

Caso Clínico: Semi Obstrução Vaginal Pós Traumática e Cirurgia Reconstrutora

Caso Clínico: Semi Obstrução Vaginal Pós Traumática e Cirurgia Reconstrutora

Camila Rios Bretas¹, João Oscar de Almeida Júnior^{1,2,3*}, Roberto de Lima Fernandes^{1,3}, Hérica Cristina Mendonça^{3,4}, Juliana Pinheiro Dutra¹, Luiza Silva Oliveira¹, Marcela Laender Teixeira¹, Eduardo Cunha da-Fonseca^{1,3,5}.

RESUMO

Traumatismos genitais são frequentes na população geral, com real incidência desconhecida e subestimada, pelo fato dos pacientes geralmente procurarem o serviço de emergência em caso de traumatismo grave. Ocorre em ambos os sexos, em todas as faixas etárias, com vários possíveis mecanismos de trauma. Lesões contusas ou cortantes podem exigir reparo imediato em caráter de urgência e assim o médico generalista deve estar preparado para reconhecimento e tratamento inicial. A abordagem da vítima de trauma genital deve incluir acolhimento adequado da paciente e de sua família, devido a dor, medo e trauma gerados pela possível gravidade e localização da lesão. O presente artigo tem como objetivo apresentar o caso clínico de uma paciente de 36 anos, nuligesta, com história de atropelamento na infância e traumatismo perineal, com queixa de hipomenorréia e infertilidade, de longa data, gerando sequelas físicas e psicológicas. Após avaliação da paciente, foi evidenciada semiobstrução vaginal e o sucesso terapêutico foi alcançado através de abordagem multidisciplinar cuidadosa, com acolhimento humano adequado. Para embasar o trabalho, foram incluídos trabalhos recentes em bases de dados atualizados, com objetivo de citar os principais tipos de lesões genitais, os mecanismos de lesão e tratamento inicial e assim orientar os médicos generalistas na abordagem geral de pacientes vítimas de traumas perineais, minimizando sequelas tardias e o impacto na saúde mental de tais sobreviventes, assim como o impacto na saúde pública.

Palavras-chave: Doenças Vaginais; Doenças Urogenitais Femininas; Anormalidades Urogenitais; Infertilidade Feminina

¹ Hospital Mater Dei, Ginecologia - Belo horizonte - Minas gerais - Brasil

² Feluma, Especialização em Cirurgia Ginecológica - coordenador. - Belo horizonte - Minas gerais - Brasil

³ FEBRASGO, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Febrasgo - Belo horizonte - Minas gerais - Brasil

⁴ USP, Mestre e Doutora pela USP Ribeirão Preto - Ribeirão Preto - SP - Brasil

Juliana Pinheiro Dutra

⁵ Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Professor da Disciplina de Ginecologia - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil.

Instituição:

Hospital Mater Dei, Ginecologia - Belo horizonte - Minas gerais - Brasil.

* Autor Correspondente:

Camila Rios Bretas

E-mail: camilariosb@gmail.com

Recebido em: 23/12/2017.

Approved em: 28/08/2019.

ABSTRACT

Genital trauma is common in the general population, with a real incidence unknown and underestimated, as patients often seek emergency care in the event of severe trauma. It occurs in both sexes, in all age groups, with several possible mechanisms of trauma. Blunt or sharp injuries may require immediate repair as a matter of urgency and so the general practitioner must be prepared for initial recognition and treatment. The approach of the victim of genital trauma should include adequate accommodation of the patient and her family due to the pain, fear and trauma generated by the possible severity and location of the injury. The present article aims to present the clinical case of a 36 - year - old patient, nulligesta, with a history of running over in childhood and perineal trauma, with longstanding complaints of hypomenorrhea and infertility, generating physical and psychological sequelae. After evaluation of the patient, vaginal semiobstruction was evidenced and therapeutic success was achieved through a careful multidisciplinary approach, with adequate human reception. To support the work, recent work in updated databases was included in order to cite the main types of genital lesions, lesion mechanisms and initial treatment, and thus to guide general practitioners in the general approach of patients who are victims of perineal trauma, minimizing late sequelae and the impact on mental health of such survivors, as well as the impact on public health.

Keywords: Vaginal Diseases; Urogenital Abnormalities; Urogenital System; Infertility, Female

INTRODUÇÃO

O traumatismo genital em pacientes do sexo feminino pode gerar sequelas importantes do ponto de vista psicológico e reprodutivo.¹⁻¹³ No entanto, apesar de sua importância, a epidemiologia das lesões perineais nos Estados Unidos, assim como no Brasil, permanecem desconhecidos, já que a maioria dos estudos se baseia em bancos de dados hospitalares, baseados em lesões graves, podendo assim subestimar a incidência e superestimar a morbidade. Além disso, mesmo no caso de lesões anatomicamente discretas, sem consequências crônicas, pode gerar sequelas e traumas psicológicos futuros, podendo comprometer tais pacientes de forma igualmente importante.¹⁻⁸

As lesões perineais mais comuns são as causadas pelo trabalho de parto e parto. Outro tipo de lesão comum é a causada pelo abuso sexual, sendo ainda mais relevante quando a vítima é pediátrica, o que ainda permanece como um problema mundial de grave importância. Tais lesões devem ser diferenciadas de lesões perineais que podem ocorrer em um contexto de acidente em atividade rotineira ou esportiva, como a queda de um idoso ou queda a cavaleiro em bicicleta por um criança. No entanto, sempre que houver dúvida no diagnóstico e mecanismo de trauma, deve-se investigar o contexto do paciente com objetivo de protegê-lo de possíveis novas agressões, se esse for o caso.¹⁻⁸ Lesões graves podem ocorrer em caso de traumas de alta energia, como em atropelamentos ou colisões automobilísticas,

como no caso clínico abordado no artigo.¹⁻¹³ Anormalidades genitais também podem ser decorrentes de malformações genito-urinárias, sendo acompanhadas ou não de alterações em outros sistemas orgânicos, o que não será aprofundado nesse artigo.¹⁴⁻¹⁹

É importante que o profissional de saúde especializado esteja preparado para abordar tais vítimas do ponto de vista físico, sabendo identificar e corrigir tais lesões para minimizar o impacto a longo prazo, assim como deve estar preparado para apoiar o paciente e família em relação à dor, ao medo, às preocupações sobre a avaliação e reparo de uma lesão aguda ou crônica. O médico generalista deve estar pronto para identificar os casos e encaminhá-los para os serviços de referência, se necessário.¹⁻⁸

O artigo tem como objetivo apresentar o caso clínico de uma paciente atendida em um hospital de referência em ginecologia de Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil, com sequelas tardias físicas e emocionais, causadas por acidente automobilístico durante a sua infância, com abordagem cirúrgica e humana adequada e consequente sucesso do tratamento. O trabalho foi baseado em literatura atual para enriquecer e elucidar a epidemiologia e o mecanismo das lesões perineais mais comuns.

Trata-se então de paciente de 36 anos, nuligesta, sem comorbidades, alergias ou uso de medicamentos, com queixa principal de infertilidade primária há mais de cinco anos. No momento, tal paciente negava outros sintomas,

além do locomotor, devido à dificuldade de deambulação. Em sua história patológica progressiva, a paciente relatou história de atropelamento por caminhão aos oito anos de idade, com esmagamento de quadril e membros inferiores e consequente sangramento genital intenso, sendo levada ao pronto atendimento de hospital geral, com abordagem cirúrgica, com evidência de grande sofrimento gerado pela dor aguda e consequências deletérias em sua vida sexual e psíquica atual. Tal paciente apresentou menarca aos 12 anos, com ciclos menstruais regulares, porém com sangramento diminuído em todos os ciclos, além de dispareunia profunda, com consequências à sua vida conjugal. A mesma foi acompanhada por diferentes ginecologistas generalistas, sem propedêutica adequada, com consequente angústia.

Em sua avaliação inicial, não haviam estigmas de síndromes, foram encontradas deformidades em coxa esquerda com grande perda de substância e dificuldade de deambulação, sem outras alterações de pêlos, de desenvolvimento sexual ou alterações de outros sistemas. Ao exame da genitália externa, vulva e clitóris não apresentavam alterações. O exame especular evidenciou vagina encurtada, sem septos, terminando em fundo cego (figura 1). Foi realizado novo exame especular no período menstrual e, embora apresentasse uma ínfima quantidade de sangue menstrual na vagina, não foi possível visualizar o orifício externo do colo ou nenhum outro orifício de drenagem. Como propedêutica, foi solicitada uma ressonância nuclear magnética, que evidenciou a presença de útero em anteversoflexão, medindo 77 cm³, com forma e contornos normais, uniforme, sem evidências de septos uterinos. Foi evidenciado pequeno mioma intramural e um pólipó endometrial. O colo e a vagina não mantinham contato (figura 2). Os ovários eram normais, sem evidências de testículos e não haviam outras alterações pélvicas.

Após acolhimento da paciente pela equipe multidisciplinar e orientações exaustivas sobre o mecanismo da lesão e a seqüela tardia, foi realizada programação cirúrgica com a equipe de ginecologia e radiologia intervencionista, o que foi prontamente aceito pela paciente e parceiro. Foi então realizada cirurgia reconstrutiva vaginal, com abertura do fundo vaginal e reposicionamento do colo, guiados por ultrassom durante todo o período per operatório com intuito de guiar a incisão cirúrgica e evitar lesões vesicais ou intestinais iatrogênicas. Após abertura vaginal foram

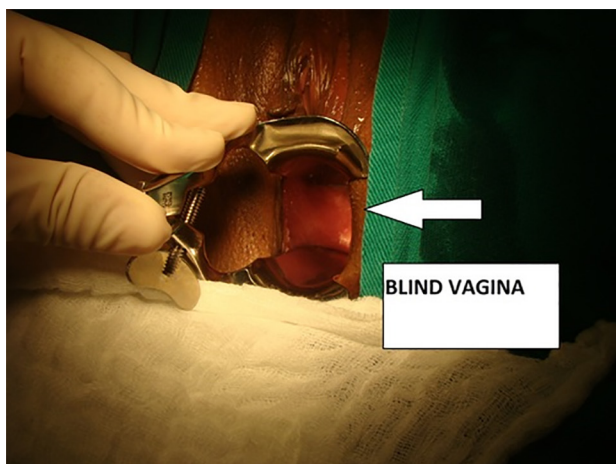


Figura 1. Vagina em fundo cego em exame especular.

Rev Méd Minas Gerais. 2020; 30(N. Esp.): e-E0004

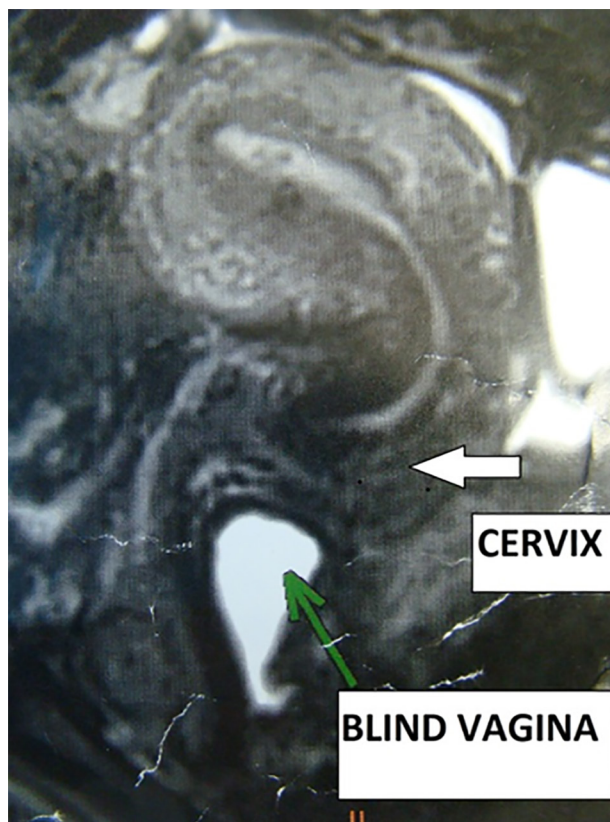


Figura 2. Ressonância Nuclear Magnética evidenciando a vagina em fundo cego

expostos o terço superior da vagina e o colo que ficou assim localizado no ápice vaginal. Após três meses de pós-operatório, a paciente apresentava colo e vagina normais (figura 3) e melhora da dispareunia, com sucesso terapêutico físico e psíquico. Foi programada ainda uma histeroscopia para retirada do pólipó endometrial, o que também foi realizado com sucesso.

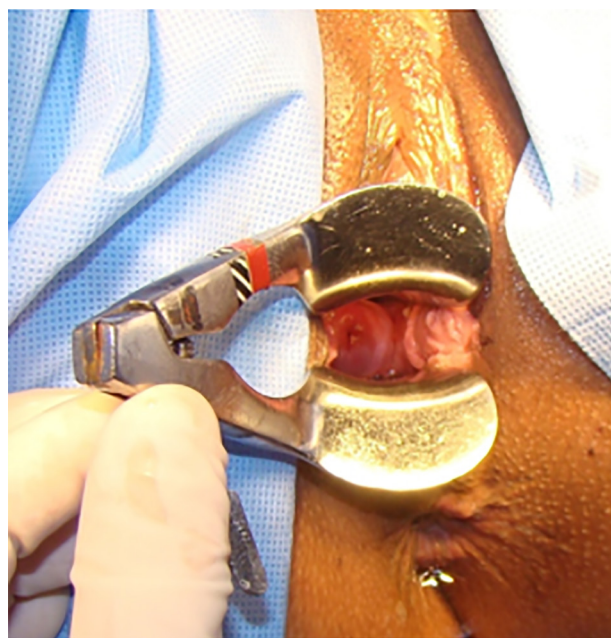


Figura 3. Vagina e colo em exame especular, após tratamento.

Como diagnóstico diferencial para oligomenorréia e obstrução vaginal, foram excluídas as principais etiologias, através do cariótipo (normal), exame físico e da ressonância nuclear magnética.

METODOLOGIA

A busca bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS, MEDLINE e SciELO), PubMed utilizando como palavras chaves os termos: “Anomalias vaginais”, “anomalias genitourinárias”, “lesões genitourinárias”, “trauma”, “infertilidade”.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A maioria dos artigos abordava as lesões perineais mais comuns, que inclui as lesões causadas pelo trabalho de parto e parto, assim como as causadas por agressão física e abuso sexual. Pelo fato do tratamento depender do tipo de lesão, etiologia, intensidade do trauma e contexto, foi encontrada uma variedade de opções de tratamento, devendo o mesmo ser individualizado, podendo ser cirúrgico ou até conservador no momento, com possível abordagem futura.¹⁻²²

DISCUSSÃO

Na medicina, as lacerações vaginais apresentam um desafio diagnóstico, pela complexidade da anatomia pélvica e variedade e de lesões.¹⁻²⁰ Indivíduos de todas as faixas etárias, independente do sexo, estão sob risco de lesão genital, cuja principal causa geral é a esportiva, principalmente por quedas de bicicleta, quando as lesões ocorrem frequentemente devido a um impacto entre o cavaleiro e o tubo superior ou sela.¹⁻⁴ Idosos e crianças tendem a sofrer lesões durante atividades mais rotineiras, freqüentemente como consequência de trauma por quedas.¹⁻¹²

Lesões contusas não penetrantes geralmente envolvem a vulva, resultando em lacerações lineares, equimoses e abrasões.¹⁻⁴ Já as lesões penetrantes ocorrem se a vítima cair sobre um objeto afiado ou pontiagudo ou se introduzir algum objeto na vagina, espontaneamente ou não, como o caso de lesões durante o intercuro sexual e agressões sexuais e físicas.¹⁻¹² Lesões durante o ato sexual ocorrem mais comumente durante a primeira relação sexual e na senectude por atrofia vaginal, gerando lacerações e sangramentos potencialmente graves, acometendo principalmente o fórnice posterior.¹⁻¹² Muitos objetos comuns são agentes de empalamento, como sistemas de aspersão, tubos, postes de vedação, engate de reboque e mobiliário. Nesses casos, a vagina, uretra, bexiga, ânus, reto e a cavidade peritoneal podem ser perfurados, devendo ser explorados, durante a abordagem inicial.¹⁻¹² Além disso, tais lesões podem ocorrer durante o trabalho de parto e parto, consideradas as causas mais comuns do sexo feminino.¹⁻¹³

Outro mecanismo de trauma comum são os acidentes automobilísticos, podendo gerar lesões contusas, cortantes e por esmagamento. Outras lesões de alta velocidade e intensidade, podem resultar de quedas ou catástrofes e mais uma vez os extremos de idade estão mais susceptíveis, tanto a quedas quanto atropelamentos. Quando ocorre fratura pélvica, podem ocorrer lesões genitais quando os fragmentos ósseos penetram nos tecidos e podem levar a lacerações da bexiga, uretra ou vagina.^{1-5,13} No caso de atropelamento,

geralmente, o mecanismo de trauma é causado pela sobrecarga de forças exercidas sobre o indivíduo pelo veículo, causando aumento da pressão intra-abdominal, com possíveis fraturas, lacerações de tecidos e até extrusão do conteúdo pélvico.¹⁻¹³

A abordagem e o tratamento adequado das lesões genitais depende da gravidade da lesão, bem como da sua causa, cuja a identificação correta é essencial para o tratamento médico e psicológico.¹⁻¹³ Lesões graves podem exigir cirurgia e seguimento. As lacerações perineais e vulvares geralmente podem ser gerenciadas no departamento de emergência. Grandes hematomas devem ser incisados e drenados, com ligadura de qualquer vaso sangrante e suturas de pele com pontos simples utilizando fios absorvíveis. Os drenos podem ser usados se houver uma grande cavidade ou suspeita de contaminação ou se a hemostasia não estiver controlada. Grandes lacerações associadas a sangramento e hematoma requerem exame especular sob anestesia para avaliar e reparar completamente as lesões. O tamponamento vaginal pode ser necessário para a hemostasia adequada.¹⁻¹³

Complicações de alterações vaginais graves podem incluir hemoperitônio, pneumoperitônio e hematoma retroperitoneal.¹⁻¹³ Lesões futuras podem ocorrer das próprias lesões iniciais ou do reparo das mesmas, como ocorreu no nosso caso clínico, gerando consequências na reprodução futura.¹⁻¹³

Nos casos em que houver dúvida do mecanismo de trauma, o contexto do paciente deve ser abordado (principalmente se o paciente for pediátrico) com objetivo de excluir abuso físico e sexual de forma a evitar futuras agressões. Independente da causa da alteração genital, a paciente e a família devem ser abordados com calma e cautela, de forma a fornecer amparo e o melhor tratamento clínico, cirúrgico e psicológico.¹⁻²⁰

O tratamento deve visar reestabelecer a fertilidade e a funcionalidade sexual, daí a importância da abordagem inicial pelo médico generalista que primeiramente vai receber tal paciente, já que o mesmo irá identificar as lesões genitais, estabilizar e acolher o paciente, assim como tratar a vítima ou encaminhar para um serviço de referência. Não há método de correção ideal e assim cada caso deve ser tratado individualmente, devendo-se nunca julgar a vítima.¹⁻²⁰

REFERÊNCIAS

1. Lopez HN, Focseneanu MA, Merritt DE. Genital injuries acute evaluation and management. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 48 (2018) 28e39
2. Kovvill RC, Wright JL, Wessells H. *Penn Clinical Manual of Urology, Urinary and Genital Trauma*, Chapter 10, 251-283
3. Iqbal CW, Jrebi NY, Zielinski MD, Benavente-Chenhalls LA, Cullinane DC, Zietlow SP, Moir CR, Ishitani MB. Patterns of accidental genital trauma in young girls and indications for operative management. *Journal of Pediatric Surgery*, 2010-05-01, Volume 45, Edição 5, Páginas 930-933, Copyright © 2010
4. Bagga HS, Tasian GE, Fischer PB, McCulloch CE, McAninch JW, Breyer BN. Product Related Adult Genitourinary Injuries Treated at Emergency Departments in the United States from 2002 to 2010. *J Urol*. 2013 April ; 189(4): 1362-1368. doi:10.1016/j.juro.2012.10.122.

5. Tasian GE, Bagga HS, Fischer PB, McCulloch CE, McAninch JW, Breyer BN. Pediatric Genitourinary Injuries in the United States from 2002 to 2010. *J Urol*. 2013 January; 189(1): 288–293. doi:10.1016/j.juro.2012.09.003.
6. Merritt DF. Genital Trauma in the Pediatric and Adolescent Female. *Obstet Gynecol Clin N Am* 36 (2009) 85–98
7. Kelly DL, Larkin HJ, Paolinetti LA. Intra- and inter-rater agreement of the Genital Injury Severity Scale. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 52 (2017) 172e180
8. White C. Genital injuries in adults. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 27 (2013) 113–130
9. Frioux SM, Blinman T, Christian CW. Vaginal lacerations from consensual intercourse in adolescents. *Child Abuse & Neglect* 35 (2011) 69–73
10. Longombe AO, Claude KM, Ruminjo J. Fistula and Traumatic Genital Injury from Sexual Violence in a Conflict Setting in Eastern Congo: Case Studies. *Reproductive Health Matters*. 2008;16(31):132–141
11. Gabriel NM, Clayton M, Starling SP. Case Report: Vaginal Laceration as a Result of Blunt Vehicular Trauma. *J Pediatr Adolesc Gynecol* (2009) 22:e166e168
12. Berkenbaum C, Balu L, Sauvat F, Montbrun A, Harper L. Severe Vaginal Laceration in a 5-Year-Old Girl Caused by Sudden Hydro-Distention. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 26 (2013) e131e132
13. World Health organization publications. Injuries Health Topic. Female genital injury management protocol, The 10 leading causes of death in the world, 2000 and 2012 and International Day for Discrimination of Violence Against Women 2014: beyond the health sector.
14. Kaefer M. Management of Abnormalities of the Genitalia in Girls. *Pediatric Urology* - Chapter 149
15. Kimble R et al. Case Report: Partial Cervical Agenesis and Complete Vaginal Atresia. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 29 (2016) e43e47
16. Saman AME, Ismael AM, Zakherah MS, Nasr A, Tawfik RM, Bedaiwy MA. Enhancement balloon vaginoplasty for treatment of blind vagina due to androgen insensitivity syndrome. *Fertility and Sterility*_ Vol. 95, No. 2, February 2011
17. Fotopoulou C, Sehouli J, Gehrman N, Schoenborn I, Lichtenegger W. Functional and anatomic results of amnion vaginoplasty in young women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Fertility and Sterility*_ Vol. 94, No. 1, June 2010
18. Willemsen WNP, Kluivers KB. Long-term results of vaginal construction with the use of Frank dilation and a peritoneal graft (Davydov procedure) in patients with Mayer-Rokitansky-Küster syndrome. *Fertility and Sterility*_ VOL. 103 NO. 1 / JANUARY 2015
19. Wu J-X, Li B, Li WZ, Jiang Y-G, Liang J-X, Zhong C-X. Laparoscopic vaginal reconstruction using an ileal segment. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 107 (2009) 258–261
20. Fonseca EC, Fernandes VM. Traumatismo Perineal e Vaginal. *SO-GIMIG*, Manual de ginecologia e obstetria da Associação de ginecologistas e obstetras de Minas Gerais_ 5 Ed, Cap 23, 2014.
21. Klassen Z, Go PH, Mansour EH, Marano MA, Petrone SJ, Houg AP, Chamberlain RS. Pediatric genital burns: a 15-year retrospective analysis of outcomes at a level 1 burn center. *Journal of Pediatric Surgery*, 2011-08-01, Volume 46, Edição 8, Páginas 1532-1538, Copyright © 2011 Elsevier Inc.
22. Perron L, Senikas V, Burnett M, Davis V. Female Genital Cutting. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC)*, 2013-11-01, Volume 35, Edição 11, Páginas 1028-1045, Copyright © 2013 Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada