





## CASE REPORT

## Isolated longitudinal vaginal septum in a 16-year-old adolescent: Case Report

*Tabique vaginal longitudinal aislado en adolescente de 16 años: Reporte de caso*Ariel Alexander Gallardo Revilla<sup>1</sup>  Verónica de Lourdes Villamar Villarreal<sup>2</sup>  Miguel Jacob Ochoa-Andrade<sup>3</sup>  <sup>1</sup> Universidad Central del Ecuador, Ecuador.<sup>2</sup> Hospital General del Sur de Quito, Ecuador.<sup>3</sup> Universidad de las Américas, Ecuador.

## How to cite:

Gallardo Revilla, A. A., Villamar Villarreal, V. L. & Ochoa-Andrade, M. J. (2025). Isolated longitudinal vaginal septum in a 16-year-old adolescent: Case Report. *Revista San Gregorio*, 1(64), 115-120. <http://dx.doi.org/10.36097/rsan.v1i64.3585>

Received: 08-04-2025

Accepted: 21-10-2025

Published: 31-12-2025

## ABSTRACT

Müllerian development anomalies encompass a heterogeneous group of congenital malformations of the female reproductive tract, resulting from failures in the fusion, canalization, or resorption of the Müllerian ducts. Among them, the longitudinal vaginal septum (LVS) is a rare entity characterized by the partial or complete division of the vaginal cavity into two compartments. Diagnosis can be challenging due to its frequently asymptomatic course or delayed presentation with dysmenorrhea, dyspareunia, or obstetric complications. This report describes the case of a 16-year-old adolescent who was presented with abnormal uterine bleeding and loss of consciousness following recent onset of sexual activity. Clinical evaluation and gynecological ultrasound revealed an incomplete LVS with tearing and intracavitary debris. An emergency surgical procedure was performed, including uterine curettage, vaginal repair, and septum resection, with a favorable postoperative course and no anatomical sequelae. LVS requires a multidisciplinary approach integrating clinical assessment, imaging studies—preferably magnetic resonance imaging, which is considered the diagnostic gold standard—and individualized surgical treatment. Timely diagnosis is essential to prevent complications, preserve gynecological health, and improve the quality of life of affected patients.

**Keywords:** Congenital anomaly; Müllerian duct; Vaginal hemorrhage; Surgical procedure; Longitudinal vaginal septum.

## RESUMEN

Las anomalías del desarrollo mülleriano comprenden un conjunto heterogéneo de malformaciones congénitas del aparato reproductor femenino, originadas por fallos en la fusión, canalización o reabsorción de los conductos de Müller. Entre ellas, el tabique vaginal longitudinal (TVL) es una entidad infrecuente, caracterizada por la división parcial o completa de la cavidad vaginal en dos compartimentos. Su diagnóstico puede ser desafiante debido a su curso asintomático o a una presentación tardía con dismenorrea, dispareunia o complicaciones obstétricas. Se describe el caso de una paciente adolescente de 16 años que ingresó por sangrado uterino anormal y pérdida de conciencia tras el inicio reciente de relaciones sexuales. La evaluación clínica y la ecografía ginecológica revelaron un TVL incompleto con desgarro y presencia de restos intracavitarios. Se realizó una intervención quirúrgica de emergencia, que incluyó legrado uterino, rafia vaginal y resección del tabique, con evolución postoperatoria favorable y sin secuelas anatómicas. El TVL requiere un abordaje multidisciplinario que integre evaluación clínica, estudios de imagen, preferentemente resonancia magnética, considerada el estándar diagnóstico, y tratamiento quirúrgico individualizado. Un diagnóstico oportuno es esencial para prevenir complicaciones, preservar la salud ginecológica y mejorar la calidad de vida de las pacientes.

**Palabras clave:** Anomalía Congénita; Conducto Mülleriano; Hemorragia Vaginal; Procedimiento Quirúrgico; Tabique Vaginal Longitudinal.



## INTRODUCCIÓN

Las anomalías del desarrollo mülleriano constituyen un conjunto heterogéneo de malformaciones congénitas del aparato reproductor femenino, derivadas de fallos en la fusión, canalización o reabsorción de los conductos de Müller durante la embriogénesis. Entre estas anomalías, el tabique vaginal longitudinal (TVL) es una entidad relativamente infrecuente, caracterizada por la presencia de una pared de tejido que divide la cavidad vaginal en dos compartimentos. Su diagnóstico suele ser tardío porque muchas veces es asintomático o no se manifiesta hasta la pubertad o la vida reproductiva, cuando se presentan dismenorrea, dispareunia o dificultades durante el parto (Cox & Ching, 2016; Valdés Valdés et al., 2010).

Las anomalías müllerianas en su conjunto tienen una prevalencia estimada de aproximadamente 4 % a 7 % en la población femenina general, con cifras que se elevan a alrededor del 8 % en mujeres con infertilidad y al 13 %-24,5 % en aquellas con pérdida recurrente de embarazo (Hakim et al., 2024).

Dentro de este espectro, la afección específica de TVL es poco cuantificada, aunque se informa que dicha estructura se asocia a otras malformaciones uterinas en hasta un 87,8 % de los casos revisados (Dixit et al., 2025). Dado este contexto, aunque no exista un número de incidencia claro para el TVL aislado, su reconocimiento resulta muy importante, especialmente al estar frecuentemente acompañada de anomalías concomitantes.

Dada la baja prevalencia estimada, la presentación clínica variable del TVL y la elevada tasa de asociación con otras malformaciones müllerianas y renales, esta anomalía puede no ser identificada durante la evaluación ginecológica inicial. Todo ello resalta la importancia de un diagnóstico oportuno mediante técnicas de imagen, como el ultrasonido tridimensional o la resonancia magnética, que permitan prevenir complicaciones gineco-obstétricas (Sadler et al., 2010; Khalid, 2011).

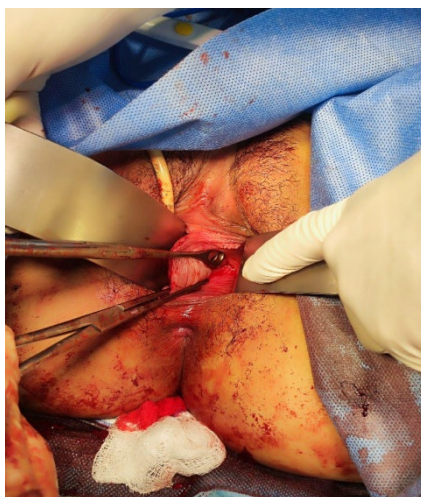
El presente artículo describe un caso clínico de TVL, centrándose en su diagnóstico, tratamiento quirúrgico y evolución postoperatoria, con el objetivo de aportar al conocimiento de esta condición y enfatizar la relevancia de un diagnóstico temprano para mejorar la calidad de vida de las pacientes afectadas.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente adolescente de 16 años, sin antecedentes patológicos de importancia, que acude a la consulta de Emergencias del servicio de Ginecología acompañada de familiar directo, encontrándose somnolienta, pálida, afebril y presentando un cuadro de sangrado uterino anormal de color rojo rutilante en moderada cantidad. El familiar refiere que el sangrado genital inició aproximadamente tres horas antes de llegar a la consulta, logrando empapar tres toallas sanitarias. Asimismo, menciona que la paciente presentó dos episodios de pérdida de conciencia y que, como antecedente inmediato, había mantenido relaciones sexuales previamente.

Ante la situación clínica, se realizó una ecografía ginecológica, en la que se evidenciaron imágenes de tejido endometrial sugestivo de restos corioplacentarios. Debido al estado de la paciente y al sangrado activo, se decidió su ingreso inmediato a quirófano para exploración vaginal y control de la hemorragia.

Durante la exploración bajo anestesia general con inducción endovenosa de propofol a 2 mg /kg peso y oxígeno por mascarilla para mantenimiento de saturación sobre el 90%, se utilizó monitoreo no invasivo de signos vitales, incluyendo tensión arterial no invasiva, frecuencia cardíaca, oximetría de pulso y capnografía de acuerdo con los estándares ASA I, se realizó sondaje vesical para control del balance hídrico. Durante la exploración ginecológica, se identificó un tabique vaginal longitudinal incompleto, como se observa en Figura 1, con un desgarró sangrante de aproximadamente 3 cm en su porción distal. Se observó un cérvix único, lateralizado hacia la derecha, entreabierto, con sangrado transcervical activo.



**Figura 1.** Tabique vaginal longitudinal, desde el cérvix a la porción inferior de la vagina.

La histerometría fue de 8 cm y se encontraron restos intracavitarios en escasa cantidad, se cuantificó una pérdida hemática de aproximadamente 150 ml. Se procedió a explicar a su familiar el diagnóstico, así como las opciones de tratamiento. El procedimiento quirúrgico ginecológico que se muestra en la Figura 2, incluyó legrado uterino instrumental, rafia del desgarró con punto de vicryl 2.0 en plano mucoso muscular y resección del tabique vaginal mediante bisturí frío preservando la arquitectura anatómica.



**Figura 2.** *Vagina posterior a la resección del tabique obteniéndose permeabilidad completa.*

Se colocó apósito vaginal compresivo y se instauró tratamiento post operatorio con antibiótico terapia de amplio espectro (ceftriaxona 1 g intravenoso cada 12 horas y metronidazol 500 mg intravenoso cada 12 horas) y analgesia multimodal.

La paciente se mantuvo durante 4 horas en el área de recuperación bajo vigilancia con control de signos vitales cada 30 minutos y evaluación de sangrado transvaginal y hemograma para control de hemoglobina posterior al control del sangrado agudo.

A los 30 días de la intervención, se realizó seguimiento ambulatorio, constantando resolución clínica completa. Como se muestra en la Figura 3, se evidenció integridad anatómica, adecuada epitelización del área intervenida, canal vaginal sin estenosis ni tabiques remanentes.



**Figura 3.** *Vagina posterior a la resección del tabique obteniéndose su permeabilidad completa.*

No se reportaron signos de infección ni dispareunia. Como parte del seguimiento a largo plazo, se estableció un control ginecológico cada 6 meses durante los primeros 2 años incluyendo ecografía transvaginal y evaluación ginecológica completa. Además, se programó ultrasonido abdominal y renal para descartar malformaciones asociadas al tracto urinario, dada la asociación entre anomalías müllerianas y del sistema genito urinario. Se brindó además consejería sobre salud sexual y reproductiva, así como la importancia del tratamiento oportuno por el impacto potencial que presentaría un tabique vaginal en función sexual, gestación y parto.

### **Consideraciones éticas**

La atención brindada se realizó conforme al protocolo institucional para cirugía ginecológica menor, garantizando el cumplimiento estricto de las prácticas seguras contempladas en el *checklist* quirúrgico de la World Health Organization (2009). La evaluación postoperatoria incluyó la aplicación de una escala de satisfacción del paciente, como parte del monitoreo de calidad asistencial.

El presente estudio se desarrolló en conformidad con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2024). Se utilizaron datos clínicos con el consentimiento informado explícito de la paciente, complementado con asentimiento informado por parte de su familiar responsable. El estudio de caso fue evaluado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del Hospital General del Sur de Quito (CEISH-HGSQ), el cual otorgó la exención de evaluación completa y emitió resolución de aprobación el 7 de abril de 2025 (versión 1), bajo el código CEISH-HGSQ-2025-002.

### **DISCUSIÓN**

Las anomalías müllerianas, y en particular el TVL, representan un reto diagnóstico por su baja prevalencia y su curso frecuentemente asintomático (Cox & Ching, 2016; Sadler et al., 2010). Aunque poco frecuente, el TVL puede ocasionar dispareunia, irregularidades menstruales y complicaciones durante el parto, lo que exige un alto índice de sospecha clínica, especialmente en adolescentes con síntomas ginecológicos atípicos (Ludwin, 2020; Geng et al., 2024).

En el caso reportado, la lesión se manifestó tras el primer coito, situación descrita en la literatura como uno de los desencadenantes más comunes del diagnóstico de TVL, con una incidencia reportada entre el 6 % y el 68 % de los casos (Martínez et al., 2024). Adicionalmente, hasta un 40 % de los pacientes con malformaciones müllerianas presentan anomalías renales asociadas, lo que justifica la necesidad de un enfoque diagnóstico integral y multidisciplinario (Ludwin, 2020).

La literatura indica que los síntomas más frecuentes en adolescentes con estas malformaciones incluyen amenorrea (44,4 %) y dolor pélvico (24,6 %) (Bautista Gómez, 2012; de França et al., 2014). En este caso, la hemorragia aguda requirió una intervención quirúrgica inmediata, realizada mediante resección del tabique con bisturí frío, rafia vaginal y legrado uterino, logrando el control del sangrado y estabilización de la paciente.

El diagnóstico del TVL puede establecerse mediante evaluación clínica apoyada en estudios de imagen como ecografía transvaginal, ultrasonido tridimensional y resonancia magnética, siendo esta última el estándar de oro para la caracterización de las anomalías müllerianas (Heinonen, 2006; Chanelles, 2009). Sin embargo, la urgencia del cuadro clínico no permitió realizar resonancia magnética previa, la cual fue diferida para el seguimiento, limitando la caracterización anatómica completa en la fase aguda.

El tratamiento de elección del TVL es quirúrgico. Existen técnicas convencionales, como la resección con bisturí frío, así como métodos mínimamente invasivos mediante histeroscopia o resectoscopia, los cuales ofrecen ventajas en términos de visualización directa, menor morbilidad y recuperación más rápida (Di Spiezo Sardo et al., 2007; Hakim, 2024; Paul, 2023). En este caso, la situación de emergencia justificó la elección de una técnica convencional, priorizando la hemostasia y la seguridad de la paciente.

Cabe señalar que el abordaje quirúrgico del TVL no está exento de riesgos, como recidiva del tabique, sinequias o persistencia de síntomas funcionales. Estos aspectos deben ser cuidadosamente vigilados durante el seguimiento ginecológico posterior (Grimbizis et al., 2013). Asimismo, se destaca la importancia de incluir las malformaciones congénitas del tracto genital en el diagnóstico diferencial de adolescentes con sangrado postcoital inexplicado.

Desde una perspectiva clínica, este caso subraya la necesidad de protocolos diagnósticos que integren historia clínica detallada, examen físico dirigido y técnicas de imagen avanzadas para la detección temprana de TVL. También se propone reforzar los programas de educación sexual y salud reproductiva, incluyendo información sobre anomalías congénitas del aparato reproductor femenino. Finalmente, en la Figura 4 se propone algoritmo clínico - quirúrgico para la atención de pacientes con tabique vaginal longitudinal.

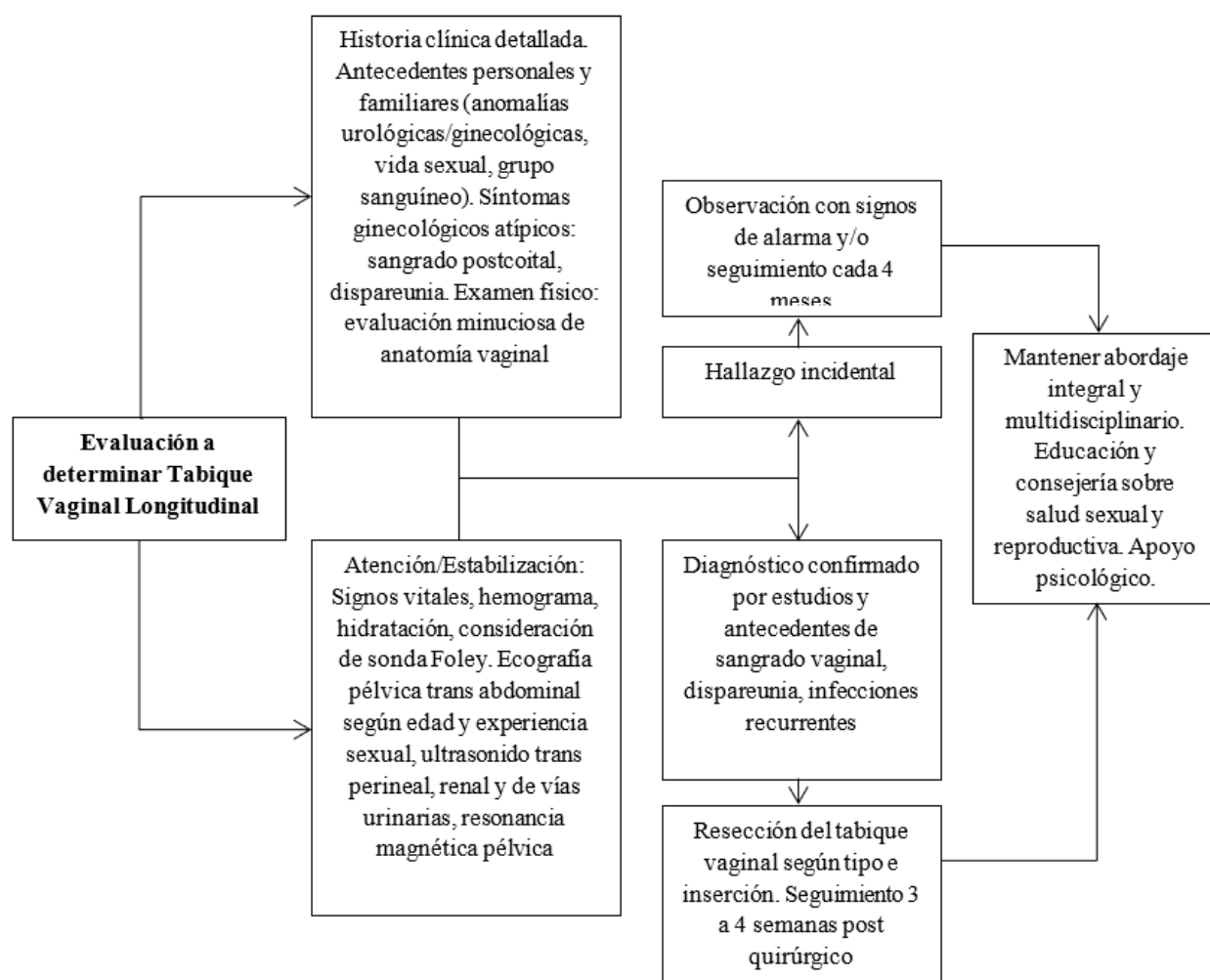


Figura 4. Algoritmo clínico - quirúrgico para la atención de pacientes con tabique vaginal longitudinal.

## CONCLUSIONES

La detección oportuna y el tratamiento adecuado del tabique vaginal longitudinal (TVL) son fundamentales para prevenir complicaciones ginecológicas y obstétricas, así como para preservar la calidad de vida de las pacientes. Este caso clínico enfatiza la importancia de considerar las anomalías congénitas del aparato reproductor femenino en el diagnóstico diferencial de adolescentes con síntomas ginecológicos inusuales, como sangrado postcoital o dolor en el primer coito.

Dado que el TVL es una malformación poco frecuente y, en muchos casos, asintomática, su identificación puede retrasarse hasta la aparición de complicaciones graves. En situaciones agudas, como la presentada, existe riesgo de hemorragia severa y shock hipovolémico, lo que hace indispensable un abordaje clínico inmediato y protocolizado que contemple la evaluación de la gravedad y la indicación quirúrgica precoz.

El manejo del TVL debe incluir no solo la corrección quirúrgica, sino también un acompañamiento interdisciplinario que abarque consejería, apoyo psicológico, orientación en salud sexual y reproductiva, y seguimiento ginecológico periódico. La empatía, la confidencialidad y el juicio clínico adecuado son esenciales para atender este tipo de casos, especialmente en pacientes adolescentes.

## REFERENCIAS

- Asociación Médica Mundial. (2024). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos*. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- de França Neto, A. H., Nóbrega, B. V., Clementino Filho, J., do Ó, T. C., & de Amorim, M. M. (2014). Intrapartum diagnosis and treatment of longitudinal vaginal septum. *Case reports in obstetrics and gynecology*, 108973. <https://doi.org/10.1155/2014/1089733>



- Dixit, R., Duggireddy, C. S., & Pradhan, G. S. (2025). Mullerian anomalies: revisiting imaging and classification. *Insights into Imaging*, 16(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s13244-024-01879-2>
- Bautista, G.E., Morales-García, V., Flores-Romero, A. L., Osorno, N. P., & Velásquez-Valdivia, A. (2012). Tabique vaginal transverso superior parcial y embarazo. *Ginecología y Obstetricia de México*, 80(07), 487-490. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35318>
- Chanelles, O., Koskas, M., & Madelenat, P. (2009). Indications et techniques du traitement chirurgical des cloisons vaginales et utérines. En *Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique - Tome XXXIII* (pp. 253-XXX). Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Présenté aux Trente-troisièmes Journées Nationales, Paris. [https://cngof.fr/app/uploads/2023/06/2009\\_GO\\_253\\_chanelles.pdf](https://cngof.fr/app/uploads/2023/06/2009_GO_253_chanelles.pdf)
- Cox, D., & Ching, B. H. (2012). Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: a rare presentation with pyocolpos. *Journal of radiology case reports*, 6(3), 9. <https://doi.org/10.3941/jrcr.v6i3.877>
- Di Spiezio Sardo, A., Bettocchi, S., Bramante, S., Guida, M., Bifulco, G., & Nappi, C. (2007). Office Vaginoscopic Treatment of an Isolated Longitudinal Vaginal Septum: A Case Report. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 14(4):512-5. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2007.03.001>
- Geng, B., St Martin, B., & Harmanli, O. (2024). Evaluation and Resection of a Longitudinal Vaginal Septum in an Adult. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 31(5):367. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2024.01.020>
- Grimbizis, G. F., Campo, R., Gordts, S., Brucker, S., De Angelis, C., Gergolet, M., ... & Tanos, V. (2013). Clinical approach for the classification of congenital uterine malformations. *Gynecological Surgery*, 10(3), 199-212. <https://doi.org/10.1007/s10397-012-0779-6>
- Hakim, S., Moegni, F., Mahendra, I. G. M., & Theresia, G. N. (2024). Longitudinal vaginal septum with normal uterus and cervix-A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 117, 109536. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.109536>
- Heinonen, P.K. (2006). Complete septate uterus with longitudinal vaginal septum. *Fertil Steril*, 85(3):700-5. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.08.039>
- Khalid, E., Jalil, S., Anwar, T., Nausheen, S. (2011). Congenital female lower genital tract abnormalities: two years' experience in a tertiary care hospital. *Pak J Surg*, 27(1), 44-49. <https://short.do/brG6Yd>
- Ludwin, A., Lindheim, S.R., Bhagavath, B., Martins, W.P., Ludwin, I. (2020). Longitudinal vaginal septum: a proposed classification and surgical management. *Fertil Steril*, 114(4):899-901. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.06.014>
- Martínez Velasco, I. G., Jiménez López, R., Guillén González, M. A., Paniagua Martínez, F. A., Arciniega Mancilla, O., & Alcántara Román, E. V. (2024). Postcoital vaginal laceration: Review of cases and proposed approach. *Ginecología y obstetricia de México*, 92(4), 169-175. <https://doi.org/10.24245/gom.v92i4.9230>
- Paul, P.G., Sudhakar, M., Shah, M., Chowdary, V.S., Paul, G. (2023). Vaginoscopic Management of OHVIRA (Obstructive Hemivagina and Ipsilateral Renal Agenesis). *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 30(5), 361-362. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2023.02.007>
- Sadler, T. W., Byrne, J., Imseis, H., & Tosney, K. (2010). *Langman embriología médica*. Wolters Kluwer Health.
- Valdés Valdés, A., Pérez Núñez, H.M., García Rodríguez, R.E., & López Gutiérrez, A. (2010). *Embriología humana*. Editorial Ciencias Médicas,
- World Health Organization. (2009). *Implementation manual: WHO Surgical Safety Checklist – Safe surgery saves lives*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598590>

#### Conflicts of Interest:

The authors declare that they have no conflicts of interest.

#### Author Contributions:

Gallardo Revilla et al.: Conceptualization, data curation, formal analysis, investigation, methodology, supervision, validation, visualization, writing of the original draft, and writing, review, and editing.

#### Disclaimer/Publisher's Note:

The statements, opinions, and data contained in all publications are solely those of the authors and individual contributors and not of Revista San Gregorio or the editors. Revista San Gregorio and/or the editors disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions, or products referred to in the content.