



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“HEMATOCOLPOS SECUNDARIO A TABIQUE”

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autor: Alajo Hinojosa, José Ricardo

Tutor: Dr. Salazar Faz, Fernando Abel

Ambato – Ecuador

Octubre, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“HEMATOCOLPOS SECUNDARIO A TABIQUE”**, de Alajo Hinojosa José Ricardo, 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, Septiembre del 2016

EL TUTOR:

.....
Dr. Salazar Faz, Fernando Abel

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico: **“HEMATOCOLPOS SECUNDARIO A TABIQUE”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2016

EL AUTOR

.....

Alajo Hinojosa, José Ricardo

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 Autor.

Ambato, Octubre del 2016

EL AUTOR

.....

Alajo Hinojosa José Ricardo

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el análisis de caso clínico, sobre el tema “**HEMATOCOLPOS SECUNDARIO A TABIQUE**” de Alajo Hinojosa José Ricardo, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre del 2016

Para constancia firman:

.....

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 Dios, a mi familia, en especial a mis padres y mis hijos, quienes han sido, el apoyo para poder superar los obstáculos que se me han presentado.

Alajo Hinojosa, José Ricardo

AGRADECIMIENTO

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

A mi madre, Naticita, por ser tan noble, a quien a más de ser la mejor de las madres, es mi amiga, consejera en los múltiples tropiezos que se me han presentado, gracias por ser esa luz que guía mi vida, ese ser incondicional que ha sacrificado muchas cosas por conseguir la felicidad y el éxito de mí y de mi familia entera, sobre todo gracias por todo el amor que me ha regalado. Es también a quien debo echarle la culpa de ciertas cosas, ya que sino al principio de mi vida universitaria no se hubiera opuesto ella, no me hubiese encaprichado más por seguir tan noble carrera.

A mi padre José, por apoyarme en momentos de tremenda ebullición presentados en mi vida personal y universitaria; por brindarme pocos pero valiosos consejos, de esos que sin decirse, se hacen y se cumplen; los mismos que me ayudaron a poder salir adelante y nunca rendirme frente a los obstáculos que se me han presentado.

A mis hijos, Ariel Ricardo y Alisson Estefanía, para quienes va dedicado esto. Si ellos no existieran, yo no sería nada. Mi vida no tendría un porque si los dos no existieran.

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 pendientes en la vida, por convertirse en mí segundo hogar.

Agradezco a todos los docentes por brindarme sus conocimientos no solo para nuestra formación profesional sino también humana.

A todos ustedes GRACIAS.

Alajo Hinojosa, José Ricardo

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..... | viii |
| RESUMEN..... | x |
| SUMMARY..... | xii |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| OBJETIVOS..... | 7 |
| RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE..... | 7 |
| DESARROLLO..... | 8 |

| | |
|--|----|
| - Descripción Cronológica Detallada del Caso..... | 8 |
| - Factores de Riesgo..... | 20 |
| - Análisis del caso Clínico..... | 21 |
| - Identificación de Puntos Críticos..... | 23 |
| - Características de las Oportunidades de Mejora..... | 25 |
| - Propuesta de Algoritmo de Diagnóstico y Tratamiento..... | 27 |
| | |
| CONCLUSIONES..... | 28 |
| | |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: | 29 |
| | |
| ANEXOS..... | 31 |
| | |
| CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA..... | 34 |

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“HEMATOCOLPOS SECUNDARIO A TABIQUE”

Autor: Alajo Hinojosa, José Ricardo

Tutor: Dr. Salazar Faz, Fernando Abel

Fecha: Ambato, Septiembre del 2016

RESUMEN

El tabique vaginal transverso es una malformación extremadamente rara. Se debe a un defecto embrionario que puede permanecer oculto si el tabique es incompleto y requiere intervención quirúrgica si es completo. Se expone el caso clínico de una niña con esta anomalía que presentó dolor abdominal agudo debido al hematocolpos que el tabique había producido, como consecuencia de la obstrucción de la salida del flujo menstrual. Se trata de una niña de 13 años de edad, sin menarquia, con antecedentes supuestos de Infección de vías urinarias, que acudió al servicio de Emergencia por presentar un dolor abdominal intenso de 72 horas de evolución, de tipo cólico, localizado en el hipogastrio. No presentaba fiebre, vómitos ni sintomatología urinaria. El hábito dietético era normal, así como las deposiciones. En la exploración se detectaba un buen estado general y nutricional. Mostraba un desarrollo mamario y vello pubiano en estadio II de Tanner. El abdomen era blando y depresible, sin visceromegalias. Presentaba un discreto dolor a la palpación profunda en el hipogastrio y la región suprapúbica, sin masas palpables. Los

puntos apendiculares eran negativos y no había signos de irritación peritoneal. Los genitales externos eran normales.

Las pruebas analíticas practicadas en urgencias, que incluían hemograma, bioquímica, coagulación y orina simple, eran normales. Dicha paciente fue ingresada con un presunto diagnóstico de abdomen agudo.

Se solicitó una tomografía axial computarizada abdominal, donde se detectó una imagen bien delimitada y homogénea, por lo que se realizó ecografía abdominal, donde se encontró una imagen de contenido hemático de 11 cm x 9,7 cm x 7,8 cm de diámetro, localizada en el interior de la vagina, la posibilidad de un hematocolpos debido a otra malformación, se ingresa a la paciente para su estudio y tratamiento. La radiografía de tórax y el estudio cardiológico eran normales y los cultivos de orina estériles. Bajo normas de asepsia y antisepsia se realizó el drenaje de 400 ml de contenido hemático y se visualizó un tabique vaginal transverso completo en el tercio medio-inferior de la vagina de aproximadamente 1,5 cm de espesor. Se practicó una resección del tabique y, posteriormente, aparecieron ciclos menstruales.

La presentación de este caso tiene por objeto considerar la presencia de este defecto embrionario ante un cuadro agudo de dolor abdominal hipogástrico en una niña con hematocolpos y también ante una niña con desarrollo puberal, amenorrea primaria y como antecedentes leves síntomas urinarios.

PALABRAS CLAVES: HEMATOCOLPOS; TABIQUE_VAGINAL;
AMENORREA_PRIMARIA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF MEDICINE

"HEMATOCOLPOS SECONDARY TO SEPTUM"

Author: Alajo Hinojosa, José Ricardo

Tutor: Dr. Salazar Faz, Fernando Abel

Date: Ambato, September 2016

SUMMARY

The vaginal tranverse septum is an extremely rare malformation. It is due to an embryonic defect that can stay hidden if the septum is incomplete and requires surgical intervention if it is complete. It exposed the clinical case of a child with this anomaly that presented acute abdominal pain due to hematocolpos that septum had produced, as a result of the obstruction of menstrual flow.

It is about a girl of 13 years old without menarche, with a suspected background of Urinary tract infection, who came to the emergency service with a severe abdominal pain it has 72 hours of evolution, colicky, located in the lower abdomen. No fever, vomiting or urinary symptoms. The dietary habit was normal as the depositions. On the examination it was detected a good general and nutritional state. It showed breast development and pubic hair in stage II of Tanner. The abdomen was soft and depressible, without visceromegalies. She had a slight pain on deep palpation at the umbilicus and the suprapubic region, without palpable masses. Appendiceal points were negative and there were no signs of peritoneal irritation. The external genitals were normal.

Analytical tests performed in the emergency room, that include hemo, biochemistry, coagulation and simple urine were normal. This patient was hospitalized with a suspected diagnostic of acute abdomen.

It was requested an abdominal CT scan, where it was detected an homogeneous and well-defined image, so it as done an abdominal ultrasound, where was found an hematic content image of 11 cm x 9.7 cm x 7.8 cm in diamete localized inside the vagina, possibility of hematocolpos due to another malformation, the patient is hospitalized for study and treatment. Chest radiography and cardiology study were normal and sterile urine cultures. Under aseptic and antiseptic rules draining 400 mL of hematic content it was performed and a complete transverse vaginal septum in the bottom-half of the vagina of about 1.5 cm thick third visualized. Septum resection was performed and subsequently appeared menstrual cycles.

The presentation of this case has an objective to consider the presence of this embryonic defect faced with an acute hypogastric abdominal pain in a girl with hematocolpos and also in a girl with pubertal development, primary amenorrhea, and suspected background in mild urinary symptoms.

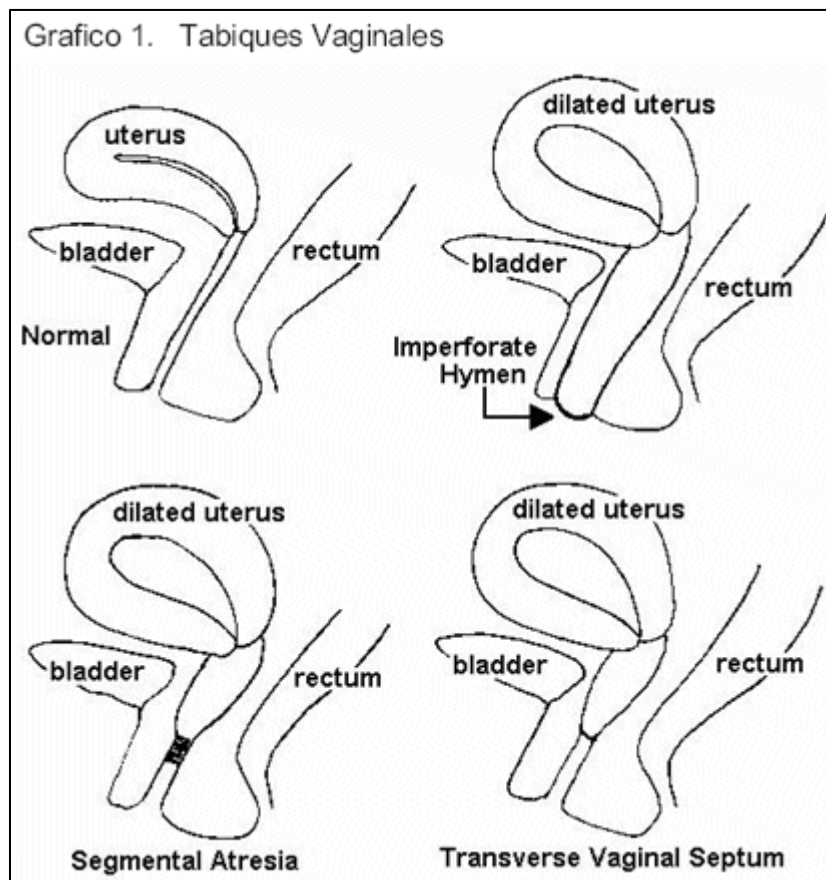
KEYWORDS: HEMATOCOLPOS; SEPTUM_VAGINAL;
PRIMARY_AMENORRHEA.

I. INTRODUCCIÓN

El Hematocolpos secundario a Tabique Vaginal Transverso (TVT) sin duda alguna es una patología que necesita tratamiento 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 ^{1,2}.

Cabe mencionar que el TVT se origina durante la etapa de embriogénesis, por falta de fusión o canalización del seno urogenital y de los conductos de Müller, 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. ^{2,3}

Tabiques Vaginales. (Gráfico 1)



Tomado de Rev. méd. (Cochabamba), García M., Terán R., Tabique vaginal transverso, a propósito de un caso, 2009

Existen varias clasificaciones, a las que pertenece este tipo de malformaciones congénitas, una de ellas, la de Spencer y Levy, que describe al caso clínico que se presenta como: Tipo II u obstrucción media, membrana vaginal transversa media.³

Grafico 2. Clasificación de Spencer y Levy

| MALFORMACIONES DE LA PLACA VAGINAL | |
|------------------------------------|--|
| Tipo I | OBSTRUCCIÓN BAJA: HIMEN IMPERFORADO |
| Tipo II | OBSTRUCCIÓN MEDIA: MEMBRANA VAGINAL TRANSVERSA MEDIA |
| Tipo III | OBSTRUCCIÓN ALTA: ATRESIA VAGINAL |
| Tipo IV | HIDRO MUCO HEMATO COLPOS, PERSISTENCIA SENO UROGENITAL |
| Tipo V | HIDRO MUCO HEMATO COLPOS, PERSISTENCIA SENO UROGENITAL Y MALFORMACIÓN ANO RECTAL |

Tomado de Rev. méd. Modificación de conducta en las aplasias y displasias de vagina. 2011: Vol. 64 N° 1

Su etiología se desconoce, aunque algunos autores lo asocian con un patrón de herencia autosómica recesiva limitado al sexo femenino. Ciertos autores han planteado un origen genético, dado que se puede repetir en varios miembros de una familia.⁴

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)^{3,6}.

Su incidencia exacta es desconocida. Tiene una frecuencia aproximada de 1/-30000 a 70.000 pacientes ginecológicas, siendo entre 12-14 años la edad de presentación más frecuente.^{3,5,6}

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

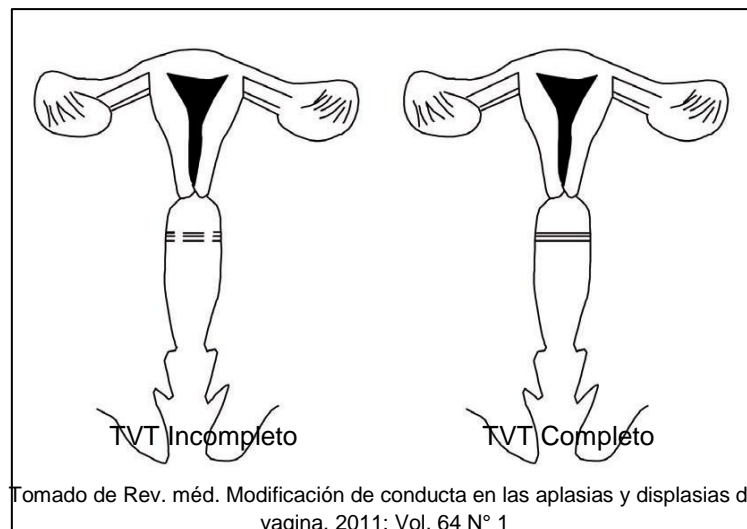
Los septos suelen tener un espesor menor a 1 centímetro, frecuentemente con una

pequeña perforación o fístula central o excéntrica. Cuanto más grueso es el tabique, más cerca se ubicará del cuello uterino.^{2,3}

En cuanto a su clasificación podrá ser:^{1,3}

- ✓ TVT Perforado o incompleto,
- ✓ TVT Imperforado o completo.

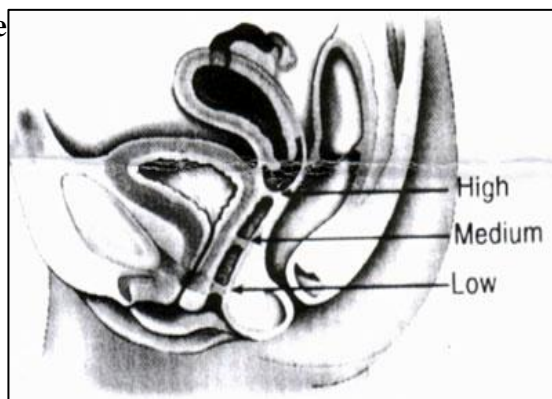
Tabiques Vaginales Transversos. (Gráfico 3)



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.

Ubicación de



Tomado de Rev. méd. Modificación de conducta en las aplasias y displasias de vagina. 2011: Vol. 64 N° 1

El TVT se puede asociar a otras anomalías estructurales tales como ³:

- Coartación de la aorta
- Defectos del septum interauricular
- Malformación de la espina lumbar
- Ano imperforado.

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. ^{2,3,5}

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. Las manifestaciones clínicas son secundarias a la compresión de la formación tumoral en contra de los órganos vecinos, como desplazamiento hacia delante de la vejiga, uréteres hacia los costados y formación de hidrouéteres e hidronefrosis, compresión del recto que ocasiona estreñimiento e, incluso, obstrucción intestinal. Algunos casos se acompañan de una pequeña fistula del tabique con piohematómetra por infección ascendente. En la exploración rectal se palpa una formación tumoral alrededor de la parte anterior del recto ^{3,5}.

- 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}

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

El diagnóstico se basa en una buena historia clínica, la exploración física, y las pruebas de imagen^{2,4,5,6}

En esta patología los estudios de imagen cumplen un rol muy importante puesto que establecen el diagnóstico definitivo.^{7,8,9} El ultrasonido, abdominal o pélvico, 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.

La ecografía pélvica actualmente es suficiente para su diagnóstico⁷, aunque la Resonancia Magnética (RM), es el método de elección para el diagnóstico de este tipo anomalías, como para las uterinas, ya que nos aporta información de las características externas e internas de las mismas, permitiendo valorar el diferente contraste de los tejidos a través de diferentes secuencias así como también obtención de imágenes multiplanares, descartando diagnósticos diferenciales^{2,7}. Con este estudio se puede planificar la terapéutica de las diferentes malformaciones, ya sean congénitas o adquiridas, y de patologías asociadas a las mismas.

La RM presenta la ventaja de ser una técnica no invasiva, de elevada sensibilidad y especificidad (> 95 %), la desventaja es su elevado costo^{7,9}.

En sí el tratamiento es quirúrgico.^{1,2,4,5,7}

Hay que destacar que, si la paciente se presenta con dolor por una de las complicaciones como es el hematocolpos, dicho dolor se puede controlar con supresión de la actividad del endometrio por un agonista de la GnRH o anticonceptivos orales continuos y la cirugía puede retrasarse. Esto también puede dar tiempo a que la dilatación del segmento vaginal sea menor, lo que podría mejorar la facilidad de la reparación quirúrgica.⁵

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.^{1,2,5}

El tratamiento estándar consiste en himenectomía en T, en X o cruciforme, en quirófano, bajo anestesia general, seguido por excisión del tejido sobrante y drenaje del material hemopurulento acumulado. Algunos expertos utilizan incisiones circulares o elípticas. Se debe dejar un orificio himeneal con un diámetro de aproximadamente 1 dedo para impedir que se cierre de nuevo. Hacer una sutura continua de reabsorción tardía de 4-0, impidiendo la cicatrización precoz del orificio creado.⁴

No se recomienda el lavado vaginal con sueros ni soluciones antisépticas, por la posibilidad de ascensión de gérmenes a través de cérvix.^{2,4}

El riesgo de estenosis postoperatoria puede reducirse con la colocación de un molde vaginal o dilatadores de Frank.^{1,3}

El diagnóstico diferencial se establece con himen imperforado y agenesia vaginal.^{1,2,5}

En este caso, se puede añadir un diagnóstico diferencial con una presentación de Abdomen agudo o una alteración a nivel de las vías urinarias^{3,5}.

Su diagnóstico y tratamiento tardío puede producir^{1,3}

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

✓ Muerte.

II.- OBJETIVOS:

1.- General

- ✓ Evaluar la calidad de atención médica para el diagnóstico del Hematocolpos.

2.- Específicos

- ✓ Analizar la oportunidad de diagnóstico del Hematocolpos
- ✓ Indagar la pertinencia en la solicitud de exámenes complementarios para diagnóstico del Hematocolpos.

III.- RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:

- DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACION:

1.- Campo:

- Médico – Hospital IESS Latacunga

2.- Fuentes de recolección:

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

3.- Documentos a revisar:

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

4.- Personas clave a contactar:

- Conocedores del Tema
(Médicos Tratantes del Área de Ginecología, Cirugía General Y Pediatría)

- Paciente y familiares.

5.- Instrumentos:

- Entrevista directa a paciente
- Entrevista directa a conocedores del tema
- Computador
- Internet
- Materiales de oficina.

IV. DESARROLLO

1.- DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

Datos de filiación:

Fecha de ingreso: 12/10/2015

Nombre: L.M.

Edad: 13 años 11 meses

Sexo: femenino

Etnia: mestiza

Lugar de nacimiento: Latacunga

Fecha de nacimiento: 05/11/2001

Grupo sanguíneo: ORH +

Fuente de información: directa e indirecta (padre)

Padre: Pedro. Edad: 39 años, ocupación: vulcanizador

Madre: Laura. Edad: 38 años, ocupación: conserje

Antecedentes Antenatales:

Producto de la tercera gesta, no planificada, medicación recibida: vitaminas + hierro

Complicaciones: ninguna

Ecos: 1, reporte normal

Controles prenatales: 2, normales

Antecedentes Neonatales:

Nacido por parto cefalovaginal, a término, en el Hospital General de Latacunga.

Antropometría: Talla: no recuerda; Peso: no recuerda; Perímetro cefálico: no recuerda

APGAR: No recuerda

Inmunizaciones: Vacunas completas para la edad gestacional, según esquema de vacunación. (no trae carnet)

Antecedentes Postnatales:

Lactancia exclusiva: 5 meses

Inicio de alimentación complementaria: 5 meses

Ablactación: 1 año 8 meses

Sostén cefálico: 3 meses

Sedestación: 5 meses

Gateo: 7 meses

Bipedestación con apoyo: 9 meses

Bipedestación sin apoyo: 1 año 2 meses

Deambulación con apoyo: 1 año 4 meses

Deambulación sin apoyo: 1 año 6 meses

Monosílabos: 5-6 meses

Control de esfínteres: 1 año 3 meses

Desarrollo psicomotor: normal aparentemente

Desarrollo pondoestatural: normal aparentemente

Relaciones intrafamiliares vive con madre, padre y 2 hermanas mayores.

Antecedentes Gineco-obstétricos:

Menarquia: No

Telarquia y Pubarquia: 12 años

Inicio de vida sexual activa: No

Antecedentes Patológicos Personales:

- Infección de vías Urinarias más Parasitosis, hace 3 meses, diagnosticada en Hospital IESS – Latacunga, sin tratamiento, debido a que paciente no acude a control con resultados
- Infección de vías Urinarias, hace aproximadamente 1 mes, tratada particularmente
- Infección de vías Urinarias, hace 10 días, diagnosticada en Hospital IESS – Latacunga, donde se le solicitó un Uroanálisis, sin obtener reporte. Tratada con
 - Amoxicilina Caps. 500mg TID VO Por 5 Días
 - Paracetamol Tab.500mg TID VO Por 3 Días
- Infección de vías Urinarias, hace 8 días acude al Servicio de Emergencia, donde cambian de antibiótico:
 - Cefalexina Cap. 500 mg, una capsula cada 6 horas por 7 días
 - Paracetamol Tab.500MG TID por 3 Días

Antecedentes Patológicos Familiares:

Madre con HTA

Abuelos maternos con HTA y Diabetes.

Tío paterno con epilepsia

Motivo de consulta: Dolor Abdominal

Enfermedad actual:

Paciente refiere que hace 3 meses como fecha real y 24 horas como fecha aparente anterior a su ingreso, sin causa aparente y de inicio insidioso, presenta dolor en hipogastrio, que se irradia a flanco izquierdo, de tipo cólico, cíclico, de moderada intensidad, acompañado de disuria, poliaquiuria por lo que acude al Servicio de Emergencia de esta casa salud donde valoran y refieren encontrar masa en fosa iliaca izquierda por lo que se decide su ingreso.

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.
Estadio II de Tanner.

Boca: mucosas orales semihúmedas, 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: 12/10/2015; Hora: 22:30 pm.

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

Se solicita exámenes de laboratorio que reportan:

- Biometría Hemática (12/10/2015): Normal

| | |
|---------------------|-------------|
| Leucocitos: | 6.49 |
| Hematocrito: | 43,2 |
| Hemoglobina: | 14.4 |
| Neutrófilos: | 44,5 |
| Plaquetas: | 320.000 |

- EMO: piuria sin bacteriuria.

| | |
|--------------------|-----------------|
| Color: | Amarillo |
| Aspecto: | lig.turbio |
| Densidad: | 1.015 |
| Ph: | 6 |
| Leucocitos: | negativo |
| Cetonas: | + |
| Sangre: | Trazas |
| Nitritos: | negativo |

| | |
|-------------------|------------|
| Piocytes: | 10-12/CAMP |
| Hematies: | negativo |
| Bacterias: | ++ |

- GOTA FRESCA: Cocos Gram positivos +
- TP: 13
- INR: 1.11
- TTP: 32
- Prueba de embarazo: Negativa

Se revaloró a paciente quien persistió con la misma sintomatología; se solicitó 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, sin embargo no se encontró a Radiólogo particular. Paciente posteriormente permaneció en observación en el Servicio de Emergencia, con un diagnóstico de Dolor abdominal y pélvico; donde se le mantuvo con las siguientes indicaciones:

1. NPO
2. CSV
3. Lactato Ringer 1000 cc IV Cada 12 Horas
4. Tramadol 50 Mg IV diluido lento
5. Metoclopramida IM PRN
6. Interconsulta a Pediatría
7. Interconsulta a Cirugía General

Valoración por parte de Pediatría

2015/10/13 Hora: 9:22

Se mantiene el Diagnóstico de Masa abdominal en estudio

La paciente refiere que permanece tranquila

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada

Hemodinámicamente estable.

En abdomen, lo que llamó la atención, fue que se encontraba suave, depresible, doloroso a la palpación a nivel de fosa iliaca izquierda, se palpó masa de 6 cm aproximadamente, móvil, suave, dolorosa, RHA presentes

Análisis:

Paciente al momento estable, EMO normal, Biometría hemática dentro de los Parámetros, prueba de embrazo negativo, coproparasitario: alterado.

Plan:

Se le dejó indicado analgesia (Tramadol 50 miligramos IV) por razones necesarias,.

Se solicitó tramitar eco abdominal y pélvico.

Se Interconsulta a Cirugía General

Novedades.

Nota:

Debido a que en ese momento no se encontraba el personal encargado de las Ecografías en la institución, se consultó con Trabajo Social sobre la posibilidad de realizar eco abdominal y Pélvico por medio de prestadores de servicios de Imagenología de convenio con la casa de salud, pero se informó que se puede ayudar con dicho examen dentro de una semana, pero al ser carácter urgente, se decide solicitar una TAC abdominal.

Valoración por parte de Cirugía General

2015/10/13 Hora: 9:49

Se mantiene el Diagnóstico de Masa abdominal en estudio

La paciente refiere que permanece tranquila

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada

Hemodinámicamente estable.

En abdomen, lo que llamó la atención, fue que se encontraba suave, depresible, doloroso a la palpación a nivel de fosa iliaca izquierda, se palpó masa de 6 cm aproximadamente, móvil, suave, dolorosa, RHA presentes

Análisis: paciente con presencia de masa abdominal en hipogastrio y con ausencia de menstruación hasta la fecha se solicitó eco abdominal y pélvico, el cual está pendiente y se comunica que la institución no dispone por el momento de ecografista.

Indicaciones

Se solicitó valoración a Ginecología, ante la sospecha de Hematocolpos, Himen Imperforado, Útero bicorne

Valoración por parte de Ginecología

2015/10/13 hora: 19:12

Se valora a paciente de 13 años, con antecedentes de Infección de vías urinarias, al momento presenta leve dolor abdominal

Enfermedad Actual:

Madre de la paciente refiere que presentó dolor abdominal tipo cólico desde hace 3 meses cíclico (3 – 4 días en el mes).

Además presenta náusea y vómito por lo que acude a Emergencia por 3 ocasiones, donde le tratan por infección de vías urinarias al persistir la molestia acude hace 24 horas donde presenta masa abdominal e intenso dolor en fosa iliaca izquierda.

Se solicitó prueba de embarazo, la misma que fue negativo.

EXAMEN FÍSICO

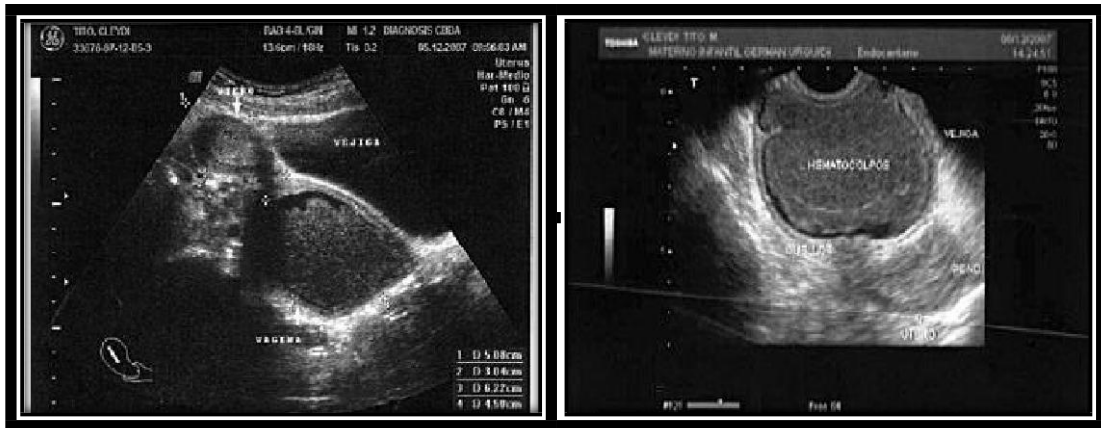
Paciente consciente orientada álgica

Abdomen se observa distendido masa a nivel de hipogastrio de aproximadamente 20 cm. de diámetro, dura, dolorosa a la palpación, lateralizada hacia el lado izquierdo

RIG: himen de características normales

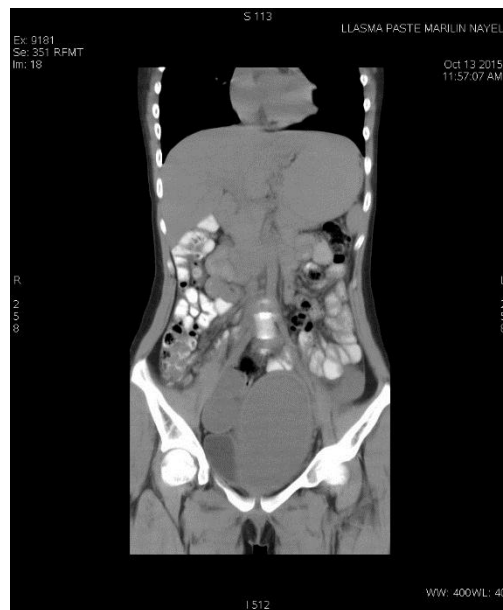
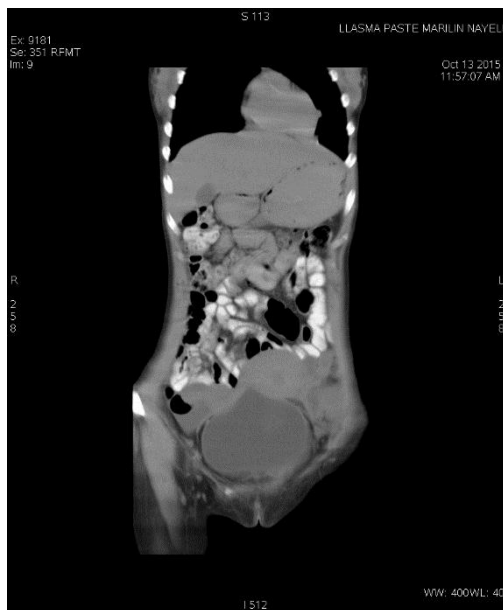
No colabora para realizar tacto vaginal

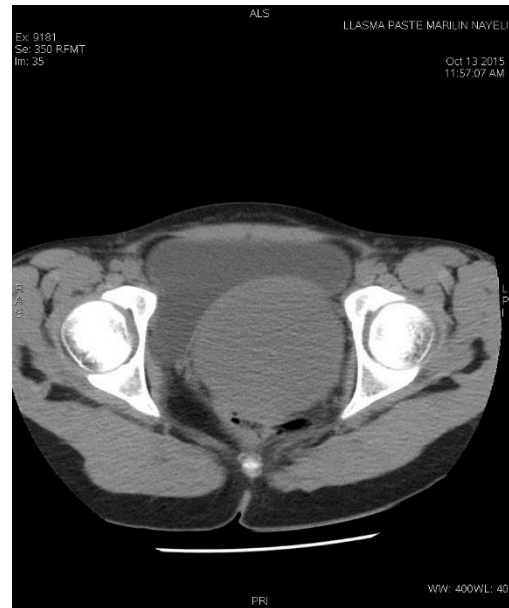
Paciente, se realiza ecografía pélvicaparticularmente, donde se evidencia masa a nivel pélvica sobrepasa los límites del transductor mide aproximadamente 11 cm x 9,7 x 7,8 cm. Aparenta mayor tamaño hacia fondo se visualiza aparentemente trompa distendida con movimiento de líquido hacia cavidad abdominal además anexos izquierdo hiperecogénico mide 4,3 x 3,9 x 3 cm



Imágenes cortesía del Servicio de Ginecología y obstetricia, Hospital IESS – Latacunga, previa autorización de paciente y familiares.

Se recibe Tac de Abdomen, sin informe, donde se evidencia masa a nivel pélvica





Imágenes cortesía del Servicio de Ginecología y obstetricia, Hospital IESS – Latacunga, previa autorización de paciente y familiares.

Se llega al Diagnóstico de

- ✓ Hematocolpos
- ✓ Tabique vaginal transverso completo

Con este cuadro, se decide el ingreso al Área de Ginecología y Obstetricia, para la programación de cirugía, para lo cual se indica:

1. Dieta blanda, NPO desde las 22h00
2. CSV
3. Reposo relativo
4. Lactato Ringer 1000 cc IV a 125 cc/h
5. Ketorolaco 30 mg IV c/8h
6. Metoclopramida 10 mg IV PRN
7. Rantidina 50 mg IV c/12h
8. Novedades

Intervención Quirúrgica - Ginecológica:

Fecha: 14/10/2014; Hora: 10:57 am.

Paciente de 13 años en amenorrea primaria con antecedente de dolor pélvico, tipo cólico cíclico desde hace aproximadamente un año, ayer ingresada al servicio de Ginecología con dolor abdomino - pélvico de moderada intensidad. Estudios de imagenología corroboran el diagnóstico de hematocolpos, hematometra, y hematosalpix.

Bajo anestesia general se procede a examen ginecológico encontrando un tabique vaginal transverso a 1.5 cm del introito. Se procede a realizar una incisión en Cruz del tabique con salida de abundante fluido hemático espeso. Se deja sonda Foley como tutor

RP.

1. - Dieta normal en la tarde
2. - Terminar vía y retirar
3. - Ibuprofeno 400mg VO c/8h
4. - Cefazolina 1 gr IV STAT (ya)
5. - Mantener Sonda Foley

Protocolo operatorio

Fecha: 14/10/2015

Diagnostico preoperatorio: hematocolpos + tabique vaginal transversal

Diagnostico postoperatorio: Idem

Cirugía programada: incisión circuncisional

Cirugía realizada: idem

Team:

Cirujano: Dr Narvaez

Primer ayudante: Dra Collaguazo

Segundo ayudante: Md Alicia Mariño

Instrumentista: Lcda. de turno

Anestesia: Dra. Erazo Tipo: Raquídea

Fecha: 14/10/2015

Tiempos quirúrgicos

*Diéresis: Incisión en cruz

*Exposición: separadores Farabeu y sonda Foley N° 16 y bisturí N° 11

*Exploración y hallazgos:

1. Tabique transverso a 1cm de introito

2. Líquido hemático abundante espeso, aproximadamente 400 cc

Procedimiento operatorio

1.- Asepsia y antisepsia

2.- Colocación de campos

3.- Diéresis descrita

Exposición manual e instrumental

Excisión en cruz sobre el tabique vaginal transverso

Drenaje del hematocolpos

Revisión de la hemostasia de los bordes cortados del tabique vaginal transverso

Colocación de tutor (sonda Foley)

Complicaciones: ninguna

Material blanco: completo

Histopatológico: no

Se solicita biometría hemática de control que reporta: normal.

| | |
|---------------------|-------------|
| Leucocitos: | 5.87 |
| Hematocrito: | 39.8 |

Hemoglobina: 13.6

Neutrófilos: 55,3

Evolución y alta:

Fecha: 2015/10/15 Hora: 9:38

Evolución AM

Paciente de 13 años

DH: 2

IDg: Postqx de drenaje de hematocolpos por tabique vaginal transverso de 13h

S: Paciente asintomática

O: Paciente consciente orientada afebril

TA: 90/60 FC: 75

Cardiopulmonar normal

Abdomen: suave depresible, no doloroso a la palpación

RHA presentes

RIG: genitales con escaso sangrado achocolatado; sonda Foley se mantiene en cavidad uterina, deja residuo achocolatado, aproximadamente 15 cc

A: Paciente estable

P: Indicaciones

Se decide dar el alta, debido a que no se presentó ninguna complicación posquirúrgica.

Rp.

1.-Alta

2.-Reposo 15 Desde Ingreso (Control Martes 20 de Octubre/2015, 7:30am)

3.-Ampicilina jarabe 1 Tp VO C6h por 7 días

4.-Metronidazol 5cc VO C12h por 7 días

5.-Paracetamol 1 tab c/8h por 5 días

2.- FACTORES DE RIESGO:

Los factores de riesgo son circunstancias o situaciones que condicionan la probabilidad de

presentar una patología. Estos factores se pueden observar en la población sana y aumentan el riesgo sufrir una enfermedad la identificación de los mismos es imprescindible para la prevención primaria de salud.

Algunos factores predisponentes en el apareamiento del Hematocolpos secundario a tabique vaginal incluyen:

- Malformaciones urogenitales genéticas.
- Lesión accidental de vejiga y recto transquirúrgica.
- Sexo femenino
- Etiología desconocida

3.- ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

- 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.²³

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.

- Factores determinantes para la presentación de complicaciones de TVT:

- El 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, que pueden conllevar a la realización de Hemoperitoneo^{1 3}

- 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, y no proceden a tratamientos quirúrgicos, comprobados científicamente.^{1,2,4,5,7}
- No existe historia clínica en centro educativo donde estudia la paciente.
- Falta de diagnóstico precoz de su diagnóstico de base.
- Falta de un pronto y oportuno diagnóstico.

Acceso a la atención médica

Capacidad resolutoria 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, sin percatarse varias veces los médicos del cuadro que presentaba.

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: normal
- EMO: piuria sin bacteriuria.
- ECO abdominal diferido: unidad no cuenta con Radiólogo de llamado.
- TAC DE ABDOMEN: se diagnostica Hematocolpos

Resolución:

- Quirúrgica

Oportunidades de remisión

En este caso se necesitó remisión a diversas especialidades, entre ellas Pediatría, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia.

No fue necesario la remisión a otra casa de salud de mayor complejidad, debido a que se pudo diagnosticar a tiempo el cuadro.

Trámites administrativos

Los trámites administrativos no fueron oportunos, debido a que no se contaba con ecografista en dicha casa de salud, aunque se logró realizar otro examen de imagen (TAC), que orientó a descartar otras patologías.

4. 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.

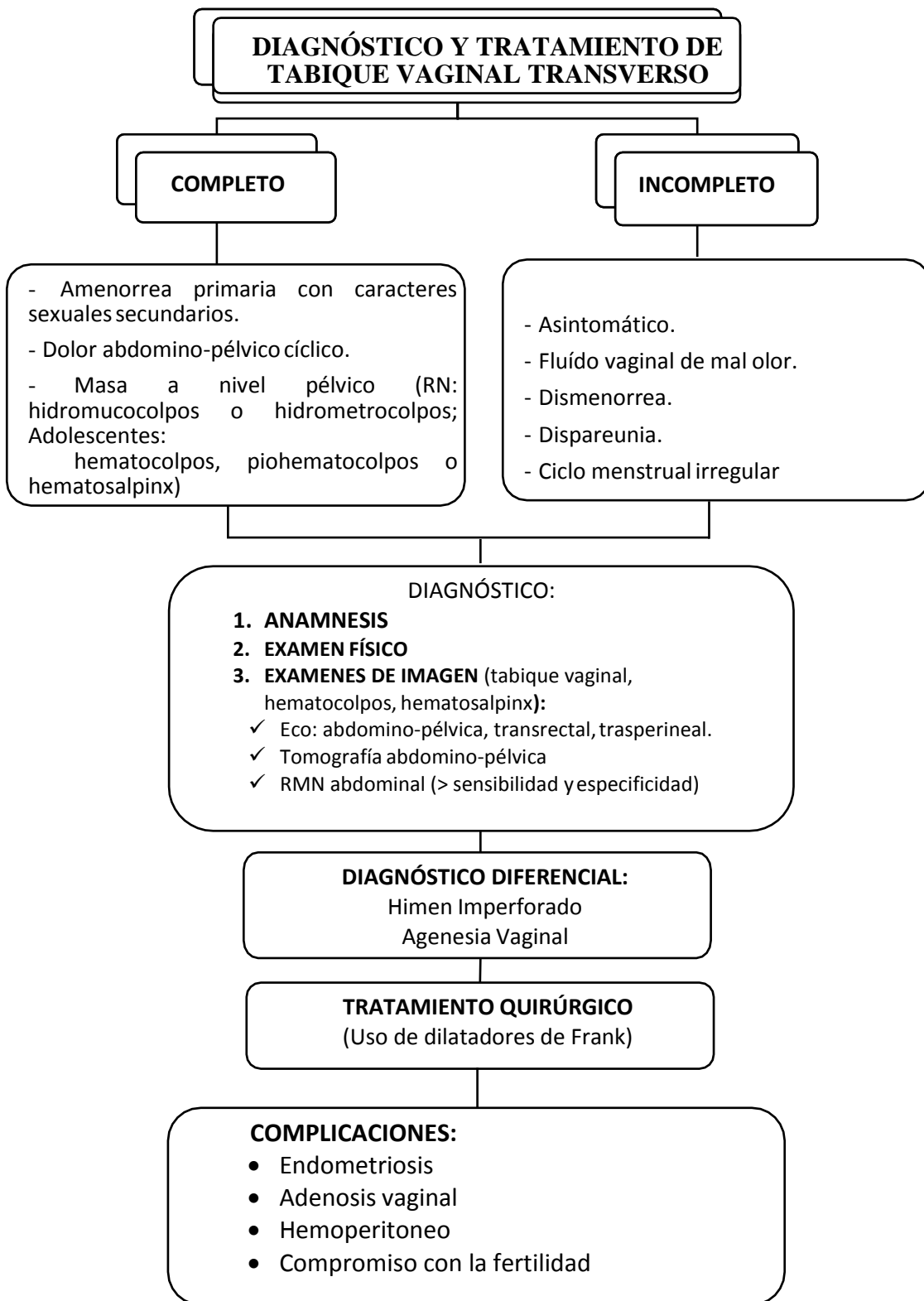
- Paciente atendida por médico particular con diagnóstico de Infección de vías urinarias y tratamiento ambulatorio.
- Ingreso por Emergencia del Hospital IESS Latacunga en la noche por médicos residentes con sintomatología descrita de 72 horas de evolución.
- A su ingreso, no se realiza exámenes de gabinete (ECO abdomino-pélvico) y valoración por médicos tratantes.
- Aumento de gasto económico tanto para familiares como para la institución.

5.- CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

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

| | | | | |
|---|---|---------|-----|--|
| 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. - PROPUESTA DE ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO:



Elaborado por: José Alajo H.

Fuente: Revisión Bibliográfica^{1, 2, 3, 5, 7}

V. - CONCLUSIONES:

1. Basándose en la calidad de oportunidad y accesibilidad de atención a la paciente y en controles de salud periódicos para la valoración, hacen un reflejo de un mal manejo de la paciente, provocando errores y por ende de un demorado diagnóstico oportuno.
2. El no contar con servicios de exámenes de laboratorio y especiales como un equipo de Ecografía, o Resonancia Magnética Nuclear en instituciones de salud de segundo nivel, hacen difícil contar con un diagnóstico más temprano.
3. Se requiere capacitar a los médicos particulares sobre patologías ginecológicas poco frecuentes para su pronta referencia a un nivel de atención superior, haciendo que se vuelva más pertinente la solicitud de exámenes complementarios adecuados, para un pronto y oportuno diagnóstico.

VI. - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BIBLIOGRAFÍA

1. Ávalos F., Muñoz D., De La Maza S., Cubells L. Abdominalgias de causa ginecológica: una realidad en adolescentes. In *Anales de Pediatría*. Elsevier Doyma, 2010; Vol. 72, No. 5, pp. 339-342). (12)
2. Bautista E., Morales V., Flores A., Pizarro N., Velásquez A. El tabique vaginal transverso superior parcial y embarazo. *Ginecol Obstet Mex.*, 2012; 80 (7):487-490. (7)
3. Berek, J. Ginecología de Berek y Novak. 15a ed. Lippincott Williams and Wilkins, c2012; Capítulo 30, Amenorrea; 1045-1050. (1)
4. Bonillo G., Pacheco J., Palmero M. Fístulas vesicouterinas. Nuestra experiencia tras 25 años. *Actas Urol Esp*, 2003; (9):707-12.(4)
5. De León D., Mendizábal M., Manzanera C., Cofrades G., Sánchez R., Martínez C. Prevalencia de malformaciones müllerianas en pacientes de la Clínica de Ginecología y Reproducción Humana del Centro Médico ABC. *An Med (Mex)*, 2012; 57(4), 300-306.(13)
6. Espinosa I., Ponce N., González M., Mora B., González Y., Marco C. Hematocolpos en la infancia. A propósito de un caso. *Correo Científico Médico*, 2013; 17(2), 208-213. (11)
7. González A., Velásquez J. Amenorrea primaria por tabique transverso vaginal inferior: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex*, 2014; 82:623-626.(5)
8. Gutarra J., Leyton I., Esteves F., Mestanza M., Cáceres, L. Manejo quirúrgico de un caso de hematocolpos por tabique vaginal transverso. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2013; 59(2), 133-138. (2)
9. Meléndrez, R., Fuentes, J. Estado actual de la clasificación, diagnóstico y tratamiento de las malformaciones müllerianas. *Ginecol Obstet Mex*, 2013; 81, 34-46.(10)
10. MR Imaging of Disorders Associated with Female Infertility: Use in Diagnosis, Treatment, and Management (American Fertility Society

- classification of müllerian), Radiographics, c2013; 23: 1401-1421.(9)
11. Rumack M., Diagnóstico por ecografía, 4ª Ed., Editorial Marban, c2014; Sección V, Capítulo 56, Pág. 1864-1893,.(8)

LINKOGRAFÍA

1. Bustos P., Smirnow M. Tabique vaginal transverso y atresia vaginal. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2003 [citado 2016 Ago 10] ; 68(3): 229-234. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000300006&lng=es.(6)
2. García M., Terán R., Peñaloza J., Lucy A. Tabique vaginal transverso, a propósito de un caso. Rev. méd. (Cochabamba) [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2016 Ago 10] ; 20(30): 36-43. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092009000100008&lng=es.(3)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA

1. **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.
2. **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 urologicas espanolas*, 38(5), 298-303.
3. **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.
4. **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.
5. **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.
6. **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.

VII.- ANEXOS

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



IMAGEN DE ANEXOS #1: tabique vaginal transverso.



Imágenes cortesía del Servicio de Ginecología y obstetricia, Hospital IESS – Latacunga, previa autorización de paciente y familiares.

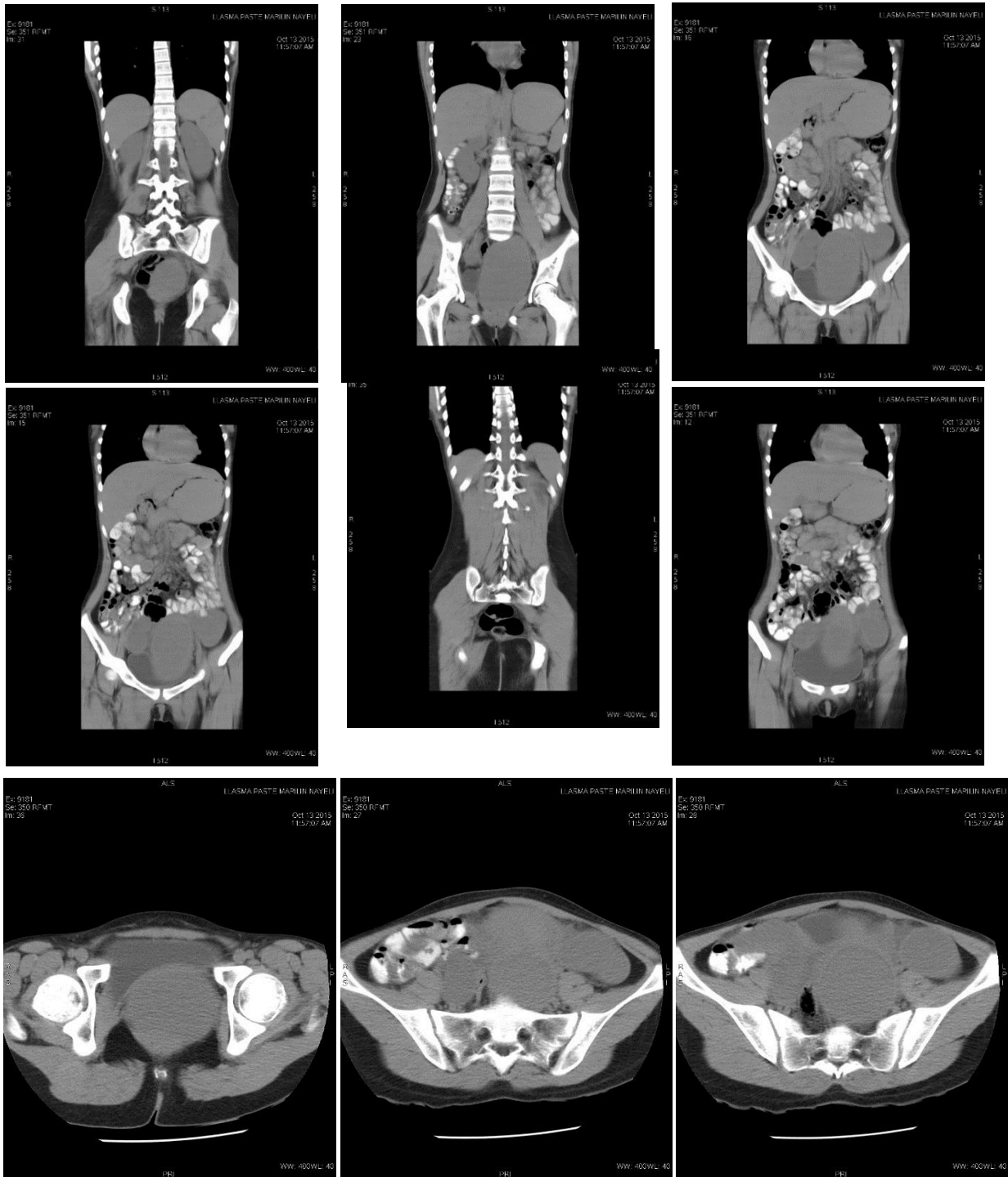
IMAGEN DE ANEXOS #2: drenaje de hematocistos.

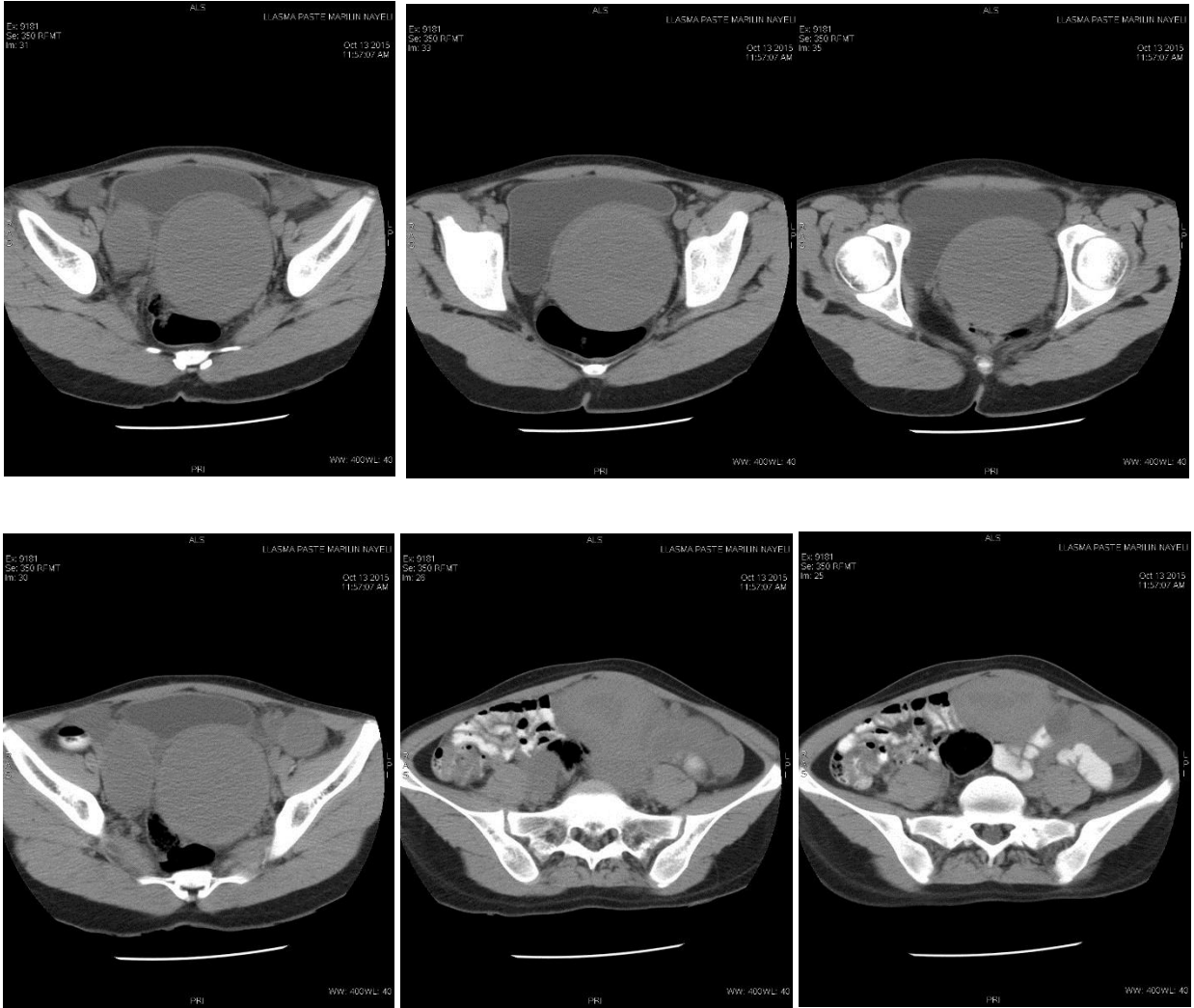


Imágenes cortesía del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital IESS – Latacunga, previa autorización de paciente y familiares.

IMAGEN DE ANEXOS #3: Fin de cirugía, colocación de sonda vesical.

2. IMÁGENES DE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA





Imágenes cortesía del Servicio de Imagenología, Hospital IESS – Latacunga, previa autorización de paciente y familiares.