

Hímen imperfurado como causa de retenção urinária: a importância do exame físico

Mariana Pinto¹, Joana Monteiro¹, Lúcia Gomes¹, Hélder Ferreira², Margarida Gameiro³, Miguel Costa¹

RESUMO

Introdução: O hímen imperfurado (HI) é a alteração obstrutiva mais frequente do aparelho genital feminino. Estima-se que atinja 1:1000 – 1:10000 meninas.

Caso clínico: Descreve-se o caso de uma adolescente de 13 anos, com história de obstipação e escoliose lombar. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por episódio de retenção urinária, acompanhada de globo vesical. Apresentava uma história de dor hipogástrica com 11 meses de evolução, de carácter cíclico mensal. Referência a polaquiúria e dificuldade em iniciar a micção dois meses antes de recorrer ao SU, e ausência de menarca. O exame objectivo evidenciou estadio pubertário de Tanner 4-5, abaulamento da parede anterior do recto com massa adjacente palpável e protusão do hímen íntegro e imperfurado. Foi diagnosticado HI e hematometrocólpos confirmado por ecografia. Foi submetida a himenotomia, com drenagem de conteúdo hemático abundante, com resolução do quadro clínico.

Conclusão: Com este caso clínico, os autores querem salientar que o exame objectivo completo é uma pedra fulcral na avaliação da criança ou adolescente.

Palavras-chave: hematometrocólpos, hímen imperfurado, retenção urinária.

Nascer e Crescer 2011; 20(4): 283-285

INTRODUÇÃO

O hímen imperfurado (HI) é a alteração obstrutiva mais frequente do aparelho genital feminino, em que a membrana hime-neal oclui o intróito vaginal por completo. Esta obstrução resulta na acumulação de secreções uterinas e vaginais.^(1,2) Estima-se que atinja 1:1000 – 1:10000 meninas.⁽¹⁾ Habitualmente surge de forma esporádica; contudo, em raras situações, pode haver antecedentes familiares.^(1,2) A forma de apresentação clínica é muito variável, desde uma forma assintomática - mero achado num exame físico de rotina, até sintomas relacionados com a obstrução e compressão - dor abdominal e/ou lombar, obstipação, disúria, retenção urinária aguda, peritonite ou amenorreia primária.⁽¹⁻⁶⁾ A discrepância existente entre o estadio pubertário e a ausência de menarca deve-nos fazer suspeitar de HI. Apesar

do diagnóstico de HI ser simples, muitas vezes passa despercebido numa avaliação médica de rotina. Daí a importância de realizar sempre um exame físico completo, incluindo o exame dos genitais externos desde os primeiros dias de vida até à adolescência.^(1-4,7,8)

CASO CLÍNICO

Apresentamos o caso de uma adolescente de 13 anos de idade, de raça caucasiana, com história de obstipação, desde os primeiros anos de vida, atopia desde os dois anos de idade sob imunoterapia oral, Púrpura de Henoch-Schönlein aos quatro anos de idade. Em Maio de 2009 foi diagnosticada escoliose lombar.

Como antecedentes familiares é de referir a avó materna com história de neoplasia da mama. Mãe e irmã apresentaram menarca aos 16 e 14 anos, respectivamente.

Foi observada no SU, em Dezembro de 2009, por segundo episódio de retenção urinária, acompanhada de globo vesical. Referia dor localizada ao hipogastro de intensidade moderada, com carácter cíclico mensal (duração de três dias), sem irradiação e sem factores de alívio ou agravamento, com 11 meses de evolução. Dois meses antes de recorrer ao SU referia polaquiúria e dificuldade em iniciar a micção. O primeiro episódio de retenção urinária ocorreu um mês antes e foi resolvido com algaliação.

A adolescente negava ingestão medicamentosa e actividade sexual, referindo ausência de menarca.

Ao exame objectivo apresentava bom estado geral, hemodinamicamente estável, peso entre o P25-50. A estatura situava-se no P90 e o índice de massa corporal (IMC) entre o P5-10. Estadio pubertário de Tanner 4-5. Salientava-se o abdómen doloroso à palpação na região hipogástrica e com globo vesical até à cicatriz umbilical (na admissão). No exame rectal não se verificaram lesões à inspecção, tónus normal e abaulamento da parede anterior do recto com massa adjacente palpável. Ao exame ginecológico foi visível protusão do hímen íntegro e imperfurado (Figuras 1 e 2). O restante exame era irrelevante.

Embora os achados do exame físico já orientassem para o diagnóstico de HI, era importante excluir a hipótese de massa pélvica (quisto, tumor).

Os exames complementares de diagnóstico (hemograma, bioquímica, proteína C reactiva, estudo da coagulação e fita teste urinária) não revelaram alterações. Realizou-se ecografia pélvica que revelou útero com 50,9 mm x 24,8 mm x 46,9 mm, endométrio fino, cavidade uterina com conteúdo líquido (hematometra 10,7 mm) e vagina distendida pela presença de

¹ S. Pediatria / Neonatologia, HSSebastião, CH Entre o Douro e Vouga

² S. Ginecologia / Obstetrícia, HSAntónio, CH Porto

³ S. Ginecologia / Obstetrícia, HSSebastião, CH Entre o Douro e Vouga



Figura 1 – Hímen íntegro e imperfurado ao exame ginecológico



Figura 2 – Hímen íntegro e imperfurado ao exame ginecológico



Figura 3 – Ecografia pélvica mostrando cavidade uterina com conteúdo líquido e vagina distendida



Figura 4 – Ecografia pélvica mostrando cavidade uterina com conteúdo líquido e vagina distendida

hematocolpos de grandes dimensões; ovários direito e esquerdo normais (Figuras 3 e 4).

Foi internada com o diagnóstico de hímen imperfurado e hematocolpos/hematometra e submetida a intervenção cirúrgica - himenotomia, com drenagem de conteúdo hemático abundante da cavidade vaginal (Figura 5).

Após a alta hospitalar foi orientada para as consultas de Ginecologia e Pediatria.

Actualmente, a adolescente encontra-se assintomática e com catamênios regulares.

DISCUSSÃO

O HI constitui o espectro extremo das variações da configuração himeneal, com uma incidência aproximada de 0,1%.^(1,2) Apesar de ser uma patologia rara, deve ser sempre considerada perante uma adolescente com dor abdominal cíclica, amenorreia primária e com caracteres sexuais secundários evidentes, tal como é descrito no caso clínico.

O diagnóstico de HI pode ser feito desde o período neonatal até à adolescência.⁽¹⁻⁴⁾ O recém-nascido (RN) com HI, habitualmente apresenta uma massa protuberante de cor acinzentada, visível no intróito vaginal, levando à acumulação de secreções



Figura 5 – Himenotomia

vaginais produzidas pelo estradiol materno - mucocolpos. Na pré-puberdade raramente origina Mucocolpos, sendo, por vezes, confundido com adesão labial ou agenesia vaginal. Neste grupo etário, a vigilância é fundamental, se assintomático, e a intervenção cirúrgica deve ser planeada na puberdade, antes da menarca.^(1-4,7,8)

Na adolescência, o HI pode-se manifestar pela tríade clássica de amenorreia primária, dor abdominal cíclica e presença de caracteres sexuais secundários. Contudo, podem surgir outros

sintomas nomeadamente lombalgia, retenção urinária (37-60%) e obstipação.⁽¹⁻⁴⁾ Em todos os casos, é obrigatório excluir sempre amenorreia secundária. No exame objectivo pode detectar-se uma massa abdominal ou pélvica na palpação bimanual e, no exame ginecológico, pode observar-se uma membrana distendida de cor azulada no intróito vaginal, originando a acumulação de secreções e sangue na vagina, útero e/ou trompas de Falópio – hematocolpos, hematometra e hematossalpinge, respectivamente.^(1-4,7,8)

Outras causas de amenorreia primária devem ser excluídas - disgenesia gonadal, hipogonadismo hipotalâmico, doença hipofisária, agenesia vaginal, adesão labial, obstrução longitudinal ou septo transversal.^(1,2,9,10)

Nas formas clássicas de apresentação de HI não está geralmente indicada a realização de exames complementares de diagnóstico (estudo analítico e imagiológico). Contudo, a ecografia pélvica permite excluir anomalias do tracto genito-urinário associadas, bem como definir de forma mais adequada o procedimento cirúrgico a efectuar.⁽¹⁻⁴⁾ A aspiração por agulha está absolutamente contraindicada pelo risco de introdução de bactérias em ambiente previamente estéril, podendo originar infertilidade.^(1,2)

O tratamento do HI consiste na realização de himenotomia. Na maioria das situações não é uma emergência cirúrgica, sendo de extrema importância avaliar periodicamente as queixas da adolescente para realizar, de forma atempada, a cirurgia. Nalguns casos poderá ser benéfica a aplicação tópica de creme contendo estrogénio, durante as duas primeiras semanas posteriores à cirurgia. O prognóstico é habitualmente bom, sendo necessária uma reavaliação clínica regular para evitar a recorrência desta patologia.⁽¹⁻⁴⁾

Com este caso clínico, concluímos que a anamnese e o exame objectivo completos são fulcrais na avaliação da criança ou adolescente. Assim, deve ser recomendado, de forma periódica, o exame físico do aparelho genital feminino desde o período neonatal até à adolescência.

CONCLUSÃO

Frequentemente, o diagnóstico de HI é feito, após a menarca, quando surgem os primeiros sintomas. A morbidade associada ao HI pode ser potencialmente evitada, se for realizado o exame dos genitais externos do RN e da criança pré-púbere. O diagnóstico atempado de HI permite planear a correcção cirúrgica, com excelente prognóstico.

IMPERFORATE HYMEN AS A CAUSE OF URINARY RETENTION: THE IMPORTANCE OF PHYSICAL EXAMINATION

ABSTRACT

Introduction: Imperforate hymen (IH) is the most frequent obstructive anomaly of the female genital tract. It is estimated that occurs in 1:1000 – 1:10000 girls.

Case report: We report a case of a 13-year-old girl with a history of constipation and lumbar scoliosis. She presented to the emergency department (ED) with urinary retention and vesical

globe. She referred hypogastric pain for 11 months recurring every month. She also referred absence of menarche, and increased urinary frequency and difficulty to start urination for two months. The physical examination showed Tanner pubertal stage 4-5, bulging of the anterior wall of the rectum with palpable adjacent mass and protrusion of intact and imperforate hymen. Imperforated hymen and hematometrocolpos were diagnosed, confirmed by ultrasound. Hymenotomy and drainage of abundant hematic secretions were performed with resolution of her symptoms.

Conclusion: With this case, the authors want to emphasize the importance of a complete physical examination in a child or adolescent.

Keywords: hematometrocolpos, imperforate hymen, urinary retention.

Nascer e Crescer 2011; 20(4): 283-285

BIBLIOGRAFIA

1. Lacy JA, Hillard PA. Imperforate hymen. Emedicine [updated Feb 24, 2010]. Acessível em: <http://www.emedicine.medscape.com/article/269050-overview>.
2. Herman MI, Saxena AK, Paton EA. Imperforate hymen. Emedicine [updated Oct 2, 2009]. Acessível em: <http://www.emedicine.medscape.com/article/954252-overview>.
3. McInerney TK, Adam HM, Campbell DE, Kamat DM, Kelleher KJ. Pediatric physical examination. In: McInerney TK, Adam HM, Campbell DE, Kamat DM, Kelleher KJ editors. Textbook of Pediatric Care. 1st edition. Chicago: AAP; 2009; 14:134-7.
4. Sanfilippo JS. Vulvovaginal and Müllerian Anomalies. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF editors. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th edition. Philadelphia: Saunders; 2007; 554:2287-9.
5. Botash AS, Louis F. Imperforate hymen: Congenital or acquired from sexual abuse? Pediatrics 2001;108:e53.
6. Posner JC, Spandorfer PR. Early Detection of Imperforate Hymen Prevents Morbidity From Delays in Diagnosis. Pediatrics 2005;115:1008-12.
7. Drutz JE, Duryea TK, Torchia MM. The pediatric physical examination: The perineum. UptoDate [updated Sept 24, 2009].
8. Laufer MR, Weisman LE, Torchia MM, Emans SJ, Duryea TK. Gynecologic examination of the newborn and child. UptoDate [updated Jan 18, 2008].
9. Laufer MR, Barbieri RL, Falk SJ. Diagnosis and management of congenital anomalies of the vagina. UptoDate [updated Jun 10, 2009].
10. Welt CK, Snyder PJ, Martin KA, Barbieri RL, Crowley WF, Kirkland JL. Etiology, diagnosis, and treatment of primary amenorrhea. UptoDate [updated Apr 14, 2009].

CORRESPONDÊNCIA

Mariana Pinto
marianabrpinto@gmail.com