo de reestenosis sigue siendo elevado (30%).¹ El seguimiento estrecho, el uso de dilatadores vaginales y el coito, junto con un embarazo inmediatamente posterior (con sus efectos hormonales vaginales asociados) pudieron contribuir a los buenos desenlaces en la paciente, que eliminó la dispareunia y permitió el parto.

En la exploración genital, una vagina corta y cueillo no palpable son hallazgos compatibles con tabique transversal, atresia cervical o agenesia vaginal.⁹ Gracias a la ecografía y a la resonancia magnética con gel, fue posible definir la localización, el grosor del tabique y la distancia al introito, y descartar otras malformaciones.¹⁴ Con apego a la técnica descrita por Chae, se utilizó una sonda de Foley y solución salina para visualizar mejor el tabique vaginal, el cuello y la parte superior de la vagina.¹⁵

Enseguida del diagnóstico es fundamental la planificación quirúrgica para optimizar los mejores desenlaces obstétricos posteriores. Las localizaciones medias y altas se asocian con mayor riesgo de complicaciones y lesiones en los órganos adyacentes.² El sondaje vesical y el tacto rectal practicados durante la cirugía contribuyeron a evitar lesiones vesicales y rectales. La plastia en doble cruz se utilizó para evitar el acortamiento de la vagina y la estenosis posoperatoria a corto plazo.¹ Las técnicas de plastia en Z o de doble cruz no cortan el exceso de vagina^{2,16} y facilitan la cicatrización longitudinal al evitar la contracción transversal y proporcionar una vagina espaciosa, incluso para futuros embarazos.² En un estudio reciente, 13 pacientes menores de 22 años con tabique vaginal transverso y plastia en doble cruz fueron seguidas durante un periodo de 6 a 24 meses. No se describieron episodios de reestenosis después de la cirugía y solo dos casos tuvieron parto.² La mayoría de las pacientes tenía un septo inferior y no se especificó la localización de éste en los casos de parto ni el tiempo transcurrido entre la cirugía y el embarazo.²

La revisión bibliográfica se centró en la búsqueda de "septo vaginal y embarazo", y "septo vaginal y parto vaginal" en PubMed y Google Scholar hasta enero de 2021; se seleccionaron los 16 artículos de las referencias, por su aportación en relación con el caso descrito.



En el caso expuesto, la cirugía programada posterior al episodio agudo, la plastia en doble cruz y el propio embarazo temprano con el adiestramiento vaginal en la dilatación durante éste, hicieron posible un parto exitoso, con buena evolución vaginal y sin recidivas.

CONCLUSIÓN

La plastia en doble cruz, programada con dilatación vaginal constante, junto con el propio embarazo, puede disminuir las complicaciones asociadas con el septo vaginal transverso.

REFERENCIAS

1. Williams CE, Nakhal RS, Hall-Craggs MA, et al. Transverse vaginal septae: management and long-term outcomes. *BJOG* 2014; 121 (13): 1653-58. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12899>
2. Sardesai SP, Dabade R, Chitale V. Double cross plasty for management of transverse vaginal septum: a 20-year retrospective review of our experience. *J Obstet Gynaecol India* 2015; 65 (3): 181-85. <https://doi.org/10.1007/s13224-014-0542-3>
3. Breech LL, Laufer MR. Müllerian anomalies. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009; 36 (1): 47-68. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2009.02.002>
4. Grimbizis GF, et al. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Hum Reprod* 2013; 28 (8): 2032-44. <https://doi.org/10.1093/humrep/det098>
5. LODI A. Clinical and statistical study on vaginal malformations at the Obstetrical and Gynecological Clinic in Milano, 1906-50. *Ann Ostet Ginecol* 1951; 73 (9): 1246-85.
6. Sohail R, Malik A, Ashraf A, Kanwal S. Successful pregnancy outcome after septum resection and use of amnion graft in patient with high transverse vaginal septum. *BMJ Case Rep* 2019; 12 (6): e228769. <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-228769>
7. Gibson ED. Transverse upper vaginal septum presenting in pregnancy: a case report and review of the literature. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2003; 43 (5): 381-83. <https://doi.org/10.1046/j.0004-8666.2003.00101.x>
8. Kumar N, Tayade S. Successful pregnancy outcome in an untreated case of concomitant transverse complete vaginal septum with unicornuate uterus. *J Hum Reprod Sci* 2014; 7 (4): 276-78. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.147497>
9. Laufer, MR. Congenital anomalies of the hymen and vagina. Massachusetts: Uptodate Waltham. <https://www.uptodate.com/contents/congenital-anomalies-of-the-hymen-and-vagina>.
10. Cetinkaya K, Kumtepe Y. Perforated transverse vaginal septum: a rare case of müllerian duct anomaly presenting only primary infertility. *Fertil Steril* 2008; 90 (5): 2005.e11-3 <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.03.062>
11. Koyama N, Hasuda K, Hayashi A, Hasuda T. Pregnancy achieved following IVF-ET after surgery for infertility with perforate transverse vaginal septum and incomplete septate uterus: case report. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2007; 34 (4): 259-62.
12. Blanton EN, Rouse DJ. Trial of labor in women with transverse vaginal septa. *Obstet Gynecol* 2003; 101 (5 Pt 2): 1110-12. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(02\)02623-6](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(02)02623-6)
13. Bautista Gómez E, Morales-García V, Flores-Romero AL, Pizarro Osorno N, Velásquez-Valdivia A. Tabique vaginal transverso superior parcial y embarazo. *Ginecol Obstet Mex* 2012; 80 (7): 487-90.
14. Saleem SN. MR imaging diagnosis of uterovaginal anomalies: current state of the art. *Radiographics* 2003; 23 (5): e13. <https://doi.org/10.1148/radiographics.23.e13>
15. Chae H. Application of SIS (saline infusion sonohysterography) in diagnosis of perforated transverse vaginal septum. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2018; 57 (1): 171-74. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2017.12.032>
16. Garcia RF. Z-plasty for correction of congenital transverse vaginal septum. *Am J Obstet Gynecol* 1967; 99 (8): 1164-65. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(67\)90357-2](https://doi.org/10.1016/0002-9378(67)90357-2)