



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO:

**“HEMOPERITONEO SECUNDARIO A TABIQUE VAGINAL
TRANSVERSO”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Ramón Tigse, Mónica Estefanía.

Tutor: Dr. Narváez Rosero, Ramiro Oswaldo.

Ambato – Ecuador

Julio, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“HEMOPERITONEO SECUNDARIO A TABIQUE VAGINAL TRANSVERSO”, de Ramón Tigse Mónica Estefanía, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado examinador designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Ambato, Mayo 2015

EL TUTOR:

.....
Dr. Narváez Rosero, Ramiro Oswaldo.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el caso clínico: “**HEMOPERITONEO SECUNDARIO A TABIQUE VAGINAL TRANSVERSO**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Mayo de 2015

LA AUTORA

.....
Ramón Tigse, Mónica Estefanía

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este análisis de Caso Clínico o parte de un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de Investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi análisis de caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autora.

Ambato, Mayo 2015

LA AUTORA

.....
Ramón Tigse, Mónica Estefanía

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el análisis de caso clínico, sobre el tema “**HEMOPERITONEO SECUNDARIO A TABIQUE VAGINAL TRANSVERSO**” de Ramón Tigse Mónica Estefanía, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Julio 2015

Para constancia firma

.....

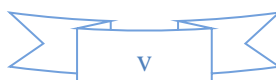
PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL



DEDICATORIA

El siguiente caso clínico lo dedico primeramente a Dios por darme la vida e iluminar mi camino para poder concluir con esta hermosa carrera como lo es Medicina.

A mi familia en especial a mi madre Carmen quien ha sido, mi amiga, confidente, la mujer que me ha brindado su apoyo, quien siempre encuentra el consejo perfecto para poder superar los obstáculos que se me han presentado.

Ramón Tigse Mónica Estefanía

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por darme la oportunidad de vivir, por ser quien ilumina mi camino, por darme salud, sabiduría, por permitirme culminar una etapa más de mi vida pudiendo realizar mi sueño como lo es el ser Médico y sobre todo le agradezco por regalarme la bendición más grande como lo es mi familia.

A mis padres, Carmen tan noble ser, quien a más de ser la mejor de las madres es mi confidente, mi amiga, consejera, quien me ha alentado a seguir adelante pese a los tropiezos que se me han presentado, gracias por ser esa luz que guía mi vida, mi mayor inspiración, ese ser incondicional que ha sacrificado muchas cosas por conseguir la felicidad y el éxito de mí y de su familia entera, sobre todo gracias por todo el amor que me ha regalado. A mi padre Miguel, por apoyarme en los momentos más difíciles de mi vida, por brindarme sus consejos para poder salir adelante y nunca rendirme frente a los obstáculos que se me han presentado.

A mi hermana Paola, una mujer excepcional, quien ha sido mi amiga, mi guía, que sin su apoyo no hubiera podido llegar a donde he llegado, simplemente gracias por tu cariño.

A mi sobrino Jordy, quien pese a su corta edad me ha enseñado lo hermoso que es la vida, brindándome todo su cariño y contagiándome de su felicidad, haciendo que mi vida sea más colorida.

A mis amigas, hermanas del alma, en especial a Gaby, Vero, Paty, Diana, Carfel, quienes supieron hacer más llevadera mi vida estudiantil, con quienes he compartido momentos inolvidables.

A la Universidad Técnica de Ambato, y a las diferentes casas de salud donde me he formado profesionalmente, por abrirme las puertas para cumplir uno más de mis sueños, por convertirse en mí segundo hogar.

Agradezco a todos los docentes por brindarme sus conocimientos no solo para nuestra formación profesional sino también humana, de manera muy especial al Doctor Ramiro Narváez, tutor de mi trabajo de graduación, por su esfuerzo, dedicación, colaboración, sabiduría y paciencia impartida para ser un profesional de éxito.

A todos ustedes GRACIAS.

Ramón Tigse Mónica Estefanía

ÍNDICE GENERAL

Contenido

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
RESUMEN.....	x
SUMMARY.....	xii
INTRODUCCIÓN	1
TEMA.....	5
OBJETIVOS.....	5
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	6
ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO	12
DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACION:	18
CONCLUSIONES:	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	23
CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA	25
ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**“HEMOPERITONEO SECUNDARIO A TABIQUE VAGINAL
TRANSVERSO”**

Autora: Ramón Tigse Mónica Estefanía.

Tutor: Dr. Narváez Rosero, Ramiro Oswaldo.

Fecha: Ambato, Mayo del 2015

RESUMEN

El tabique vaginal transverso es una patología de baja incidencia en nuestro medio y a nivel mundial; secundario a alteraciones en la génesis del aparato genitourinario. Sus síntomas son: amenorrea primaria, dolor cíclico y formación tumoral de crecimiento progresivo en el espacio abdomino-pélvico. Estudios de imagen como el ultrasonido y la resonancia magnética establecen su diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico. Entre sus complicaciones tenemos la presentación de hemoperitoneo.

Se presenta el caso de una paciente femenina de 13 años de edad, con amenorrea primaria, que acude por presentar dolor abdomino pélvico, disuria, deposiciones diarreicas y presencia de tumoración pélvica, abdomen doloroso, ligeramente depresible con disminución de RHA, sin ser valorada ginecológicamente es sometida a Laparotomía exploratoria por un diagnóstico de Abdomen agudo a D/C Apendicitis evidenciando intraoperatoriamente: hemoperitoneo, hematosalpinx bilateral, masa cervical de +/- 6x5cm, se observa vagina de características normales, se intenta realizar tacto vaginal, pero el mismo no se lo puede hacer por presencia aparentemente de tabique vaginal.

Se inicia antibioticoterapia, la ecografía transperineal reporta canal vaginal estrecho por presencia de imagen ecogénica (tabique) en un trayecto de 29mm; posteriormente es intervenida por segunda ocasión para drenaje de Hematocolpos + resección quirúrgica de tabique vaginal.

El seguimiento posterior fue satisfactorio, con permeabilidad vaginal exitosa.

PALABRAS CLAVES: AP: AMENORREA_PRIMARIA; TV: TABIQUE_VAGINAL; HP: HEMOPERITONEO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF MEDICINE

**"HEMOPERITONEUM SECONDARY A TRANSVERSE VAGINAL
SEPTUM"**

Author: Ramón Tigse Mónica Estefanía.

Tutor: Dr. Narváez Rosero, Ramiro Oswaldo.

Date: Ambato, May 2015

SUMMARY

The transverse vaginal septum is a low incidence pathology in our country and worldwide; secondary to alterations in the genesis of the genitourinary system. Symptoms include primary amenorrhea, cyclic pain and progressive growth of tumor formation in the abdominal and pelvic area. Imaging studies like ultrasound and MRI established the diagnosis. The treatment is surgical. Among its complications include the presentation of hemoperitoneum.

The case of a female patient of 13 years of age, with primary amenorrhea, who came to present pelvic abdominal pain, dysuria, diarrheal stools and presence of pelvic tumor, painful abdomen, decreased slightly depressible with RHA, without being valued gynecological presents is subjected to Exploratory laparotomy for diagnosis of acute abdomen to D / C Appendicitis showing intraoperatively: hemoperitoneum, bilateral hematosalpinx, cervical mass of +/- 6x5cm, vagina normal characteristics is observed, it is attempted pelvic exam, but it is not what you can do for presence apparently vaginal septum.

Antibiotic therapy is started, the transperineal ultrasound reports narrow vaginal canal by the presence of echogenic image (partition) at a distance of 29mm; It is

subsequently intervened a second time to drain Hematocolpos + surgical resection of vaginal septum.

The follow-up was satisfactory, with successful vaginal patency.

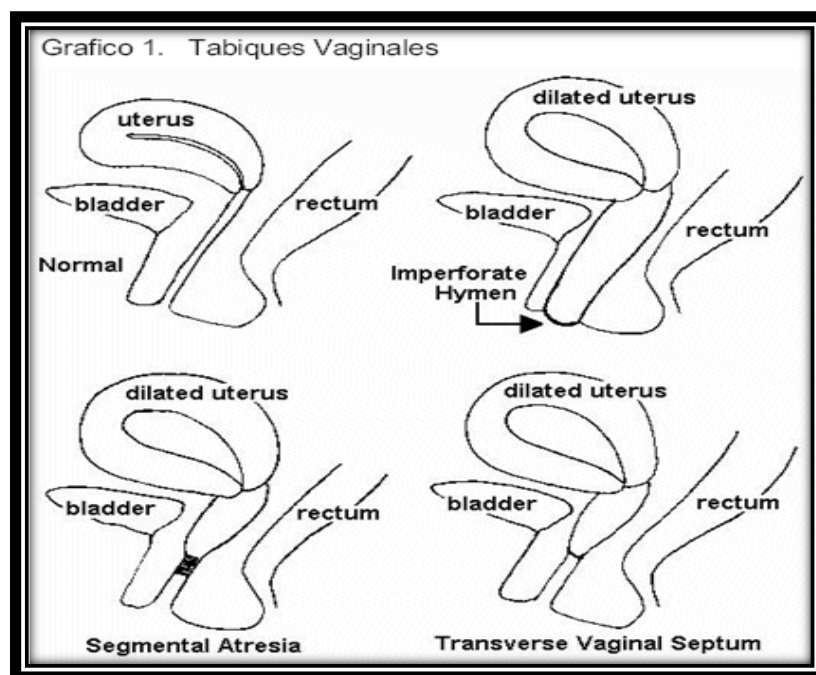
KEYWORDS: AP: PRIMARY_AMENORRHEA; SV: VAGINAL_SEPTUM, HP: HEMOPERITONEUM.

INTRODUCCIÓN

El Hemoperitoneo secundario a Tabique Vaginal Transverso (TVT) sin duda alguna es una patología que necesita tratamiento quirúrgico de inmediato, ya que puede conllevar consecuencias catastróficas entre las que destacan el compromiso con la fertilidad de la paciente y la muerte; su incidencia es baja y para llegar a su diagnóstico necesitamos de una adecuada anamnesis, exploración física completa, detallada y minuciosa, a su vez los exámenes de imagen establecen su diagnóstico.

El TVT se origina durante la etapa de embriogénesis, por falta de fusión o canalización del seno urogenital y de los conductos de Müller (Gráfico 1), ocasionando que la vagina se divida en dos segmentos: proximal y distal; reduciendo su largo funcional y obstruyendo parcial o totalmente la salida del flujo menstrual. Todo esto conlleva a que se presenten las manifestaciones clínicas y posibles complicaciones.¹

Tabiques Vaginales. (Gráfico 1)



Se presenta usualmente como una anomalía congénita no asociada a una malformación urológica, al contrario de lo que ocurre con el tabique vaginal longitudinal.³

Su incidencia es de aproximadamente 1 de cada 30,000 a 80,000 mujeres, siendo entre 12-14 años la edad de presentación más frecuente.³

Su etiología se desconoce, aunque algunos autores lo asocian con un patrón de herencia autosómica recesiva limitado al sexo femenino.³

Los septos suelen tener un espesor menor a 1 centímetro, frecuentemente con una pequeña perforación o fístula central o excéntrica. Cuanto más grueso es el tabique, más cerca se ubicará del cuello uterino.

En cuanto a su clasificación podrá ser⁷:

- ✓ TVT Perforado o,
- ✓ TVT Imperforado.

La ubicación de los TVT se puede encontrar en diferentes sitios aledaños a la vagina³:

- ✓ 46% se ubican en la parte superior de la vagina,
- ✓ 35-40% en la porción media y
- ✓ 15-20% en la parte inferior.

A la histología el tabique consiste en un estroma de tejido conjuntivo con fibras musculares, vasos sanguíneos, nervios, y epitelio por ambos lados, el que generalmente es de tipo estratificado escamoso, aunque también se han descrito con epitelio de transición y cuboide.⁷

El TVT se puede asociar a otras anomalías estructurales tales como³:

- ✓ Coartación de la aorta
- ✓ Defectos del septum interauricular

- ✓ Malformación de la espina lumbar
- ✓ Ano imperforado.

El diagnóstico se basa en una buena historia clínica, la exploración física, y las pruebas de imagen.

Formas de presentación clínica, dependerá de la edad en que se manifieste:

En neonatos, puede causar hidromucocolpos, o hidrometrocolpos por la secreción de glándulas cervicales y uterinas debido a la estimulación estrogénica materna, lo que en algunas ocasiones puede generar un efecto de masa con compresión de órganos, como uréteres, recto, vena cava, pudiendo llegar incluso al compromiso vital.⁷

Hasta la pubertad en general el tabique permanece indetectable. Su presentación varía dependiendo de si es completo o incompleto.

- ❖ Si es completo se manifiesta con amenorrea primaria a la edad de la pubertad, acompañada de dolor pélvico cíclico, causado por la retención de sangre y distensión de órganos. Al examen hay una masa en la pelvis que puede ser secundaria a hematocolpos y/o hematometra o hematosalpinx, y en ocasiones puede haber signos de hemoperitoneo. Generalmente no se aprecia abultamiento en el introito, a diferencia de lo que se observa en el himen imperforado. Al tacto rectal se palpa la ubicación y el ancho del tabique y las características del tumor pélvico.³
- ❖ Si es incompleto, puede ser asintomático (24%), o presentarse con descarga vaginal de mal olor, dismenorrea, irregularidades menstruales, dispareunia, en algunos casos imposibilidad de mantener relaciones sexuales, distocia de tejidos blandos en el parto, o infertilidad. Al examen es más fácil ver el tabique con su perforación en el período menstrual.^{3 5 7}

Algunos casos se acompañan de una pequeña fistula del tabique con piohematómetra por infección ascendente. Los genitales externos parecen normales, pero internamente la vagina está disminuida de tamaño, con obstrucción parcial o total. Los niveles de afectación pueden ir desde la vagina hasta las trompas de Falopio. La sangre menstrual retenida en la vagina, el útero y las trompas de Falopio puede dar como resultado hematocolpos, hematometra y hematosalpinx progresivos. ³

En esta patología los estudios de imagen cumplen un rol muy importante puesto que establecen el diagnóstico definitivo. El ultrasonido transperineal, transrectal, abdominal, la tomografía y la resonancia magnética establecen y determinan la ubicación del tabique, su grosor y hacen la diferencia entre un tabique alto y la ausencia congénita del cuello del útero.

En sí el tratamiento es quirúrgico. Las opciones técnicas son: incisión sencilla, escisión quirúrgica del tabique seguida por aproximación de las partes correspondientes de los bordes cortados transversalmente de las membranas mucosas superior e inferior del tabique y el uso de z-plastias de la mucosa vaginal, para prevenir la formación de cicatrices en la circunferencia. ³

El riesgo de estenosis postoperatoria puede reducirse con la colocación de un molde vaginal o dilatadores de Frank. ³

Diagnóstico diferencial se establece con himen imperforado y agenesia vaginal. ³

Su diagnóstico y tratamiento tardío puede producir:

- ✓ Endometriosis
- ✓ Adenosis vaginal
- ✓ Hemoperitoneo.
- ✓ Compromiso con la fertilidad de la paciente.
- ✓ Muerte.

CASO CLÍNICO

1.- TEMA: “HEMOPERITONEO SECUNDARIO A TABIQUE VAGINAL TRANSVERSO”

2.- OBJETIVOS:

2.1.- Objetivo General:

Determinar los factores de riesgo implicados para que se presente un Hemoperitoneo secundario a Tabique Vaginal Transverso.

2.2.- Objetivos Específicos:

- ✓ Analizar la importancia que tiene el realizar una anamnesis y exploración física completa y minuciosa prestándole gran interés al examen ginecológico si nos encontramos frente a una patología como lo es el Tabique Vaginal Transverso.
- ✓ Realizar un algoritmo diagnóstico y de manejo de Tabique Vaginal Transverso con el fin de disminuir la morbimortalidad de las pacientes que presenten dicha patología.
- ✓ Determinar las principales complicaciones que se pueden presentar en pacientes con Tabique Vaginal Transverso con el fin de brindar un diagnóstico oportuno.
- ✓ Destacar y concientizar la importancia que tiene el realizarse controles de salud permanentes previniendo así complicaciones en diversas patologías.

3.- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Datos de filiación:

Paciente de sexo femenino, 13 años de edad, nacida y residente en Saquisilí (Cochapamba), etnia indígena, católica, estudiante, grupo sanguíneo no refiere. Teléfono de referencia: 0979419201

Antecedentes Antenatales:

Producto de la 7ma gesta, no planificada, la madre recibió hierro, vitaminas y ácido fólico durante su gestación, se realizó 3 controles prenatales, ninguna complicación.

Antecedentes Neonatales:

Nacida por Parto Cefalo Vaginal, antropometría al nacer no recuerda, inmunizaciones completas (no trae carnet), ninguna complicación.

Antecedentes Patológicos Personales Clínicos y Quirúrgicos:

No refiere.

Antecedentes Gineco – Obstetras:

Menarquia: no; Telarquia y Pubarquia: 12 años; IVSA: no.

Antecedentes Patológicos Familiares:

No refiere.

Motivo de consulta: Dolor Abdominal.

Enfermedad actual:

Madre de la paciente refiere que hace 72 horas aproximadamente sin causa aparente presenta dolor abdominal, localizado en mesogastrio e irradiado a fosas

iliacas, de gran intensidad (EVA 8-9/10), tipo continuo; se acompaña de deposiciones líquidas, de mal olor, en moderada cantidad, por 4 ocasiones, amarillenta sin moco ni sangre; además se acompaña de disuria; para lo cual ingiere infusión medicinal que no especifica; sin mejoría es llevada donde facultativo el mismo que prescribe trimetropin/sulfametoxazol 800/160mg + Nimesulide con lo que encuentra mejoría por unas horas. Al no ceder sintomatología acude a esta casa de salud donde es valorada y se decide su ingreso. Al momento paciente en iguales condiciones, aparentemente estable.

Examen físico:

SIGNOS VITALES:	
FC:	86LPM
FR:	20RPM
T°:	36.5°C
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:	
PESO:	42KG – PERCENTIL 50
TALLA:	140CM – PERCENTIL 15
IMC:	21.4 – PERCENTIL 50

Paciente consciente, vigil, orientada, afebril, álgica, biotipo normosómico.

Boca: mucosas orales semi húmedas, piezas dentales completas en regular estado de conservación e higiene. ORF no congestiva.

Tórax: simétrico, expansibilidad y frémito conservado.

Pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos.

Corazón: ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos, no soplos.

Abdomen: duro, ligeramente depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio y fosa iliaca derecha, puntos ureterales medios +, Mc Burney +, Psoas -, Rovsing +, RHA disminuidos.

Región lumbar: puño percusión positiva lado derecho.

RIG: no valorado en el servicio de Emergencia.

Resto del examen físico dentro de parámetros normales.

Evolución:

Fecha: 10/11/2014; Hora: 22:30 pm.

Paciente es ingresada al servicio de Emergencia el con un Dg. de Dolor Abdominal en estudio, como tratamiento se le deja hidratación.

Se solicita exámenes de laboratorio que reportan:

- Biometría Hemática (11/10/2014): leucocitosis con desviación a la izquierda.

Leucocitos:	17.57
Hematocrito:	38.6
Hemoglobina:	13.1
Neutrófilos:	87.0
Plaquetas:	350.000

- EMO: piuria sin bacteriuria.

Color:	Amarillo
Aspecto:	lig.turbio
Densidad:	1.015
Ph:	6
Leucocitos:	negativo
Cetonas:	+
Sangre:	Trazas
Nitritos:	negativo
Piocitos:	3.20 ; /hp
Hematies:	1.22 ; /hp
Bacterias:	220

- GOTA FRESCA: cocos gram positivos +
- TP: 13
- INR: 1.11
- TTP: 32

Se revalora a paciente quien persiste con la misma sintomatología se solicita eco abdomino-pélvico pero al no contar esta casa de salud al momento con dicho recurso se le solicita a familiares que lo realicen de forma particular pero no encuentran Radiólogo. Paciente es posteriormente hospitalizada en el servicio de Pediatría (valoran escala de Tanner estadio 4), se solicita valoración por parte de Cirugía General ante reporte de exámenes se inicia Ceftriaxona 1 gr IV C12H.

Valoración por parte de Cirugía General

Fecha: 11/11/2014; Hora: 13:43 pm.

Por dolor abdominal de 3 días de evolución localizado en hipogastrio que se irradia y se mantiene en fosa iliaca derecha, ingresada en el servicio de Pediatría por un posible cuadro de abdomen agudo inflamatorio.

Al momento paciente álgica, febril (38°C); CP: normal; abdomen: tenso con reacción peritoneal, se palpa masa a nivel de FID posiblemente compatible con cuadro apendicular por los días de evolución, RHA ausentes.

Análisis sanguíneo: reporta leucocitosis + neutrofilia, resto dentro de parámetros normales.

EMO: reporta piuria sin bacteriuria.

Score de Alvarado: 9

IDG: Abdomen Agudo Inflamatorio a D/C Apendicitis.

Plan: Laparotomía exploratoria.

Tratamiento: se añade Metronidazol 500 mg IV C8H.

Intervención quirúrgica Cirugía General - Laparotomía exploratoria:

Fecha: 11/11/2014; Hora: 14:30 pm.

Bajo anestesia general, hallando hemoperitoneo de +/- 300 cc + abundantes coágulos, apéndice cecal de características normales, se evidencia sangrado a nivel de cuello uterino y se palpa una masa de +/- 6cm de diámetro, dura, fija,

por lo que se decide comunicar de caso a Ginecólogo de llamado. Se realiza secado de cavidad abdomino-pélvica con compresas y colocación de drenaje. Cirugía se realiza sin complicaciones.

Valoración Ginecológica:

Fecha: 11/11/2014; Hora: 14:39 pm.

Se evidencia hemoperitoneo, hematosalpinx bilateral, y hemorragia en cuello uterino, se palpa masa cervical de +/- 6x5cm, fija, dura, se observa vagina de características normales, se intenta realizar tacto vaginal, pero el mismo no se lo puede hacer por presencia aparentemente de tabique vaginal.

Dg: Hemoperitoneo + Hematocolpos + Tabique vaginal

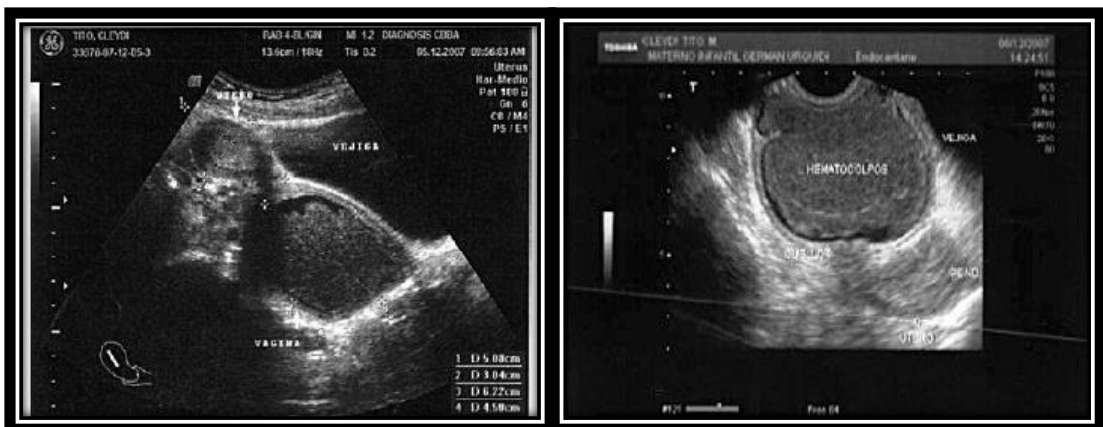
Plan: solicitar TAC abdomino pélvico para determinar extensión de tabique y valorar posterior reconstrucción, trámite por parte de Trabajo social ya que esta institución no cuenta con dicho recurso.

Tratamiento: hidratación + antibioticoterapia + protector gástrico + analgesia.

Exámenes complementarios: Eco transperineal y TAC abdomino-pélvico S/C.

Se comunica a familiares hallazgos encontrados en la intervención quirúrgica y sus posibles complicaciones, tratamiento meramente ginecológico.

Reporte de ECO abdominal y transperineal (2014/11/13):



Hígado, vesícula biliar, vías biliares sin patología. Riñones, bazo, páncreas conservados. Vejiga en repleción, de paredes regulares, espacio de Douglas libre.

Útero anteverso aumentado de tamaño, abombado por contenido líquido (sangre) en cavidad endometrial y cérvix, orificio cervical externo cerrado canal vaginal estrecho por presencia de imagen ecogénica (tabique) en un trayecto de 29 mm, espacio de Douglas libre.

Fecha: 14/11/2014; Hora: 08:16 am.

Paciente estable, con buena respuesta al tratamiento se decide realizar segunda cirugía Ginecológica, se suspende TAC solicitada.

Se solicita biometría hemática de control que reporta: neutrofilia.

Leucocitos:	5.87
Hematocrito:	39.8
Hemoglobina:	13.6
Neutrófilos:	73.1

Intervención Quirúrgica Ginecológica.

Fecha: 2014/11/14; Hora: 10:16am

Bajo anestesia general se procede a drenaje de Hematocolpos + resección de TV.

Hallazgos encontrados:

- Carúnculas himeneales sin patología a la entrada vaginal.
- A 3cm de himen se interrumpe canal vaginal x presencia de tabique vaginal transverso.
- Hematocolpos 500 cc aproximadamente.
- Cérvix abierto y distendido.

Complicaciones: no

Tratamiento: antibióticos + analgésicos.

Evolución y alta:

Fecha: 2014/11/17; Hora: 09:35am

Paciente hemodinámicamente estable, evolución clínica y quirúrgica favorable. Dada de alta con medidas generales, signos de alarma, Cefpodoxima 200mg VO C12H por 5 días, Paracetamol 1gr VO C8H X 3 días y enzimas digestivas.

Se la llama a control por consulta externa de Ginecología y retiro de puntos en 5 días, pero paciente no acude.

4.- ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

4.1.- Discusión del Caso Clínico:

El Tabique Vaginal Transverso se define como una anomalía congénita, asociado con un patrón de herencia autosómica recesiva limitado al sexo femenino. Su incidencia es baja, 1 caso entre 30000 a 70000 nacidos vivos.¹³⁷

Puede presentarse de forma aislada o asociado a otras anomalías como: útero septado, atresia y duplicidad uterina, aplasia renal o duplicidad de la vejiga y uretra.⁸

No existe factores de riesgo para la presentación de TVT, pero si determinantes en este caso la paciente es de sexo femenino, de 13 años de edad, con antecedente de amenorrea primaria, características que se presentan en esta patología.¹³⁵⁷

Factores determinantes para la presentación de complicaciones de TVT:

- No llevar periódicamente a controles de salud: Familiares por falta de conocimiento, creencias en la Medicina Natural por su etnia indígena al pensar que ciertas patologías se curan con infusiones medicinales.
- No contar con tiempo suficiente debido a sus múltiples ocupaciones, el referir que centros de salud se encuentran sobresaturados y la atención es inadecuada, se convierten en un descuido por parte de sus padres retrasando una evaluación oportuna por parte del personal de salud, sin tener en cuenta que el presentar dicho cuadro a edades pediátricas es de

suma importancia ya que sus complicaciones pueden llegar a ser catastróficas, en este caso se presentó como un Hemoperitoneo. ¹³

- No existe historia clínica en centro educativo donde estudia la paciente.
- Falta de diagnóstico precoz de su diagnóstico de base.

Acceso a la atención médica

Capacidad resolutive de la unidad para su diagnóstico y tratamiento limitada.

Consulta particular con diagnóstico diferente a la patología de base, a pesar de tener sintomatología ginecológica.

Por tanto, no hubo un adecuado manejo de la paciente en las atenciones médicas anteriores, por lo que se exacerba sintomatología y acude autoreferida con sus familiares a las 72 horas a unidad de segundo nivel Hospital IESS Latacunga, a las 10:20pm.

Atención en el servicio de Emergencia:

Valoración urgente sin interrogatorio a familiares y paciente de antecedentes Gineco-Obstétricos, encontrándose paciente álgica, con abdomen ligeramente depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio y fosas ilíacas, puntos ureterales positivos, Mc Burney y Rovsing positivos, puño percusión derecha positiva; no se realizó examen Ginecológico.

Exámenes solicitados:

- Biometría hemática: leucocitosis + neutrofilia.
- EMO: piuria sin bacteriuria.
- ECO abdominal diferido: unidad no cuenta con Radiólogo de llamado.

Análisis:

Estudio de TVT ¹³⁷:

- Anamnesis.
- Examen físico.

- Exámenes complementarios: laboratorio e imagen (eco abdominal, transperineal).

Hospitalización – Pediatría:

Diagnóstico: Abdomen Agudo

Tratamiento: hidratación + Ceftriaxona 1gr IV C12H.

Valoración - Cirugía General:

Fecha: 11/11/2014; Hora: 13:43 pm.

IDG: Abdomen Agudo Inflamatorio a D/C Apendicitis.

Plan: Laparotomía exploratoria.

Tratamiento: se añade Metronidazol 500 mg IV C8H.

Intervención quirúrgica Cirugía General - Laparotomía Exploratoria:

Fecha: 11/11/2014; Hora: 14:30 pm.

Hallazgos: hemoperitoneo de +/- 300 cc + abundantes coágulos, apéndice cecal de características normales, se evidencia sangrado a nivel de cuello uterino y se palpa una masa de +/- 6cm de diámetro, dura, fija.

Se realiza secado de cavidad abdomino-pélvica y colocación de drenaje.

Complicaciones: no.

Plan: comunicar caso a Ginecólogo de llamado.

Valoración Ginecológica:

Fecha: 11/11/2014; Hora: 14:39 pm.

Evidencian hemoperitoneo, hematosalpinx bilateral, y hemorragia en cuello uterino, se palpa masa cervical de +/- 6x5cm, fija, dura, se observa vagina de características normales, intentan realizar tacto vaginal sin éxito por presencia aparentemente de tabique vaginal.

Dg: Hemoperitoneo + Hematocolpos + Tabique vaginal

Plan: solicitar estudios de imagen (eco abdominal, transperineal y TAC abdominal)

Tratamiento: hidratación + antibioticoterapia + protector gástrico + analgesia.

Se comunica a familiares hallazgos encontrados en la intervención quirúrgica y sus posibles complicaciones, tratamiento meramente ginecológico.

ECO abdominal y transperineal (2014/11/13): confirman la presencia de tabique vaginal de 29mm de diámetro y hematocolpos.

Evolución:

Fecha: 14/11/2014; Hora: 08:16 am.

Paciente estable, con buena respuesta al tratamiento.

Plan: tratamiento Ginecológico.

Intervención Quirúrgica Ginecológica (Drenaje de Hematocolpos + resección de tabique vaginal).

Fecha: 2014/11/14; Hora: 10:16am

Hallazgos:

- Carúnculas himeneales sin patología a la entrada vaginal.
- A 3cm de himen se interrumpe canal vaginal por presencia de TV.
- Hematocolpos 500 cc aproximadamente.
- Cérvix abierto y distendido.

Drenaje de Hematocolpos + resección de tabique vaginal sin colocación de dilatadores de Frank.

Complicaciones: no

Tratamiento: antibióticos + analgésicos.

Análisis:

- **Tratamiento:** quirúrgico ^{1 3 5 7}.

- ✓ En niñas con hematocolpos realizar resección de tabique vaginal por acceso perineal, previa autorización de los padres. ³

- **Complicaciones postquirúrgicas:** estenosis vaginal.
- **Diagnóstico diferencial:** himen imperforado, agenesis vaginal.

Evolución y alta:

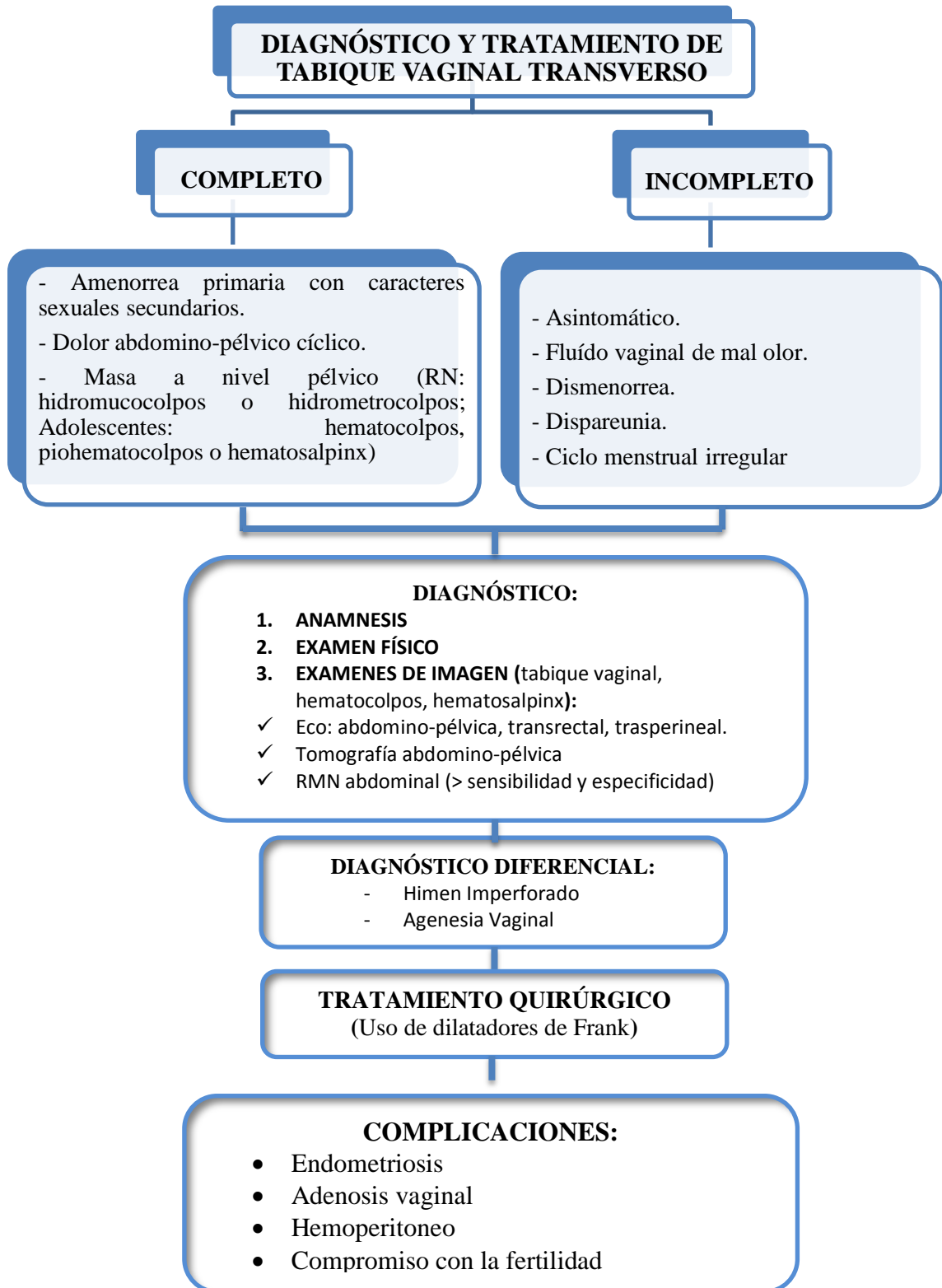
Fecha: 2014/11/17; Hora: 09:35am

Post quirúrgico con evolución favorable por 7 días, alta en buenas condiciones con indicaciones, no acude a control indicado.

4.2.- Factores de Riesgo:

- Malformaciones urogenitales genéticas.
- Lesión accidental de vejiga y recto transquirúrgica.

Se presenta un algoritmo de diagnóstico y tratamiento:



Elaborado por: Mónica Ramón

Fuente: Revisión Bibliográfica^{1 3 5 7}

5.- DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACION:

5.1.- Campo:

- Médico – Hospital IESS Latacunga

5.2.- Fuentes de recolección:

- Sistema AS400 del Hospital IESS Latacunga para acceder al historial médico completo de paciente.
- Revisiones bibliográficas y lincográficas, Artículos basados en evidencia, Revistas Médicas, Guías clínicas, de manejo de Tabique Vaginal Transverso.

5.3.- Documentos a revisar:

- Historia clínica digital de Sistema AS400.
- Reportes de exámenes complementarios.

5.4.- Personas clave a contactar:

- Conocedores del Tema (Doctores tratantes del área de Ginecología, Cirugía General)
- Paciente y familiares.

5.5.- Instrumentos:

- Entrevista directa a paciente, Entrevista directa a conocedores del tema, computador, Internet, materiales de oficina.

5.6.- Identificación De Puntos Críticos:

Ruta de usuario

- Falta de controles en centro de salud de la zona.
- Departamento médico donde estudia la paciente no cuenta con historia clínica.

- Paciente atendida por médico particular con Dg. de Infección de Vías Urinarias y tratamiento ambulatorio.
- Ingreso por Emergencia del hospital IESS Latacunga en la noche y fin de semana por médicos residentes con sintomatología descrita de 72 horas de evolución. No se realiza exámenes de gabinete (ECO abdomino-pélvico) y valoración por médicos tratantes.
- Valoración por Cirugía General con diagnóstico diferente a la patología de la paciente.
- Aumento de gasto económico tanto para familiares como para la institución.

5.7.- Caracterización de las oportunidades de mejora:

OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
Información a la población en general sobre la importancia del control médico periódicos.	Charlas de capacitación.	1 año	MSP	Personal de centro de salud. Población en general.
Capacitar al personal de salud general y especializada sobre la importancia que tiene realizar una historia clínica completa y detallada.	Charlas de capacitación	2 meses	MSP Comité de docencia intrahospitalaria.	Personal del centro de salud

Realizar diagnóstico y manejo por parte del personal médico frente a patologías Ginecológicas.	Elaborar un algoritmo de manejo	2 meses	MSP	Personal médico y de enfermería.
Elaborar calendarios de llamada médica – tratantes, para resolver emergencias.	Elaborar un oficio dirigido al director del hospital con el objetivo de contratación de médicos tratantes.	1 año	MSP	Gerente y director médico. Médicos tratantes.
Implementar servicio de Radiología especializado permanente y de llamada las 24 horas del día.	Elaborar un oficio donde se indique la necesidad de contar con un Radiólogo las 24 horas del día, de acuerdo a la demanda de pacientes.	1 año	MSP	Gerente y director médico. Radiólogo.

6.- CONCLUSIONES:

1. El realizar controles de salud periódicos y subsecuentes en unidad de salud de I nivel para valoración, capacidad resolutive y/o referencian a unidad de II nivel de atención disminuyen la comorbilidad de la población.
2. El contar con servicios de exámenes de laboratorio y especiales como un ecografía, radiología en instituciones de salud de segundo nivel hacen posible contar con un diagnóstico más temprano.
3. Se debe realizar una historia clínica completa general y ginecológica, para evitar retraso en el diagnóstico y posibles complicaciones.
4. Instituciones de segundo nivel deben contar con personal especializado en Ginecología para diagnóstico y tratamiento oportuno.
5. Se requiere capacitar a los médicos particulares sobre patologías ginecológicas poco frecuentes para su pronta referencia a un nivel de atención superior.

7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Berek, J. S. (2008). *Ginecología de NOVAK*. Lippincott Williams and Wilkins, 810-1087-1088.
2. Gutarra Canchucaja, J., Leyton Valencia, I., Esteves Osso, F., Mestanza Sáenz, M., & Cáceres, L. (2013). Manejo quirúrgico de un caso de hematocolpos por tabique vaginal transverso. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 59(2), 133-138.
3. Mex, G. O. (2014). Amenorrea primaria por tabique transverso vaginal inferior: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex*, 82, 623-626.
4. Meléndrez, R. A. J., & Fuentes, J. A. (2013). Estado actual de la clasificación, diagnóstico y tratamiento de las malformaciones müllerianas. *Ginecol Obstet Mex*, 81, 34-46.
5. Espinosa Gómez, I., Ponce Sandoval, N., González Valdés, V. M., Mora Casacó, B., González Ricardo, Y., & Marco Maya, M. D. C. (2013). Hematocolpos en la infancia. A propósito de un caso. *Correo Científico Médico*, 17(2), 208-213.
6. Ávalos, S. F., Munoz-Santanach, D., de la Maza, V. T. S., & Cubells, C. L. (2010, May). Abdominalgias de causa ginecológica: una realidad en adolescentes. In *Anales de Pediatría* (Vol. 72, No. 5, pp. 339-342). Elsevier Doyma.
8. De León, T. I. M. D., Mendizábal, L. F. M., Manzanera, M. P. C., Cofrades, J. G., Sánchez, R. S., & Martínez, C. N. (2012). Prevalencia de malformaciones müllerianas en pacientes de la Clínica de Ginecología y Reproducción Humana del Centro Médico ABC. *An Med (Mex)*, 57(4), 300-306.

9. Makris, GM, Macchiella, D., Vaidakis, D., Chrelias, C., Battista, MJ, y Siristatidis, C. (2015). Tumor abdominal en un 14-Year-Old Adolescente:. Imperforado Himen, Resultando en Hematocolpos-de un caso y revisión de la literatura *Casos clínicos en obstetricia y ginecología* , 2015 .
10. Gómez, E. B., Morales-García, V., Flores-Romero, A. L., Osorno, N. P., & Velásquez-Valdivia, A. (2012). Tabique vaginal transverso superior parcial y embarazo. *Ginecol Obstet Mex*, 80(7), 487-490.
11. Sardo, A. D. S., Spinelli, M., D'Auria, D., Zizolfi, B., & Sansone, M. (2014). Severe Vaginal Stenosis Simulating a Transverse Septum with Huge Hematocolpos in an HIV-patient: How to Make a Break in the Wall. *J Clin Case Rep S*, 1, 2.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA

1. **SPRINGER:** Deligeoroglou, E., Iavazzo, C., Sofoudis, C., Kalampokas, T., Creatsas, G. (2012). Management of hematocolpos in adolescents with transverse vaginal septum. *Archives of gynecology and obstetrics*, 285(4), 1083-1087.
2. **SCIENCEDIRECT:** Kapsalaki, E., Daponte, A., Deligeoroglou, E., Zavos, A., Fezoulidis, I., & Messinis, I. E. (2011). The role of MRI in young adolescent girls with hematocolpos. *European Journal of Radiology Extra*, 78(2), e97-e100.
3. **SCIENCEDIRECT:** Dennie, J., Pillay, S., Watson, D., & Grover, S. (2010). Laparoscopic drainage of hematocolpos: a new treatment option for the acute management of a transverse vaginal septum. *Fertility and sterility*, 94(5), 1853-1857.
4. **SCIENCEDIRECT:** Layman, L. C., & McDonough, P. G. (2010). Management of transverse vaginal septum using the Olbert balloon catheter to mobilize the proximal vaginal mucosa and facilitate low anastomosis. *Fertility and sterility*, 94(6), 2316-2318.
5. **SCIENCEDIRECT:** Krafft, C., Hartin, C. W., & Ozgediz, D. E. (2012). Magnetic resonance as an aid in the diagnosis of a transverse vaginal septum. *Journal of pediatric surgery*, 47(2), 422-425.
6. **SCIENCEDIRECT:** Díaz-Mohedo, E., Hita-Contreras, F., Luque-Suárez, A., Walker-Chao, C., Zarza-Luciáñez, D., & Salinas-Casado, J. (2014). Prevalencia y factores de riesgo de dolor pélvico. *Actas urológicas españolas*, 38(5), 298-303.

ANEXOS

1. IMÁGENES DE LA PACIENTE TOMADAS EN EL MOMENTO DE LA CIRUGÍA.



IMAGEN #1: tabique vaginal transverso.



IMAGEN #2: drenaje de hematocolpos.



IMAGEN #3: fin de cirugía con sonda vesical.

2. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA REALIZADA A PADRES DE LA PACIENTE:



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE MEDICINA

Este cuestionario forma parte de una investigación que pretende averiguar datos importantes acerca de los factores que influyeron tanto en el apareamiento de la patología así como en el desenlace de la misma, además de la atención prestada en los diferentes niveles de salud,

El cuestionario es anónimo.

La información recibida será confidencial y de único uso para el investigador del caso.

GRACIAS, por su colaboración.

TÍTULO: “HEMOPERITONEO SECUNDARIO A TABIQUE VAGINAL TRANSVERSO”

AUTORA: MÓNICA RAMÓN TIGSE.

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

NOMBRE: NN

CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA CON PADRES DE PACIENTE.

1. ¿Se le realizaban controles de salud periódicos a la paciente? ¿Por qué?

2. ¿Reconoció el problema de salud de su hija con prontitud?
3. ¿Por qué no acudió de manera inmediata en busca de atención médica?
4. Cuando reconoció el problema, ¿tomó la decisión de solicitar atención médica?
5. ¿Por qué acudió a médico particular y no a un Centro de Salud?
6. ¿Cuáles son los inconvenientes que tiene para acceder a la atención de Salud Pública?
7. ¿Qué tiempo se hace en trasladarse desde su casa a un lugar de atención de Salud?
8. ¿Hubo demoras para lograr la atención una vez que decidió solicitarla?
9. Una vez que logró tener acceso a los servicios de salud. ¿Obtuvo una atención de calidad?
10. ¿La atención en el Hospital cree que fue oportuna?
11. ¿Cree que el Hospital cuenta con todos los servicios necesarios para brindar atención a la comunidad?
12. ¿Los médicos del Hospital le explicaron que patología tenía su hija y los riesgos que conllevaba la misma?
13. ¿Piensa que el tratamiento recibido en las diferentes instituciones hospitalarias fue el adecuado?

14. ¿El manejo por parte del médico, enfermera y demás personal fue el apropiado?

15. ¿Se siente satisfecho con la atención brindada en el Hospital? ¿Por qué?

3. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA REALIZADA A PERSONAL MÉDICO DE INSTITUCIÓN DONDE ESTUDIA LA PACIENTE



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE MEDICINA

Este cuestionario forma parte de una investigación que pretende averiguar datos importantes acerca de los factores que influyeron tanto en el apareamiento de la patología así como en el desenlace de la misma, además de la atención prestada en los diferentes niveles de salud,

El cuestionario es anónimo.

La información recibida será confidencial y de único uso para el investigador del caso.

GRACIAS, por su colaboración.

TÍTULO: “HEMOPERITONEO SECUNDARIO A TABIQUE VAGINAL TRANSVERSO”

AUTORA: MÓNICA RAMÓN TIGSE.

CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA CON PERSONAL DE SALUD DE INSTITUCIÓN DONDE ESTUDIA LA PACIENTE.

1. ¿La paciente cuenta con una historia clínica?
2. ¿Se ha realizado chequeos previos la paciente?

3. ¿Cada qué tiempo se les realiza un control médico general a los estudiantes?
4. ¿Si se sospecha de una patología a dónde envían a la paciente?