

PLAN DE TESIS

	Página No.
I. INTRODUCCION.....	1
II. OBJETIVOS.....	5
III. MATERIAL.....	6
IV. METODOS.....	7
V. RESULTADOS.....	9
VI. CONCLUSIONES.....	25
VII. RECOMENDACIONES.....	28
VIII. BIBLIOGRAFIA.....	29

1.- INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis: "TABIQUE VAGINAL EN EMBARAZO Y TRABAJO DE PARTO, CONDUCTA Y TRATAMIENTO", está inspirado en el deseo de conocer la incidencia de esta anomalía congénita entre la mujer guatemalteca, así como el tratamiento que recibe.

Para su realización se hizo una revisión a lo largo de diez - años, encontrándose treinta y dos casos, (todos del Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt), sin embargo solo se procesaron veintiseis, pues de los otros seis no se consiguieron los registros clínicos por no haber estado los números de registro médico completos.

En Guatemala, no se tenía ningún trabajo al respecto, y en la revisión bibliográfica efectuada, únicamente se encontró un estudio sobre anomalía congénitas realizado en los años 1954 a 1964 a través del Departamento de Bioestadística del Hospital de la Raza IMSS (México) en donde encontraron seis casos del tabique vaginal transversal y no en relación con embarazo ni trabajo de parto. (4)

El tabique vaginal puede ser causa de distocia, al impedir el encajamiento o la progresión de la presentación u originar desgarrros de las partes blandas, esta distocia es conocida como: Distocia de partes blandas. (9)

Para explicarnos el origen de esta anomalía debemos recurrir al estudio de la embiología, que nos dice que: aunque existen dudas respecto al origen de la vagina, la canalización del tejido sólido derivados del bulbo sinovaginal posiblemente forman la porción más inferior de la vagina y la superior de la canalización del tejido sólido derivado del tubérculo de Müller. En estado normal el útero y vagina se forman por fusión de porciones caudales de los conductos de Müller, la falta de fusión de un sea

mento o en toda la longitud de los conductos, explica todas las variantes de duplicación uterina vaginal. (1, 2, 3, 5).

El conducto de Müller se convierte en el conducto genital principal de la mujer. Se divide en tres porciones:

1.- Porción vertical cefálica, que desemboca en el celoma.

2.- Porción horizontal, que cruza el conducto de Müller.

3.- Porción vertical caudal, que se fusiona con la del lado opuesto.

Las dos primeras se transforman en Oviducto o Trompa de Falopio, orificio celómico que implica el orificio abdominal de la Trompa de Falopio. El sitio de unión de los dos tubos señala la localización del fondo del útero, desde este lugar hasta la desembocadura en el Seno Urogenital, los dos conductos experimentan fusión gradual y se convierten en Conducto Uterovaginal que está primitivamente constituido por dos conductos laterales, estos dos conductos son en un principio completamente independientes existiendo dos vaginas y dos úteros. Estos dos conductos se juntan y confunden en la línea media, sucediendo a los órganos pares, un órgano único, impar y medio; aunque los conductos se confunden exteriormente las dos cavidades persisten separadas por un tabique medio y anteroposterior que está en relación con el plano de fusión de los dos tubos primitivos, el órgano es único, pero tabicado, este tabique debe desaparecer normalmente al tercer mes de vida intrauterina. (5,10).

El conducto caudal ciego del Conducto Uterovaginal proliferada de forma activa y forma un cilindro macizo que se extiende hacia la pared posterior del Seno Urogenital, que es a donde llegan los extremos posteriores de los conductos de Müller que alcanzando el Seno Urogenital entran en contacto con el epitelio del Seno al nivel donde los conductos de Wolff se abren.

Este punto de contacto con la pared dorsal del seno se conoce como Tubérculo de Müller. La quinta parte inferior de la vagina está formada por la canalización de los Bulbos Sinovaginales, los cuatro quintos superiores son prolongación del Conducto Uterovaginal. La vagina se constituye cuando el grupo de células denudado Cordón o Placa Vaginal se alarga poco a poco y aparece luz en ella. (5, 11).

El tabique que desaparece al tercer mes lo hace resolverse de abajo-arriba, de la vulva hacia el fondo del útero, tenemos entonces tres disposiciones sucesivas:

1.- Vagina tabicada y útero tabicado.

2.- Vagina simple y útero tabicado.

3.- Vagina simple y útero simple.

En ciertas condiciones este proceso formador puede detenerse en uno cualquiera de dichos estadios y crear deformaciones que varían morfológicamente según el estadio en que sobrevenga la suspensión del desarrollo. Si sobreviene muy al principio, se encontrarán dos vaginas y dos úteros, si la evolución se detiene tarde resultarán según los casos: vagina tabicada con útero doblado, vagina y útero tabicados, vagina con útero tabicado, estas anomalías no son sino formas embionarias que han persistido, cada una de ellas es la reproducción de algún tipo constante en alguna etapa de la serie de los mamíferos. (10).

También tenemos que los vicios de la fusión de los conductos de Müller dan origen a:

1.- Ausencia de vagina asociada a ausencia de útero.

2.- Ausencia de vagina con útero normal.

3.- Tabicamiento longitudinal, existiendo dos conductos - que coexisten con dos úteros, de ordinario una de las - dos vaginas está más desarrollada. Como la fusión de - los conductos de Müller se efectúa de arriba-abajo, pue - den existir tabicamientos parciales superiores, dos úte - ros con una sola vagina. El tabique longitudinal y an - teroposterior puede ser parcial o extenderse hasta la sa - lida de la vagina. Ambos lados suelen estar abiertos, - hay raros casos en los que el tabique puede hallarse -- fundido con la pared vaginal lateral de esta forma un - lado de la vagina y el útero son obstruidos y distendi - dos por retención de sangre menstrual. Este tabique se debe a defecto en la desaparición del tabique.

4.- Tabicamiento transversal (defecto en la tunelización) son bridas transversales que persisten en la parte infe - rior, este tabique se observa sobre todo en la unión del tercio superior con el tercio medio de la vagina; se pre - sentan como diafragmas o estrechamientos canalicula - res.

Los síntomas varían según si el tabique es perforado o nó. Si es perforado, el primer indicio puede tenerse con motivo del matrimonio o aún hasta el parto. En el caso de que sea imperforado, los síntomas son más tempranos ocurriendo en la menarquia. Si ha causa del tabique hay deformidad vaginal, puede complicar la higiene e interferir con el coito o desgarrarse en el parto.

En realidad la distocia que ocasionan se clasifica hasta en el momento del parto, debiendo ser seccionados para que la -- presentación descienda. Los que ocasionan problema en su re - sección, son los transversales porque sangran mucho. Después - del parto se debe revisar la vagina y reparar suturas, si hubie-- sen saltado puntos. (1,2,3,6,7,8,10).

II - OBJETIVOS

- 1.- Tener causística Guatemalteca de dicho problema.
- 2.- Analizar conducta inmediata seguida en los diferentes ca - sos.
- 3.- Analizar conducta seguida en embarazos posteriores.
- 4.- Revisar bibliografía sobre dicho tema.
- 5.- Ayudar a determinar conducta para estandarizar tratamien - tos posterior de dicha entidad.

III - MATERIAL

- 1.- Bibliografía (libros, revistas).
- 2.- Libros de Operaciones de Labor y Partos y servicio de Séptico; del Departamento de Obstetricia, Hospital Roosevelt.
- 3.- Archivo del Hospital Roosevelt.
- 4.- Registros Clínicos.
- 5.- Protocolo de investigación.

IV - METODOS

- A Revisión de libros y revistas sobre el tema, para conocerlo a fondo, con su embriología, anatomía y tratamiento.
- B Libros de operaciones de Labor y Partos y Servicio de Séptico, del Departamento de Obstetricia, en el período comprendido entre los años de 1965 a 1975; seleccionando aquellos casos con diagnóstico de Tabique Vaginal, anotando número de registro médico, nombre de la paciente y fecha en que se resolvió parto.
- C Archivo del Hospital Roosevelt; en donde se solicitaron los Registros Clínicos que previamente habían sido seleccionadas.
- D Revisión de Registros Clínicos, investigando los datos que interesaban para el estudio que se realizó y que estaban anotados en el protocolo que a continuación sigue:

Labor y Partos
 Depto. de Obstetricia
 Hospital Roosevelt

RM: -----

Nombre:-----Edad:-----Grupo Etnico -----
 -----Fecha y hora de ingreso-----
 Prenatal Si-----No-----Lugar----- G:-----
 P:-----Ab:-----Antecedentes Obstétricos:-----

 Diagnóstico de Ingreso-----

Evolución:-----

Antecedentes Obstétricos:-----

 Diagnóstico de Ingreso-----

 Evolución:-----

 Resolución del Parto: Eutóico:-----Distólico:-----
 Causa de CTS:-----
 Resección del Tabique, Si----- No----- Conducta-----
 Sexo del R N ----- Peso----- Anomalías Congénitas

 Puerperio: Inmediato:-----
 Mediato:-----
 Complicaciones:-----

 Fecha Egreso:-----
 Diagnóstico de Egreso:-----

- E Tabulación de Datos.
- F Elaboración de tablas de resultados, conclusiones y recomendaciones.

V RESULTADOS

CASOS:

En el período comprendido entre los años 1965-1975 se encontraron únicamente 26 casos, estando distribuidos así:

Año	Casos
1965	3
1966	2
1967	2
1968	3
1969	6
1970	1
1971	2
1972	2
1973	1
1974	2
1975	2

Esto en cuanto a los casos que fueron encontrados en el libro de Sala de Operaciones de Labor y Partos y en Archivo; porque además hay:

Año	Casos
1966	1
1972	1
1973	1
1974	1
1975	2

Los que no fueron tomados en cuenta porque no fue posible encontrar los registros, ya que no está anotado el nombre y apellidos completos de la paciente, ni el número de registro médico o que con esos 6 casos más se hace un total de 32 casos registrados 10 años.

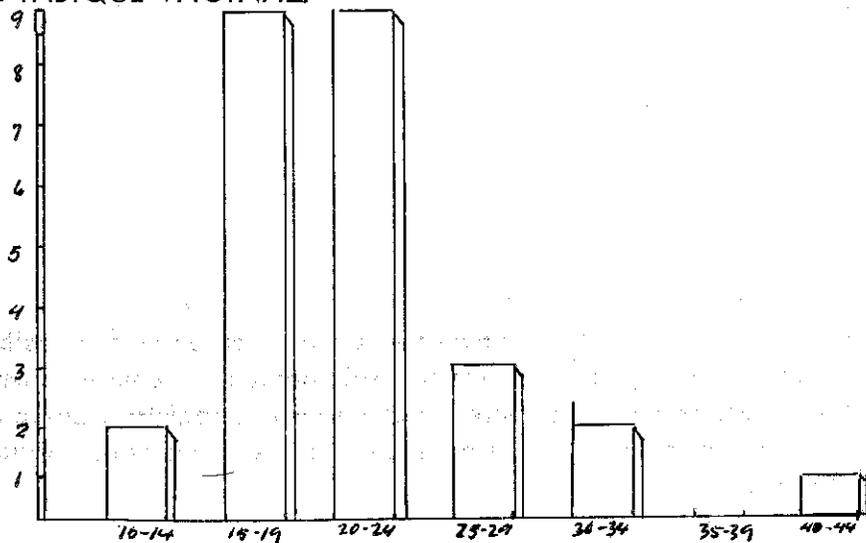
EDAD:

Paciente con edad menor: 13 años, edad mayor: 40 años.

Edad Años	Casos
13	1
14	1
15	2
16	2
17	1
18	2
19	2
20	3
21	2
22	2
24	2
26	1
27	2
30	2
40	1

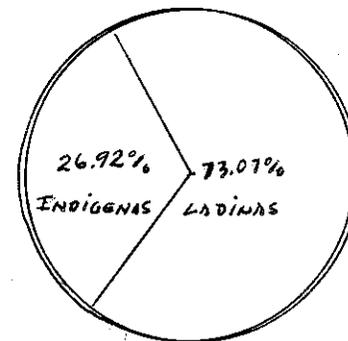
La edad promedio es de: 21 años.

EDADES DE 26 PACIENTES ESTUDIADAS CON PROBLEMA - DE TABIQUE VAGINAL.



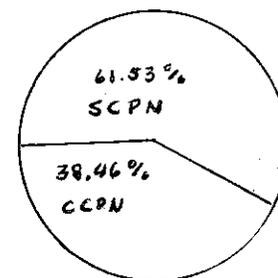
GRUPO ETNICO:

Ladinas 19, o sea el 73.07%
Indígenas 7, o sea el 26.92%



CONTROL PRENATAL:

Con control prenatal: 10 casos: 38.46%
Sin control prenatal: 16 casos: 61.53%



En 2 de los 10 casos que tuvieron control prenatal se hizo el diagnóstico así:

Vagina tabicada, himen intacto.

Tabique vaginal sentido oblicuo.

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

Diagnóstico	Casos
Embarazo en curso con feto vivo	21
Preclampsia	4
Ruptura Prematura de membranas	2
Verruga vulvar	1
Amenaza de aborto	1
Embarazo a término	4
Trabajo de parto	16
Vagina tabicada	3
Estrechez pélvica	1
Obito fetal	1
Hipoplasia vaginal	1
Prematuro por última regla	1
Embarazo simple	1
Considerar tratamiento quirúrgico por cesárea anterior	1
Embarazo de 13 semanas por UR	1
" " 32 " " UR	1
" " 34 " " UR	1
" " 37 " " UR	1
" " 38 " " UR	4
" " 39 " " UR	1
" " 40 " " UR	4

Se encontraron 22 diagnósticos diferentes.

Unicamente en 3 casos se estableció el diagnóstico de vagina tabicada en el momento del ingreso.

GESTACIONES:

Con excepción de un caso, en el que se trataba de una segunda gestación; los restantes 25 fueron primigestas; en el caso-

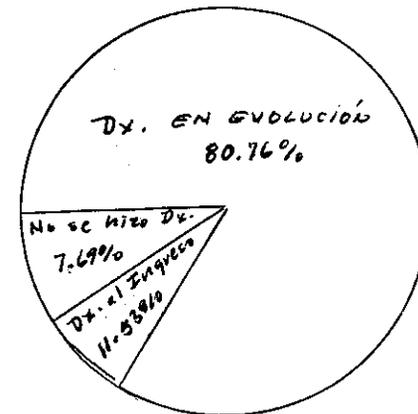
de la paciente con la segunda gestación, el diagnóstico de tabique vaginal se hizo después de realizada una cesárea indicada por inercia secundaria. Primer parto DS CST.

EVOLUCION:

De los 26 casos estudiados, en 3 se hizo el diagnóstico al ingreso, o sea el 11.53%.

En 2 casos (7.69%) no se hizo diagnóstico de tabique vaginal en ningún momento de la primera hospitalización de la paciente, la resección del tabique se efectuó un año después.

En 21 casos (80.76%), se hizo el diagnóstico durante evaluaciones previas al parto.



DESCRIPCION DEL TABIQUE:

: Vertical - 1 caso.

. Tabique vaginal central, 2 cms. bajo meato urinario, hacia pared posterior de vagina.

: Circular - 2 casos.

- . Anillo fibroso vaginal.
- . Tabique vaginal circular, diámetro 0.5 cms. adherido 40% al cuello en fondos de saco.
- : Oblicuo - 1 caso.
 - . Tabique vaginal de pared vaginal a otra, sentido oblicuo.
- : Anteroposterior - 3 casos.
 - . Tabique membranoso anteroposterior, del piso vesical hasta pared vaginal posterior, 1/3 límite superior.
 - . Tabique de parte anterior y posterior de la vagina.
 - . Tabique vaginal anteroposterior incompleto.
- : Longitudinal - 2 casos.
 - . Tabique longitudinal, abarca todo el largo de la vagina.
 - . Tabique vaginal forma longitudinal.
- : Transversal - 1 caso.
 - . Tabique transversal en 1/3 medio de vagina, orificio central.
- : Media luna - 1 caso.
 - . Tabique vaginal en media luna, hacia fondo de saco lateral izquierdo rodeando al cuello.
- : Anterior - 2 casos.

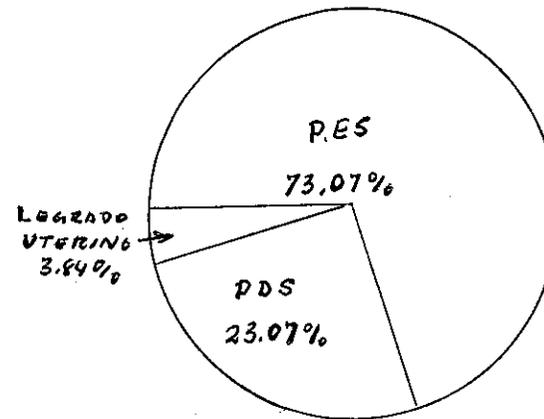
- . Tabique anterior.
 - . Tabique vaginal anterior.
 - : Completo - 3 casos.
 - . Tabique vaginal completo.
 - . Tabique vaginal completo.
 - . Vagina tabique completo (más útero didelfo).
 - : No descrito - 4 casos.
 - . Vagina tabicada.
 - . Tabique vaginal.
 - . Tabique vaginal.
 - . Tabique vaginal.
 - : Describen solo localización - 4 casos.
 - . Vagina con 2 introitos, cada uno con himen festoneado, tabique en medio hasta el cuello con 2 aberturas circulares.
 - . Tabique en tercio inferior de vagina.
 - . Vagina tabicada desde un tercio medio hasta 1 cm. cerca de introito, pared delgada.
 - . Tabique membrano-vaginal desde introito, hasta bordes del cuello, no se prolonga hacia adentro.
- CONDUCTA:
- Con respecto a la conducta seguida para el tratamiento del tabique vaginal, tenemos que:
- . Resección del tabique vaginal en el momento del parto: 16 casos.
 - . En 2 casos la resección se realizó antes del parto, a las 3 horas y 2 horas 35 minutos respectivamente.

- En un caso la conducta fue legar, ya que la paciente consultó por amenaza de aborto, el cual progresó, en relación al tabique no hubo tratamiento.
- En un caso se encontró un tabique vaginal completo, el cual se rasgó en el momento del parto, se suturó sin resear al tabique, el procedimiento de resección se efectuó un año después cuando la paciente consultó nuevamente por trabajo de parto.
- En un caso no se hizo diagnóstico de tabique vaginal ni al ingreso, ni en la evolución, ni durante el parto, el cual fue eutócico, el diagnóstico se hizo en el embarazo siguiente.
- En 5 casos el parto fue resuelto por vía alta, siendo indicación de la cesárea:
 - A. Por Cesárea anterior, con respecto al tabique vaginal no se hizo el diagnóstico en ningún momento de la hospitalización de la paciente.
 - B. Por anillo fibroso vaginal que imposibilita el descenso, con respecto al tabique vaginal no se tomó ninguna conducta.
 - C. Por indicación materna, desprendimiento parcial de placenta normalmente insertada.
 - D. Por sufrimiento fetal, dilatación sin progreso, por tabique vaginal adosado.
 - E. Por tabique vaginal circular adherido 40% al cuello. La resección del tabique se hizo 14 horas 30 minutos después del parto.
 - F. En los casos C y D las pacientes fueron enviadas a con-

sulta externa de Ginecología para su tratamiento quirúrgico posterior.

TIPO DE PARTO:

- Eutócico simple: 19 casos, o sea el 73.07%
- Distóciso simple: 6 casos, o sea el 23.07%
- Legrado (por aborto incompleto) 1 caso o sea el 3.84%
- En ningún caso hubo parto gemelar.



PRODUCTO:

- Sexo femenino: 12 o sea el 48%
- Sexo masculino: 13 o sea el 52%
- En el caso del legrado no mencionan el sexo del producto.



ANOMALIAS CONGENITAS DEL RECIEN NACIDO:

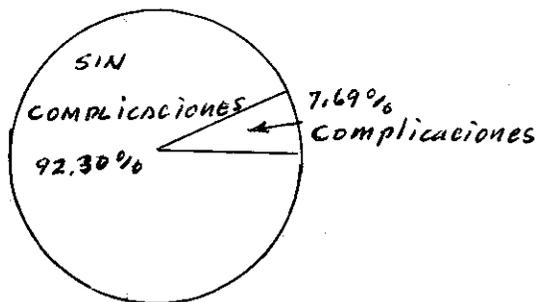
- . Solo en un caso encontraron anomalías congénitas en el recién nacido, consistentes en anencefalia y espina bífida; con un peso de 14 onzas y media.

PESO DEL RECIEN NACIDO:

- . El producto de mayor peso fue de: 8.5 libras, sexo femenino.
- . El producto de menor peso: 4.3½ libras, sexo masculino, -- egresado vivo.
- . Promedio de peso de los productos: 6.12 libras.

COMPLICACIONES DURANTE LA HOSPITALIZACION:

- . Endometritis: 2 casos o sea el 7.69%
- . Sin complicaciones: 24 casos o sea el 92.30%



COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO:

- . Paro en expulsión: se aplicaron fórceps (no especifican de qué tipo).
- . Laceración de cuello.
- . Laceración de mucosa labio anterior y cuello.
- . Rasgadura helicoidal en vagina y cuello
- . Circular al cuello.

- . Sin complicaciones: 15 casos.

PROMEDIO DE DIAS DE HOSPITALIZACION:

- . 3 días.
- . Menor tiempo de hospitalización: 1 día
- . Mayor tiempo de hospitalización: 11 días.

DIAGNOSTICOS DE EGRESO:

Diagnóstico	Casos
Parto eutócico simple	19
Resección de tabique vaginal	19
Aplicación de fórceps	1
Endometritis	2
Resección brida cervico-vaginal	1
Episiotomía medio lateral derecha	5
Laceración de cuello	1
Rasgadura perineal	1
Rasgadura vagina-cuello	1
Aborto	1
Tabique vaginal	1
Utero didelfo	1
Rasgadura vaginal	1
Parto distócico simple (CST)	5
Anillo fibroso vaginal	1

Se encontraron 15 diagnósticos diferentes.

EMBARAZOS POSTERIORES:

- . De los 26 casos encontrados; 13 consultaron de nuevo por embarazo nuevo, y 13 casos se perdieron, es decir no volvieron a consultar.
- . De las 13 pacientes que consultaron de nuevo:

- . 7 consultaron en una oportunidad más, o sea que tienen gestas = 3.
- . 2 consultaron en dos oportunidades más, o sea que tienen gestas = 4.
- . 4 consultaron ya solo esa segunda vez o sea que tienen gestas = 2.

CONTROL PRENATAL:

- . No: 10 casos.
- . Sí : 1 caso.
- . s/n: 2 casos.

S/N se refiere a que en uno de sus posteriores embarazos sí tuvo prenatal y en el otro no.

DIAGNOSTICO PRENATAL:

- . En el caso en que la paciente hizo consulta a prenatal, se hizo el diagnóstico de: bridas en genitales externos, origen con g_énito; a esta paciente le fue realizada cesárea en sus 3 partos, indicación: inercia secundaria, o sea que el tabique vaginal no influyó en que se adoptara esta conducta.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

Entre los antecedentes obstétricos que se mencionan en los ingresos posteriores tenemos:

- . En 11 casos se hace notar que en ingreso anterior se realizó resección de tabique vaginal.
- . En 2 casos no se hace mención a la existencia del tabique vaginal.

DIAGNOSTICOS DE INGRESO:

Diagnóstico	Casos
Dilatación completa	2
Embarazo a término	1
Embarazo en curso	1
Embarazo 31 semanas	1
" 33 "	1
" 37 "	1
" 38 "	2
" 39 "	1
" 40 "	1
" 41 "	1
Embarazo simple	1
Parto prematuro 34 semanas	1
Feto vivo	7
Trabajo de parto	6
Inicio de trabajo de parto	2
Trabajo de parto activo	1
Trabajo de parto prematuro	2
Cesárea anterior	1
Bridas vaginales	1
Aborto séptico	1
" incompleto	1
" en curso	2
" Fetal	1
Amenaza de aborto	3
Hemorragia vaginal	1
Obito fetal	1

Se encontraron 26 diagnósticos diferentes.

EVOLUCION:

- . Bridas transversales de 3 cms. de longitud, 0.2 cms. ancho unien

do 1/3 superior con 1/3 medio de labios menores.

- Cuello formado, membranas enteras: 1 caso.
- Tabique vaginal posterior de 8 cms. de largo y 4 cms. de alto, protuye como espolón: 1 caso.
- Utero tabicado, como corazón: 1 caso.
- Tabique vaginal anterior, detenía presentación: 1 caso.
- Aborto evolucionó, tabique vaginal longitudinal total, con 2 orificios cervicales correspondiendo a 2 cavidades uterinas.

CONDUCTA SEGUIDA PARA RESOLVER PROBLEMAS:

- En 2 casos en la segunda gestación hubo parto utócico simple y en la tercera se hizo legrado.
- En un caso se hizo resección de bridas vaginales.
- En dos casos las dos gestaciones posteriores se resolvieron como partos eutócicos simples.
- Dos casos con una gestación posterior como parto eutócico -- simple.
- Un caso con segunda gestación con parto eutócico simple y - resección de un tabique vaginal que no interfería con el parto.
- Un caso en el que a la paciente en su primer embarazo se le efectuó Cesárea indicada por la existencia de un anillo fibroso vaginal que imposibilitaba el descenso, en sus 3 partos posteriores se le aplicaron fórceps profilácticos y en ningún momento se mencionó conducta relativa al problema del tabique vaginal.
- Un caso en el que la paciente consultó 3 veces más siendo la conducta seguida: un parto eutócico simple y 2 legrados.
- Caso con segunda gestación que finalizó con legrado y la tercera con parto eutócico simple.
- Un caso con segunda gestación con parto eutócico simple y - resección del tabique vaginal y tercera gestación con legrado.
- Un caso con segunda y tercera gestaciones con legrado; cuarta con cesárea realizada en el IGSS y quinta con cesárea en

el Hospital Roosevelt, se trataba de un útero didelfo, la resección del tabique vaginal se realizó en la segunda consulta.

TIPO DE PARTO:

- De las 13 pacientes que consultaron por embarazos posteriores todos fueron eutócicos simples.

PRODUCTO:

- Sexo masculino 11, 9 vivos y 2 muertos (abortos fetales).
- Sexo femenino 6, todos vivos.

PESO DEL RECIEN NACIDO:

- Mayor peso: $8\frac{1}{2}$ sexo masculino
- Menor peso: $3\frac{9}{2}$ sexo masculino
- Promedio de peso: 6 libras

ANOMALIAS CONGENITAS:

- Ningún recién nacido presentó anomalías congénitas.

COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO:

- Rasgadura G - I, 2 casos.
- Rasgadura G - II, 1 caso.
- Rasgadura perineal, 1 caso.
- Circular al cuello, 1 caso.

COMPLICACIONES DURANTE LA HOSPITALIZACION:

- No hubo.

PROMEDIO DE DIAS DE HOSPITALIZACION:

- 2 días.

DIAGNOSTICOS DE EGRESO:

Diagnóstico	Casos
Aborto séptico	1
Bridas vaginales congénitas	1
Aborto	5
Rasgadura G - II	1
Aborto fetal	2
Parto eutócico simple	15
Resección de tabique vaginal	3
Utero doble	1
Rasgadura G - I	1
Legrado	6

NOTA:

. Hubo un caso en el que la paciente dió a luz productos de bajo peso, pero sin ninguna anomalía congénita aparente, los productos vivieron.

. En el caso de la paciente con útero didelfo, después de 3 abortos y legrados tuvo 2 partos que fueron resueltos por vía alta; el primero con indicación de presentación anormal, podálica completa y el segundo por la cesárea previa; la resección del tabique se realizó durante la segunda gestación.

VI CONCLUSIONES

- 1.- A los centros hospitalarios aún es poca la cantidad de indígenas que acuden en demanda de atención médica especializada, ya que de los casos estudiados, el 73.07% correspondió a ladinas y el 26.92% a indígenas.
- 2.- El control prenatal en la mujer embarazada guatemaltecas bajo, de los casos en estudio, el 61.53% acudieron al Hospital por primera vez hasta que ya era el momento del parto; únicamente el 38.46% tuvo control prenatal.
- 3.- En Consulta de Prenatal no se da importancia mayor a la posible existencia de anomalías congénitas, por lo que no se les busca con detenimiento, ya que de las 10 pacientes que acudieron a control prenatal únicamente a 2 se les hizo el diagnóstico de tabique vaginal.
- 4.- La descripción del tabique vaginal es defectuosa, en la mayoría de casos falta características y localización exacta.
- 5.- A pesar de que en Embriologías, Anatomías, Ginecologías, Obstetricias; describen solo 2 tipos de tabique vaginal, en el estudio realizado se describen 9 formas distintas de él.
- 6.- De las 5 cesáreas efectuadas, únicamente en 3 casos la indicación fue expresamente el tabique vaginal.
- 7.- De los 26 casos estudiados el 73.07% se resolvió como parto eutócico simple, y el 23.07% fue distócico, habiéndose realizado un legrado.
- 8.- No hubo ningún parto gemelar, ni en el primer embarazo, ni en los restantes.
- 9.- Únicamente en un caso se encontró anomalías congénitas en el recién nacido.

- 10.- El promedio de peso de los recién nacidos fue de 6 libras 12 onzas.
- 11.- Con respecto a las complicaciones, se encontró que en el 92.30% de los casos no hubo complicaciones durante la hospitalización, y en el 7.69% se presentó: Endometritis como complicación, esto en lo referente al primer ingreso.
- 12.- Durante el parto en 15 casos no hubo complicaciones, en 5 sí, pero ninguna fue de gravedad.
- 13.- De las 5 complicaciones durante el parto, en un caso hubo laceración de cuello y en embarazo posterior se encontró un tabique vaginal que protruía como espón; en otro la rasgadura fue helicoidal en vagina y cuello, existía un tabique vaginal completo que fue resecado en posterior embarazo y en un tercer caso se presentó laceración de mucosa del labio anterior y cuello, existía un tabique vaginal circular, el cual fue resecado 16 horas después de haberse efectuado cesárea.
- 14.- A pesar de la existencia del tabique vaginal, el promedio de días de hospitalización fue de 3 días, es decir que el tratamiento quirúrgico realizado en la mayoría de casos no tuvo ninguna complicación, grave.
- 15.- Entre los diagnósticos de egreso, en 19 casos se hace mención a la resección del tabique vaginal, en 4 casos se hace mención a la existencia del tabique vaginal (sin haberlo resecado) y en 2 casos no se menciona.
- 16.- En el seguimiento de los casos que consultaron de nuevo (por nuevas gestaciones) solo una paciente tuvo atención prenatal, se hizo el diagnóstico de bridas en genitales externos y se realizó resección de ellas; los 3 par

- tos que tuvo fueron resueltos por vía alta, en ninguna oportunidad las bridas fueron la indicación de la cesárea.
- 17.- En los seguimientos posteriores, se notó incremento de los abortos.
 - 18.- Se encontró el caso de una paciente a la que le realizaron 3 cesáreas y en ningún momento se hizo mención a conducta para resolver problema de tabique vaginal.
 - 19.- Solo en un caso se encontró asociación entre el tabique vaginal y anomalías congénitas uterina, o sea que el tabique vaginal era longitudinal total.
 - 20.- En los embarazos posteriores ningún recién nacido presentó anomalías congénitas.
 - 21.- Las complicaciones durante el parto fueron rasgaduras pequeñas.
 - 22.- En 3 casos de los embarazos posteriores, se hizo resección del tabique vaginal, lo cual no se había realizado en la gestación anterior.
 - 23.- Del total de 141,157 partos ocurridos en los años 1965 a 1975 el 0.018% presentó problema de tabique vaginal.

VII RECOMENDACIONES

- 1.- Reportar adecuadamente los casos en los libros de operaciones, tanto de Labor y Partos, como de Séptico, llenando la mayor cantidad de datos posibles, para ayuda en la elaboración de estudios posteriores.
- 2.- Hacer conciencia en la mujer guatemalteca de la importancia de acudir a control prenatal, no solo por el bien de ella sino de su propio hijo.
- 3.- Prestar debida atención a la existencia de posibles anomalías congénitas cuando una paciente acude a consulta de prenatal; describiendo adecuadamente el hallazgo efectuado.
- 4.- Hacer conciencia en el examen de ingreso de la posible existencia de anomalías congénitas, que pueden ser causa de problema en la evolución del parto, sobre todo en aquellas pacientes que no tuvieron control prenatal.
- 5.- Describir adecuadamente: forma, tamaño y localización del tabique vaginal, para así poder deducir con mayor exactitud origen embriológico del mismo.
- 6.- Investigar asociación de tabique vaginal con anomalías uterinas.
- 7.- Hacer la resección del tabique vaginal en el momento del parto, pues si no se hace así prácticamente el caso se pierde, ya que las pacientes no acuden a consultas posteriores.

VIII BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bulmer D. The Development of the Human Vagina. Journal of Anatomy. 91 490-495 1957.
- 2.- Deppisch L. M. Transverse vaginal septum. Obstetrics and Gynecology. 39 193-198 1972.
- 3.- Dewhurst C. J. et al. Malformaciones Congénitas del Aparato Genital. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. Ginecología Pediátrica y de Adolescentes. Primera Edición. Editorial Interamericana. México. 582-583 1974.
- 4.- Fernández del Castillo Carlos. Amenorrea y Anomalías Congénitas. Ginecología y Obstetricia de México. 21 673-676. 1966.
- 5.- Lagman Jan. Aparato Genital. Embriología Médica. Primera Edición. Editorial Interamericana. México - 140-145 1964.
- 6.- Moragues Bernat, Jaime. Las Distocias de Partes Blandas. - Cap. XLVI. Clínica Obstétrica. Octava Edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 466 - 1960.
- 7.- Novak Edmun, et al. Anomalías Congénitas y Hermafroditismo. Cap. 8. Tratado de Ginecología. Octava Edición. Editorial Interamericana. México. 153-156 1971.
- 8.- Sabiston. Ginecología, Utero, Ovarios y Vagina. Cap. - 45. Tratado de Patología Quirúrgica. Sexta Edición. Nueva Editorial Interamericana, S. A. de C. V. México. 1419 1974.

- 9.- Schwarcz Ricardo, S. Sala, Duverger C. Anomalías y -
Accidentes del Embarazo. Cap. 16. Obste-
tricia. Tercera Edición. Editorial El Ateneo.
Buenos Aires. Argentina. 474-475 1973.
- 10.- Testut L., A. Latarjet. Organos Genitales de la Mujer.
Cap. III Anatomía Humana. Tomo IV. Sal-
vat Editores S. A. Barcelona, Madrid. 1204
-1270 1971.

BR. MARIA EUGENIA CORONADO TRUJILLO

DR. HECTOR KLEE
Asesor.

DR. LUIS MOLINA GALVEZ
Revisor.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ
Director de Fase III.

DR. MARIANO GUERRERO ROJAS
Secretario General.

Vo. Bo.

DR. CARLOS ARMANDO SOTO G.
Decano.