

Medicent Electrón. 2016 oct. -dic. ;20(4)

HOSPITAL UNIVERSITARIO GINECOBSTÉTRICO
«MARIANA GRAJALES»
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

Tabique vaginal longitudinal aislado: a propósito de un caso

Isolated longitudinal vaginal septum: a case report

Nuria Vega Betancourt¹, Sandi Jiménez Puñales¹, María Aimée Vila Bormey²

1. Hospital Universitario Ginecobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: nuriavb@infomed.sld.cu
2. Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: mariavb@infomed.sld.cu

DeCS: apoptosis, vagina/anomalías, vagina/cirugía.

DeCS: apoptosis, vagina/abnormalities, vagina/surgery.

Las anomalías estructurales del aparato reproductor femenino se manifiestan en diferentes momentos cronológicos: desde el nacimiento, la niñez, la pubertad, durante la menarca en la adolescencia o en las etapas posteriores de la vida.¹

El aparato reproductor femenino deriva embriológicamente de las gónadas, el seno urogenital y los conductos paramesonérficos de Müller, por lo que combina orígenes endodérmico y mesodérmico. Particularmente, en la formación de la vagina participan el seno urogenital y los conductos de Müller, lo que hace que este órgano se considere mixto, atendiendo a su origen embrionario. Los conductos de Müller dan origen, en su porción más inferior, al tercio superior de la vagina; para esto, los citados conductos deben fusionarse en la línea media y, posteriormente, reabsorberse mediante apoptosis el tabique medio que producen al unirse, lo que proporciona luz al órgano. Los dos tercios inferiores de la vagina se originan de evaginaciones macizas que surgen de la porción pélvica del seno urogenital, en su punto de contacto con los conductos paramesonérficos fusionados; tras atravesar una etapa de solidez, se re canaliza también por apoptosis cerca del quinto mes prenatal.^{2,3} En estos procesos, los conductos mesonérficos o de Wolff actúan como inductores y elementos guía; estos conductos son responsables también de la formación del sistema urinario, y de ahí la posible asociación de anomalías renales y genitales. Esta complejidad embrionaria en la formación de la vagina –dualidad de orígenes, fusiones y reabsorciones– sienta las bases para la ocurrencia de un espectro amplio de anomalías, como duplicaciones, tabiques, atresias e imperforaciones, entre otras.¹⁻⁵

Las manifestaciones clínicas de las anomalías uterovaginales son diversas y pueden ser inherentes a la etapa de la vida en la que se encuentra la mujer, al tipo de malformación, grado de complejidad o alteraciones concomitantes. En las adolescentes, por ejemplo, toman la forma de dolor pélvico cíclico o no cíclico, dismenorrea, sangrado vaginal anormal, irregularidades menstruales, como hipomenorrea o amenorrea y dispareunia. En la etapa reproductiva, pueden agregarse diversas manifestaciones, como la infertilidad asociada con complicaciones obstétricas.^{6,7}

Entre estas malformaciones, se encuentra el tabique vaginal longitudinal (TVL) aislado o asociado a malformaciones del útero. El TVL aislado es una anomalía rara; sin embargo, es frecuente encontrarlo asociado al útero didelfo; y en cuanto a su longitud, es más frecuente que se presente de forma completa y no parcial alto, según estudios de series numerosas informados por Heinonen y Haddad y colaboradores, citados ambos por J. López-Olmos.⁷

Presentación de la paciente

Se trata de una paciente de 16 años de edad, color de piel blanca, con antecedentes patológicos de espina bífida y atopia, que acude a consulta provincial de Ginecología Infanto-Juvenil remitida por su área de salud, refiriendo dificultades en las relaciones sexuales, ya que presentaba dolor y «tenía algo en la vagina que se lo impedía»; se procede al interrogatorio acerca de los diferentes aspectos biopsicosociales que dificultan las relaciones sexuales en pacientes de esta edad, y no se encuentra nada a señalar.

Se realizó el examen físico, y para ello se tomaron previamente las medidas para garantizar todas las condiciones de privacidad, y lograr así una mejor relación médico-paciente. En la inspección, se observó área vulvar normal y presencia de un tabique vaginal longitudinal alto que se extendía desde el cuello hasta los dos tercios superiores de la vagina; solamente se visualizó un conducto cervical (Figura 1).

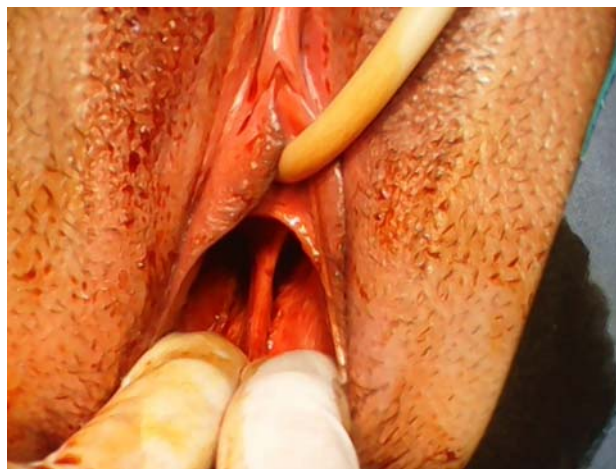


Figura 1. Se muestra tabique vaginal longitudinal alto, que se extiende desde el cérvix y ocupa los dos tercios superiores de vagina.

Se procedió a explicar a la paciente y su familia el diagnóstico, así como las opciones de estudio y tratamiento; se indicó ultrasonido ginecológico, abdominal y renal para descartar la existencia de otras malformaciones del aparato genital y urinario, las cuales no presentó; posteriormente, se indicó el chequeo preoperatorio y se fijó fecha para realizar el tratamiento quirúrgico.

A la paciente se le practicó la intervención quirúrgica: se realizó resección del tabique vaginal, como se muestra en la figura 2. Fue valorada seis meses después de la operación, y se constató que esta fue satisfactoria, ya que no existían estrechamientos vaginales ni restos del tabique; refirió tener relaciones sexuales sin dificultad. En este momento se aprovechó para orientarle el uso del condón, como método anticonceptivo de elección para las pacientes de su edad.



Figura 2. Se muestra la vagina luego de que se le realizara la resección del tabique, con lo que se logró su permeabilidad total.

Comentario

Las malformaciones del aparato reproductor femenino constituyen el campo de acción más difícil de la ginecología infanto-juvenil. Con frecuencia, las anomalías de este aparato no se diagnostican al nacimiento, y usualmente no se tornan evidentes hasta la pubertad, donde la falta de caracteres sexuales secundarios, la presencia de complicaciones ginecológicas, obstétricas, o la inhabilidad de llevar a cabo relaciones sexuales, motiva a la adolescente a visitar al ginecólogo y, por ende, a su investigación y diagnóstico. En una gran casuística informada de 1 637 niñas y adolescentes, se encontró que el 4,2 % presentaban una malformación mülleriana y que los motivos de consulta más frecuentes fueron la amenorrea (44,4 %) y el dolor pelviano (24,6 %).⁸

El tabique vaginal longitudinal alto, presente en el informe de esta paciente, al afectar limitadamente la parte superior de la vagina, denota un fallo de apoptosis en la etapa embrionaria del desarrollo, lo que se tradujo en la persistencia de las paredes mediales fusionadas de ambos conductos müllerianos en sus porciones más inferiores:¹ de ahí su disposición longitudinal y parcial; la parte inferior de la vagina no está afectada, puesto que no comparten igual origen embrionario; tampoco lo están el cuello ni el cuerpo del útero, como sí ocurre en casos informados por J. López-Olmos,⁷ Venegas Estrada,⁸ y suele ser más frecuente.

Los autores de este artículo han asistido otros casos de tabique vaginal de localización baja y disposición horizontal; esta variante que se presenta es la primera en nuestra casuística.

Ante la sospecha de una anomalía del aparato reproductor femenino, es importante que el interrogatorio y la exploración física sean minuciosos desde la primera vez que estas pacientes acuden a la consulta, de manera que se puedan detectar estas alteraciones y otras concomitantes, evitar complicaciones y tratar las afecciones corregibles de manera quirúrgica o conservadora.⁹

Estas pacientes pueden tener afectaciones en la reproducción, como consecuencia del diagnóstico tardío y el flujo sanguíneo retrógrado del tejido endometrial a través de las trompas de Falopio, lo que destruye su función y aumenta el riesgo de endometriosis. La tasa de aborto es alta (74 %) y el parto prematuro, común; solo hay unos cuantos informes de casos a los que se ha realizado seguimiento hasta la edad adulta; el 87 % de estas pacientes tienen embarazos exitosos. Su tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario, que incluya los aspectos biopsicosociales que pudieran estar afectados en ellas.^{9,10}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cox D, Ching BH. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: a rare presentation with pyocolpos. *J Radiol Case Rep.* 2012;6(3):9-15.
2. Valdés Valdés A, Pérez Núñez HM, García Rodríguez RE, López Gutiérrez A. Sistema urogenital. En: *Embriología humana*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 109-32.
3. Sadler TW. Sistema urogenital. En: *Langman. Embriología Médica* 11na. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 235-63.
4. Khalid E, Jalil S, Anwar T, Nausheen S. Congenital female lower genital tract abnormalities: two years experience in a tertiary care hospital. *Pak J Surg.* 2011;27:44-9.
5. Rozza Bejarano C. Distocias por tumor previo al parto: útero doble. *Acta Méd Per.* 2011;28(1).
6. Jáuregui Meléndrez RA, Alanís Fuentes J. Estado actual de la clasificación, diagnóstico y tratamiento de las malformaciones müllerianas. *Ginecol Obstet Méx.* 2013;81:34-46.
7. López-Olmos J, Vizúete del Río J. Útero didelfo, bicollis y tabique vaginal longitudinal, causa de aborto habitual. *Clín Invest Ginecol Obstet.* 2014 jul.-sep.;41(3):134-7.
8. Bautista Gómez E, Morales-García V, Flores-Romero AL, Pizarro Osorno N, Velásquez Valdivia A. Tabique vaginal transversal superior parcial y embarazo. *Ginecol Obstet Méx.* 2012;80(7):487-90.
9. Cortés Contreras DK, Juárez Cruz PM, Vázquez Flores J, Vázquez Flores AD. Síndrome de hemivagina obstruida, con agenesia renal ipsilateral: causa inusual de piocolpos. Reporte de caso y revisión bibliográfica. *Ginecol Obstet Méx.* 2014;82:711-5.
10. White PVK. Herlyn-Werner-Wunderlich Syndrome (HWWS): A Complex Diagnosis Requiring a Multidisciplinary Team. *J Pediatr Adolescent Gynecol.* 2014;27:207.

Recibido: 2 de marzo de 2015

Aprobado: 10 de junio de 2015

Nuria Vega Betancourt. Hospital Universitario Ginecobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: nuriavb@infomed.sld.cu