

Hematocolpos por Tabique transversal vaginal obstructivo: reporte de un caso

Hematocolpos due to obstructive transverse vaginal septum: a case report

Mariel Antezana Rojas¹, María Rosario Rosas Rojas²

Recibido: 18 de Junio del 2023

Aceptado: 31 de Julio del 2023

RESUMEN

El tabique vaginal transversal es una anomalía obstructiva infrecuente del aparato genital femenino siendo la más frecuente el himen imperforado, la causa del tabique vaginal es desconocida aunque se cree que podría estar relacionada con una herencia autosómica recesiva ligada al sexo¹, la localización predominante es el tercio superior de la vagina y típicamente es delgado de aproximadamente 1 cm de grosor puede ser obstructiva si es completa con acumulación vaginal de sangre menstrual como el caso clínico y no obstructiva al tratarse de un tabique parcial que permite la salida de la sangre menstrual siendo en este último caso más tardío su diagnóstico². El diagnóstico es relativamente sencillo y se basa en una adecuada anamnesis, exploración física detallada y estudios de imagen. En el manejo terapéutico óptimo se debe tener en cuenta que no existe un tratamiento estándar de elección y que éste debe realizarse según la extensión del tabique su grosor su localización y la clínica que manifiesta la paciente. El caso clínico relata niña de 14 años con distensión abdominal progresiva, acompañada de dolor en hipogastrio. No había presentado menarca aun. Paciente con antecedente post quirúrgico de laparotomía exploradora + exeresis de quiste endometrioso, drenaje de hematocolpos, y permeabilización de membrana himeneal con histerometro, en el mes de Diciembre 2022 durante primera internación, dada de alta en 17 días. Retorna al servicio a los 3 meses post laparotomía, presentando dolor y distensión abdominal, llegando a diagnosticarse hematometra, tabique transversal, se realiza drenaje y fibrolisis y se procede a colocar un dilatador vaginal con el fin de impedir el cierre, esto hizo posible el tratamiento exitoso con buena evolución y sin recidivas.

Palabras clave: hematocolpos, tabique transversal vaginal, dilatador vaginal

ABSTRACT

The transverse vaginal septum is an infrequent obstructive anomaly of the female genital tract, the most frequent being the imperforate hymen. The cause of the vaginal septum is unknown, although it is believed that it could be related to an autosomal recessive inheritance linked to sex¹, the predominant location It is the upper third of the vagina and is typically thin, approximately 1 cm thick. It can be obstructive if it is complete with vaginal accumulation of menstrual blood and non-obstructive as it is a partial septum that allows menstrual blood to escape, being in the latter later case its diagnosis². The diagnosis is relatively simple and is based on an adequate history and a detailed physical examination and imaging studies. In optimal therapeutic management, it must be taken into account that there is no standard treatment of choice and that this must be carried out according to the extension of the septum, its thickness, its location and the symptoms manifested by the patient. The clinical case relates to a 14-year-old girl with progressive abdominal distension, accompanied by pain in the hypogastrium. She had not presented menarche yet. Patient with a post-surgical history of exploratory laparotomy + exeresis of endometriotic cyst, drainage of hematocolpos, hymenotomy by means of dilation with a hystrometer of the septum, she was discharged in 17 days. She returned to service at 3 months, presenting pain and abdominal distension, reaching a diagnosis of hematometra, transverse septum, drainage and fibrolysis and proceed to place a vaginal dilator in order to prevent closure, this made successful treatment possible with good evolution and no recurrences.

Keywords: hematocolpos, transverse vaginal septum, vaginal dilator

El tabique vaginal transversal es una anomalía obstructiva infrecuente del aparato genital femenino, se estima que la ocurrencia está entre 1/ 2100 y 1/ 72,000 mujeres. Ocurre

en adolescentes con una mediana de edad de 13.2 años (11 -16 años).La etiología del tabique vaginal es desconocida se cree estar relacionada con una herencia autosómica

¹Ginecóloga- Obstetra

²Ginecóloga del Hospital Materno Infantil German Urquidi

Correspondencia / Correspondence: Mariel Antezana Rojas

e-mail:m.rojas17.flak@gmail.com

recesiva ligada al sexo¹, la localización más frecuente es el tercio superior de la vagina y es típicamente delgada de aproximadamente 1 cm de grosor. Puede ser obstructiva si es completo con acumulación de sangre menstrual o no obstructiva al tratarse de un tabique parcial que permite la salida de la sangre menstrual siendo este su diagnóstico tardío². El diagnóstico es relativamente sencillo y se basa en una adecuada anamnesis, exploración física detallada y apoyarse con pruebas de imagen siendo la ecografía abdominal de elección, en caso de que la ecografía no fuera concluyente es necesario complementar el estudio con una resonancia magnética^{3,4}. El conocimiento de la patología y de los hallazgos clínicos permite realizar un diagnóstico apropiado y el manejo adecuado, debemos tener en cuenta que no existe un tratamiento óptimo y estándar de elección debe realizarse según la extensión del tabique su grosor su localización y la clínica que manifiesta la paciente.

El cuadro es asintomático hasta que se acumula sangre en los genitales al llegar la menarca, las características sexuales secundarias se desarrollan con normalidad. La acumulación de sangre depende del defecto estructural que lo provoque y de la cantidad de sangre acumulada, puede acumularse en la vagina (hematocolpos), en el útero (hematometra) o en la trompa de Falopio (hematosálpinx)^{5,6,8}. Si el diagnóstico se retrasa, la menstruación retrógrada puede aparecer a través de la trompa de Falopio (salpingohematometra) y abarcar todo la cavidad abdominal.

El flujo menstrual llena la vagina, útero como en el caso de la paciente y se manifiesta como una masa en el abdomen, si no se diagnostica el problema, puede causar salpingohematometra o hematosálpinx. El diagnóstico inoportuno puede ser causa de endometriosis, adenosis vaginal y hemoperitoneo^{5,10}. Esta patología también puede causar torsión de los anexos e hidronefrosis^{7,9}.

El período asintomático continúa hasta la pubertad y el diagnóstico se realiza con el inicio de menarca y sucesivas menstruaciones, la sangre comienza a acumularse en la cavidad vaginal.

Caso Clínico

Enfermedad actual

Paciente adolescente de 14 años de edad, referida del centro de salud Sarcobamba. Antecedente de laparotomía + exeresis de quiste endometrioso y drenaje de hematocolpos 700cc, himenotomía, con incisión pequeña del tabique, en el mes de Diciembre 2022 durante primera internación, dada de alta en 17 días.

Retorna a los 3 meses post laparotomía, presentando dolor y distensión abdominal progresiva llegando a diagnosticarse hematotra, tabique transversal, se realiza fibrolisis y drenaje 250cc, se procede a colocar un dilatador vaginal con el fin de impedir el cierre.

Antecedentes de paciente

Antecedentes Ginecoobstetricos: No presento menarca aun. Antecedente de agresión sexual a los 10 años. Niega antecedentes patológicos de relevancia.

Examen Físico

Paciente hemodinamicamente estable. Mamas: Tanner 3. Abdomen: se evidencia cicatriz tipo Phannestiel, se palpa masa de 18 cm de diámetro, móvil y doloroso Genitales externos: de características normales, evidencia himen de bordes irregulares no se evidencia sangrado transvaginal.

Examen especular: dificultad para introducir especulo vaginal Tacto vaginal unidigital: se aprecia acortamiento vaginal por la presencia de un tabique vaginal transversal en el tercio inferior de la vagina abombado que ocupa totalidad del diámetro vaginal examen especular difícil introducir especulo vaginal .

Estudios Complementarios

- En fecha 22/03/23 durante segunda internación se realiza ecografía que reporta: útero forma globosa, en AVF, mediano, dimensiones aumentadas: 82x50x81mm volumen 172cc. Cavidad uterina y porción superior de canal vaginal: evidencia material liquido homogéneo, con focos ecogenicos en suspensión, que ocupa, distiende, comunica cavidad uterina, canal cervical y porción superior de canal vaginal. Contenido del útero midiendo 70x42x74mm volumen 99cc. Contenido de canal vaginal midiendo 110x64x68mm volumen 254cc. Hallazgos compatibles con hematómetra y hematocolpos.

- Cuenta con laboratorios realizados durante internación reporta leve leucocitosis. Perfil hormonal dentro parámetros normales.

Diagnostico

Hematocolpos por tabique transversal completo, post himenotomía y laparotomía.

Tratamiento

En primera internación se realizó laparotomía exploradora + Exéresis de quiste endometrioso izquierdo + drenaje de hematocolpos + colpotomía anterior con hallazgos quirúrgicos: útero de 8x7cm, ausencia de cérvix, canal vaginal distendido. Quiste endometrioso paratubarico izquierdo +/- 8x6cm de contenido achocolatado, membrana de himen translucida a tensión, a través se visualiza contenido achocolatado, permeabilización con histerometro Drenaje de hematocolpos +/- 700cc no fétido, se procedió a colocar sonda Foley, colocación de punto de fijación en canal vaginal. Sangrado transquirurgico 100cc. Concluye procedimiento sin complicaciones. (Figura 1,2). Se indica alta hospitalaria 17° día post quirúrgico. Paciente y familiar se compromete a retornar en 1 mes para realizar controles por consulta externa. Tres meses después ingresa al servicio de emergencia por presentar dolor abdominal en región de hipogastrio y fosa iliaca derecha.

En la exploración física: Abdomen: aumentado de volumen, doloroso a la palpación profunda en región de hipogastrio. Abdomen: se evidencia cicatriz tipo Phannestiel, se palpa masa de 18 cm de diámetro, móvil y doloroso Genitales externos: de características normales, evidencia himen de



Figura 1: Identificación de membrana himeneal translúcida a tensión



Fuente: propia de los autores

Figura 2: Permeabilización de membrana himeneal con histerometro



Fuente: propia de los autores

bordes irregulares no se evidencia sangrado transvaginal. Tacto vaginal unidigital: se aprecia acortamiento vaginal por la presencia de un tabique vaginal transverso en el tercio inferior de la vagina abombado que ocupa totalidad del diámetro vaginal. Cuenta con ecografía ginecológica con hallazgos compatibles con hematometra y hematocolpos, con volumen 99cc y 254cc correspondientemente. (Figura 3,4,5).

Se realiza drenaje de hematocolpos y hematometra +/- 250cc de aspecto achocolatado. Se deja sonda Foley 18 en canal vaginal insuflada con 10cc solución fisiológica.

Solicita valoración por servicio Uroginecología, quien procede a colocación de dilatador vaginal (longitud de canal vaginal 8cm). Alta hospitalaria al día siguiente.

Acude a servicio de consulta externa con Uroginecología 6 días posteriores a procedimiento, asintomática, se orienta a paciente continuar uso de prótesis vaginal.

Un mes después, paciente refiere no continuar con el uso de prótesis vaginal por incomodidad, presento menstruación con normalidad. Al examen físico: tacto vaginal: fibrosis de tabique vaginal, con luz 1cm, por lo cual se propone resección de tabique vaginal transverso recidivante e indicación nuevamente de prótesis vaginal. Concluye procedimiento sin complicaciones.

Actualmente, tres meses posteriores a procedimiento, paciente refiere uso prótesis vaginal solo por una semana posterior a colocación del mismo por producir incomodidad, presenta periodos menstruales normales. No retorno a controles por consulta externa.

Discusión

El tabique vaginal transverso es una anomalía obstructiva infrecuente del aparato genital femenino con repercusión



Figura 3: Ecografía pélvica ginecológica: cavidad uterina y porción superior de canal vaginal: evidencia de material líquido homogéneo, con focos ecogenicos en suspensión, que ocupa, distiende, comunica cavidad uterina, canal cervical, y porción superior de canal vaginal.

Fuente: Resultados del estudio.



Figura 4: Ecografía pélvica ginecológica: contenido del útero midiendo 70x42x74mm, volumen 254cc.

Fuente: Resultados del estudio.



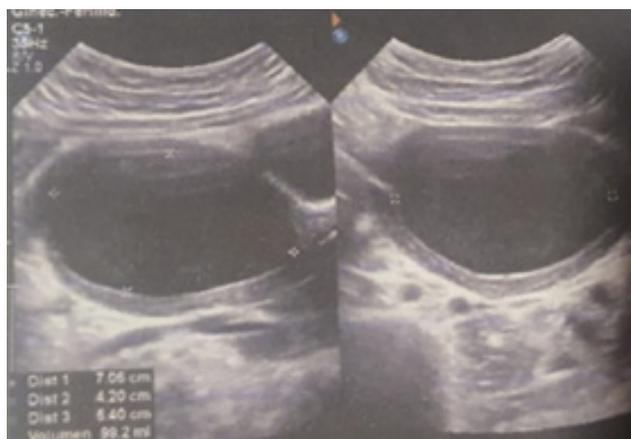


Figura 5: Ecografía pélvica ginecológica: contenido de canal vaginal midiendo: 110x64x68mm volumen: 254cc

Fuente: Resultados del estudio.

significativa en la esfera sexual y reproductiva de la mujer pueden causar amenorrea primaria, dolor pélvico y las complicaciones a largo plazo incluyen recidivas, endometriosis e infertilidad y complicaciones obstructivas.

El diagnóstico se basa en una adecuada anamnesis y exploración física detallada y apoyarse con pruebas de imagen siendo de elección la ecografía abdominal en el caso de la ecografía no fuera concluyente será necesario una resonancia magnética^{3,4}.

El conocimiento de la patología y los hallazgos clínicos permite realizar un diagnóstico apropiado se debe tener en

cuenta que no existe un tratamiento estándar de elección y que este debe realizarse según la extensión del tabique su grosor su localización y la clínica que manifiesta la paciente

En el caso expuesto posterior al episodio agudo se procedió a utilizar prótesis vaginal esto hizo posible el exitoso con buena evolución y sin recidivas.

La evaluación inicial debe ser detallada del introito vaginal si no es realizada en la exploración inicial ni en consultas posteriores, retrasa el diagnóstico, además de posibles errores en el abordaje diagnóstico que pueden conducir a laparotomías innecesarias.

Referencias bibliográficas

1. Luque González P, Azcona Sutil L, Cabezas Palacios MN, Jiménez Caraballo A. Tabique vaginal transverso: revisión bibliográfica a propósito de un caso. *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2021;48(3):100650. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X20301143>
2. Anomalías congénitas del aparato reproductor femenino [Internet]. Slideshare.net. [cited 2023 Jun 18]. Available from: <https://es.slideshare.net/facdealicia/anomalias-congnitas-del-aparato-reproduc-tor-femenino>
3. Vilanova Fernández S, Roca Jaume A, Nieto del Rincón N, Mulet Ferragut JF, Román Piñana JM. Himen imperforado: una revisión de diez años. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2003;5:563-570.
4. Espinosa Gómez I, Ponce Sandoval N, González Valdés VM, Mora Casacó B, González Ricardo Y, Marco Maya C. Hematocolpos en la infancia: a propósito de un caso. *CCM*. 2013;17:2.
5. Saeed A, Morris L, Atkinson E. Distal mucocolpos and proximal hematocolpos secondary to concurrent imperforate hymen and transverse vaginal septum. *J Pediatr Surg* 2009;34(10):1555-6.
6. Agüera-Font J, Lozoya-Serrano B, Mendieta-Sanz E. Masa abdominal en niñas adolescentes. Hematocolpos: a propósito de un caso. *Rev Pediatr Aten Prim* 2002;4(15):89-93.
7. Mustafa B, Deniz U, Cumhuri A. Hymen sparing surgery for imperforate hymen: Case reports and review of literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009;22(5):61-4.
8. Lewitan G, Pérez S, Levy J, Rafil A, Poncelas M, Chomski B. Hallazgos del neonatólogo en el examen genital de la recién nacida. *Arch Argent Pediatr* 2003;101(5):382-5.
9. Stone M, Alexander L. Imperforate hymen with hematocolpometra. *N Engl J Med* 2004;12(5):351-7.
10. Khemchandani S, Devra A, Sandeep G. An unusual case of urinary tract obstruction due to imperforate hymen in an 11-month-old infant. *Indian J Urol* 2007;23(2):198-9.
10. Sailer FJ. Hematometra and hematocolpos: ultrasound findings. *AJR* 2007;132:1010-11.