

## Septo vaginal transversal en una mujer perimenopáusica

E. González-Bosquet, A. Vela, E. Quesada, S. González-Núñez, J. Callejo y J.M. Lailla

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona. España.

### SUMMARY

Transverse vaginal septum is an uncommon congenital malformation of the genital tract. We present a clinical case of a perimenopausal woman with a transverse vaginal septum, who presented with acute pain. The U/Scan image of a cyst at hypogastric level was suspicious of an adnexial tumour, but was in fact the vagina distended by accumulated menstrual blood above the vaginal septum.

### INTRODUCCIÓN

La existencia de un tabique vaginal transverso completo o incompleto es una malformación congénita poco frecuente del tracto genital femenino<sup>1,2</sup>. Está producido por un defecto de la fusión vertical durante la embriogénesis de la vagina. Esta malformación suele detectarse sobre todo en la pubertad, cuando se trata de un tabique transverso completo, porque la colección de sangre menstrual por encima del tabique ocasiona un dolor cíclico abdominal junto con amenorrea. Si se trata de un septo incompleto puede ser un hallazgo casual en una exploración ginecológica<sup>3</sup>. Por esta razón un tabique vaginal transverso completo rara vez se detecta en mujeres en edad reproductiva o perimenopáusicas. A continuación presentamos un caso ocurrido en una mujer perimenopáusica.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 53 años, que acudió a urgencias remitida por su ginecólogo por presentar una tumoración en la zona pélvica junto con dolor abdominal intenso de 3 días de evolución.

Entre los antecedentes familiares destacaba padre hipertenso, operado de un cáncer de prostata. La paciente presentaba antecedentes de una intervención por tumoración mamaria benigna y por otosclerosis bilateral. En los antecedentes ginecológico-obstétricos destacaba menarquia a los 13 años, con ciclos atáxicos e hipermenorreas que se habían acentuado en los últimos 3 años, junto con la aparición de metrorragias. Se trataba de una mujer nulípara que refería no haber tenido relaciones sexuales y no había realizado jamás controles ginecológicos. Se encontraba amenorreica desde hacía 4 meses.

La sintomatología se inició 3 días antes cuando notó una tumoración abdominal y un dolor en esa zona, que se incrementó con el paso del tiempo. No refería dolor en los meses previos ni otra sintomatología acompañante.

Su ginecólogo le practicó una ecografía abdominal en la que se observaba una formación heterogénea de 100 × 120 mm compatible con neoformación anexial maligna izquierda (fig. 1); además, el útero medía 140 × 90 × 80 y presentaba múltiples miomas (fig. 2). No se visualizó ascitis ni el ovario derecho.

En la exploración, la paciente estaba consciente y orientada y tenía una palidez moderada de piel y mucosas. Presentaba un dolor intenso en el hipogastrio. A la palpación abdominal destacaba una tumoración que sobrepasaba en 4 cm el pubis, y aunque el abdomen era francamente doloroso, el signo de Blumberg era negativo. La vulva tenía un aspecto normal y el himen estaba íntegro, se practicó un tacto rectal en el que se palpó una tumoración que ocupaba toda la pelvis de unos 10 cm de diámetro que rechazó el recto hacia atrás pero que no lo infiltró. Se administró analgesia intravenosa y el dolor cedió. Con la orientación diagnóstica de tumoración ovárica sospechosa, se decidió programar una laparotomía. En el estudio preoperatorio sólo se observó como anormal una ane-

\_\_\_\_\_   
Aceptado para su publicación el 25 de enero del 2001.



Fig. 1. Ecografía transabdominal en la que se visualiza una tumoración quística de unos 103 mm de diámetro con ecos en su interior, indicativa de tumoración anexial izquierda sospechosa de malignidad.



Fig. 2. Ecografía transabdominal en la que se observan el útero aumentado de tamaño y la tumoración anexial izquierda quística retrouterina que desplaza el mismo.

mia (hemoglobina 8,5, hematócrito 27, volumen corpuscular medio 72 y hemoglobina corpuscular media 22,3). Se transfundieron 2 concentrados de hemáties antes de la intervención.

Se realizó laparotomía media, y se observó un útero con múltiples miomas y tumoración cervical de unos 10 cm de diámetro compatible con un mioma cervical. Se practicaron histerectomía y salpingooforectomía bilateral. Al abordar el parametrio izquierdo próximo a la tumoración se abrió una cavidad a través de la cual salió abundante líquido mucoso sanguinolento. Mediante tacto vaginal se objetivó tabique vaginal transversal completo que se identificó como vía abdominal en la cavidad abierta. La tumoración se observaba por vía abdominal; se trataba, por tanto, de una acumulación de la sangre menstrual debido al tabique vaginal transverso. Éste se seccionó por vía abdominal, permitiendo el drenaje de toda esta sangre a través de la vagina, y se finalizó la histerectomía.

El postoperatorio cursó sin incidencias, y el hemograma de control fue: hemoglobina 10,9 y hematócrito 35,5. La paciente fue dada de alta a los 7 días de la intervención con buen estado general. En el control postoperatorio al mes y medio la paciente estaba completamente normal.

La anatomía patológica informó de útero de 9,5 × 6 × 4 cm con múltiples nódulos de mioma intramurales y submucosos, el mayor de ellos medía 3,5 cm, el endometrio era proliferativo, y las trompas y ambos ovarios eran normales. El ovario derecho presentaba cuerpo lúteo quístico hemorrágico.

## DISCUSIÓN

Los septos vaginales transversos son la más frecuente malformación congénita de la vagina en mujer joven<sup>4</sup>. Su incidencia en la bibliografía es variable, y es de un caso por cada 30.000-84.000 mujeres<sup>5</sup>. No suele asociarse a malformaciones del tracto urinario, tracto digestivo, sistema musculoesquelético y cardíacas<sup>3,5</sup>. La mayoría de los casos descritos en la bibliografía se diagnostican en mujeres entre 12-17 años<sup>5-8</sup>, siendo los síntomas más frecuentes la amenorrea primaria, el dolor cíclico en el bajo abdomen y la presencia, diagnosticada mediante ecografía o resonancia magnética nuclear (RMN), de hematocolpos y, en ocasiones, hematometra. A veces, el diagnóstico del tabique puede ser casual en el transcurso de una exploración ginecológica o en el transcurso de un trabajo de parto<sup>3</sup>. En estos casos, se observa en la exploración vaginal un tabique que no deja ver el cérvix o que lo tapa parcialmente. En estos casos las mujeres pueden no haber presentado ningún síntoma previo al diagnóstico del mismo<sup>3</sup>. Nuestro caso llama la atención porque la mujer no presenta sintomatología alguna, excepto los ciclos atáxicos y la hipermenorrea, y el cuadro comenzó posteriormente de forma brusca con un dolor intenso a pesar de que presentó 3 meses previos de amenorrea. Una posible explicación sería que este tabique presentara un orificio a través del cual la paciente menstruara. Por la edad de la paciente, puede que tuviera un bache amenorreico de 2 meses que favoreció el cierre de este orificio en el tabique, y al reiniciarse la menstruación provocara una distensión de la vagina superior al tabique con clínica

de dolor y la aparición de una tumoración abdominal como describe Polasek et al<sup>5</sup> en una paciente con un tabique vaginal transverso. Sólo hemos encontrado en la bibliografía un caso similar en que el diagnóstico del tabique vaginal se realizara en la perimenopausia. Belvisi et al<sup>1</sup> describen un caso sucedido en una mujer de 49 años, que presentaba también un episodio subagudo de dolor con una importante colpohematometra (en nuestro caso sólo existió una colpometra), y ofrecen como posible causa de la obstrucción del tabique vaginal incompleto una inflamación debido a los focos de endometriosis. En nuestra paciente no se evidenciaron signos ni clínicos ni anatomopatológicos de endometriosis.

Creemos que se trata de un caso interesante, ya que la clínica y las exploraciones complementarias orientaron a un diagnóstico erróneo, también favorecido por la falta de controles ginecológicos de la paciente y la existencia de un himen íntegro.

#### RESUMEN

El septo vaginal transverso es una malformación congénita del tracto genital poco frecuente. Presentamos un caso de septo vaginal transverso que ocurrió en una mujer perimenopáusica, y que se inició con

una clínica brusca de dolor y una imagen quística en el hipogastrio, que hizo pensar que se trataba de una tumoración anexial maligna, por las características ecográficas de la tumoración, cuando en realidad se trataba de la vagina distendida por la sangre acumulada por encima del tabique vaginal.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Belvisi L, Bombelli F, Belloni C, Taccagni GL. Large colpohematometra with bilateral hematosalpinx resulting from progressive obstruction caused by incomplete vaginal septum. *Ann Ostet Ginecol Med Perinat* 1989; 110: 42-48.
2. Polasek PM, Erickson LD, Stanhope CR. Transverse vaginal septum associated with tubal atresia. *Mayo Clin Proc* 1995; 70: 965-968.
3. Sueldo CE, Rotman CA, Cooperman NR, Rana N. Transverse vaginal septum. A report of four cases. *J Reprod Med* 1985; 30: 127-131.
4. Oga M, Anai T, Yoshimatsu J, Kawano Y, Hayata T, Miyakawa I. Retrohymenal vaginal atresia with perforate transverse vaginal septum. *Gynecol Obstet Invest* 1992; 34: 190-192.
5. Meyer WR, McCoy MC, Fritz MA. Combined abdominal-perineal sonography to assist in diagnosis of transverse vaginal septum. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 882-884.
6. Hurst BS, Rock JA. Preoperative dilatation to facilitate repair of the high transverse vaginal septum. *Fertil Steril* 1992; 57: 1351-1353.
7. Wang J, Ezzat W, Davidson M. Transverse vaginal septum. A case report. *J Reprod Med* 1995; 40: 163-166.