

INTRODUCCIÓN

Un septo vaginal transverso resulta de un fallo en la fusión y / o canalización del primordio vaginal inicialmente sólido formado por el seno urogenital y el tubérculo de Müller (según la teoría más aceptada, aunque discutido), lo cual ocurre en aproximadamente 1 de cada 30.000 a 80.000 mujeres. Estos septos pueden estar localizados en varios niveles de la vagina. Estos septos son generalmente menores de 1 centímetro de grosor y pueden tener una pequeña perforación de localización central o excéntrica. Cuando son mayores se habla de agenesia segmentaria de la vagina.

La **presentación clínica** típica es en una paciente que ha alcanzado el desarrollo puberal completo y que cursa con amenorrea primaria (en el caso que sean completos) o sangrados escasos (los incompletos) y dolor pélvico cíclico o progresivo. En la infancia se puede presentar como mucocolpos, mientras en adolescentes puede desarrollarse un hematocolpos o pihematocolpos. Los genitales externos tienen una apariencia normal.

Al **examen físico** se puede encontrar un abdomen doloroso y una tumoración pélvica y abdominal; el tacto rectal una masa en el tabique rectovaginal.

Se debe completar el estudio con **imágenes** como la ecografía transrectal, abdominal o la resonancia magnética.

Existen diferentes **técnicas quirúrgicas** para solucionar esta patología; La incisión simple suele ser útil para la descompresión inmediata pero el resultado funcional óptimo se obtiene con la escisión quirúrgica del tabique. Los septos de pequeño tamaño pueden ser resecados seguidos de una anastomosis término-terminal de la mucosa vaginal. Un septo de mayor grosor es más dificultoso. Es esencial mantener una prótesis vaginal durante los meses siguientes ya que el riesgo de recidiva es muy alto.

OBJETIVOS : Exponer la experiencia de nuestro servicio respecto a esta patología, presentando un caso clínico y un análisis del mismo, basándonos en una revisión de la bibliografía.

CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años sin antecedentes médicos de interés, nulicoita, menarquia a los 9 años, desde entonces reglas muy escasas (prácticamente inexistentes) y dolorosas; que consulta en la puerta de Urgencias por dolor intenso en fosa ilíaca derecha. Se realiza ecografía transrectal; se evidencia colpo-hematometra muy importante que en total mide 74x84 mm, el polo craneal de esta colección corresponde al cérvix que está totalmente dilatado. En el útero se evidencia hematometra en cantidad menos importante y sin dilatación u ocupación de trompas.



Se pide RMN pélvica que informa de probable tabique en tercio inferior de la vagina que asocia obstrucción hemática retrógrada hacia cérvix y cuerpo uterino, con hematometra a tensión



Se propone evacuación quirúrgica de hematocolpos y hematometra. Durante la exploración quirúrgica se evidencia tabique íntegro y completo vaginal transversal a unos 2 cm del introito, no se visualiza cérvix.

En la cirugía, se realiza exploración rectal donde se palpa masa elástica que abomba tabique rectovaginal. Se perfora tabique vía vaginal bajo control ecográfico, con aguja de punción de laparoscopia comprobando que alcanza hematocolpos proximal. Introduciendo la sonda de Foley por el foramen, hinchando el balón y traccionando del mismo, ampliamos el orificio en el septo vaginal, consiguiendo evacuación completa de hematocolpos y hematometra.

Se realiza amplia resección de septo vaginal y exéresis de rodetes del septo, dejando continuidad entre vagina proximal y distal.

La paciente es dada de alta tras días de hospitalización con tapón vaginal que se retiró posteriormente y es citada para revisión en consulta hospitalaria. Durante este período la paciente consulta por emisión de sangre oscura y maloliente por vagina, sospechando por ecografía regeneración del tabique vaginal con picocolpos proximal al tabique.

Ante nueva obstrucción se decide nueva exploración quirúrgica por vía vaginal: se evidencia estenosis del canal vaginal a eliminar hasta 2 cm del introito, siendo imposible la palpación del cérvix.

Se realiza nueva recanalización del canal vaginal con valvas y bisturí eléctrico hasta llegar a unos 7 cm de vagina donde se observa restos de septo transverso, por lo que se realiza exéresis de septo restante. Se deja Balón de Bakri con 150 cc de suero como dilatador vaginal.

Se completa la exploración bajo analgesia con histeroscopia y laparoscopia diagnósticas, sin evidenciarse otras malformaciones asociadas. Se llega en este momento al diagnóstico de **atresia vaginal segmentaria**, debido a que el grosor del tabique no parece corresponder con un septo



RESULTADOS

Una semana después se realiza nueva exploración en quirófano para conocer el resultado final de la reconstrucción vaginal de las malformaciones de la paciente y se aprecia vagina permeable hasta 12-13 cm sin sinequias ni pegaduras. Se aprecian focos de mucosa vaginal en el tercio externo de la vagina, que no pueden ser anastomosados a los de la porción distal por estar muy distantes, y cérvix bien epitelizado, ligeramente hiperémico en el fondo vaginal. No evidencia de sacos vaginales laterales. Se vuelve a dejar tapón vaginal semirígido continuo durante 3 meses y de uso nocturno durante 6 meses más para evitar reestenosis vaginal.

CONCLUSIONES

El tabique vaginal transverso y la atresia vaginal segmentaria son anomalías congénitas en las que se ve afectada la canalización de la vagina, que inicialmente en su desarrollo embriológico es un órgano sólido. Se trata de una gama de malformaciones poco frecuentes del aparato genital. Si bien, requiere tenerse en mente para su correcto diagnóstico y tratamiento y evitar las complicaciones como las reestenosis y secuelas definitivas.