

Um Caso Raro de Retenção Urinária Aguda

Marta Santalha¹, Miguel Fonte², Filipa Correia¹, Cristina Ferreira¹

RESUMO

A retenção urinária é pouco frequente na infância, podendo ser congénita ou secundária a processos traumáticos, inflamatórios, cirúrgicos, neurológicos, mecânicos, medicamentosos ou psicogénicos.

Apresenta-se o caso clínico de uma adolescente de treze anos, com quadro de algia hipogástrica, retenção urinária e obstipação. Ao exame objectivo constatou-se uma massa arredondada hipogástrica. A radiografia simples do abdómen evidenciou imagem radiopaca no terço inferior do abdómen e a ecografia abdomino-pélvica mostrou conteúdo impuro sugerindo hematocolpos e hematometra. Realizada himeniotomia cirúrgica com evolução favorável.

A inspecção atenta dos genitais externos é fundamental, logo após o nascimento, para o diagnóstico de hímen imperfurado. Quando não detectado e tratado no período neonatal, na sua maioria o diagnóstico é realizado tardiamente em idade pubertária perante o aparecimento de complicações.

Palavras-chave: Hematocolpos, hematometra, retenção urinária

Nascer e Crescer 2010; 19(3): 149-151

INTRODUÇÃO

O hímen é uma membrana de tecido conjuntivo coberta por epitélio, interposta entre o tracto uterovaginal proximal e o introito vaginal⁽²⁾.

No feto, pelas nove semanas de gestação, o ducto mülleriano alonga-se e atinge o seio urogenital formando o canal

útero-vaginal. O seio urogenital dá origem aos 2/3 inferiores da vagina. Por volta do quinto mês a canalização da vagina está completa. A ausência desta canalização origina o hímen imperfurado⁽⁴⁾.

O hímen imperfurado é habitualmente uma anomalia congénita, que ocorre geralmente de forma esporádica, estando também descritos casos familiares⁽¹⁾.

Tem uma incidência estimada de 0,1% em recém-nascidos do sexo feminino^(1,2).

Geralmente é um achado isolado mas pode estar associado a síndromes como a de McKusick-Kaufman ou a de Bardet-Biedl, estando também descrita a sua associação com outras anomalias tais como polidactilia, anomalias anorrectais congénitas e rins displásicos multiquísticos¹.

A apresentação clínica é variável de acordo com a idade. Estão descritos casos de diagnóstico pré-natal ecográfico de obstrução vesical por hidrocolpos ou mucocolpos^(1,4), devido a estimulação estrogénica materna.

Quando não detectado no período neonatal geralmente só é diagnosticado no período pubertário por amenorreia primária, dor abdominal, por vezes cíclica, pélvica ou lombar, disúria, polaquiúria, retenção urinária e obstipação⁽²⁾.

CASO CLÍNICO

Adolescente do sexo feminino, treze anos, raça caucasiana, trazida ao serviço de urgência (SU) por dor hipogástrica com agravamento progressivo, acompanhada de retenção urinária e obstipação, com quatro dias de evolução.

No primeiro dia de doença foi observada no SU e efectuou esvaziamento vesical por algaliação com saída de 1500

ml de urina, sendo o sedimento urinário normal. Realizou também estudo analítico com hemograma e proteína C reactiva que não revelaram alterações significativas.

No dia seguinte recorreu ao médico assistente, que a medicou com co-trimoxazol (35 mg/kg/dia) por suspeita de infecção do tracto urinário.

Após quatro dias, por agravamento das queixas algícas com novo episódio de retenção urinária e obstipação, recorreu novamente ao SU. Negava febre, dor abdominal recorrente ou sintomas constitucionais (astenia, anorexia, emagrecimento). Sem antecedentes cirúrgicos ou hábitos medicamentosos, nomeadamente anti-colinérgicos e anti-histamínicos. Negava início de actividade sexual.

Destaca-se nos antecedentes pessoais, prematuridade de 32 semanas, muito baixo peso ao nascimento (1011g), restrição do crescimento intra-uterino, com posterior atraso do desenvolvimento psico-motor e fácies compatível com síndrome alcoólica fetal. Fruto de uma gravidez não vigiada, com consumo étílico e tratamento tuberculostático durante a gestação. A adolescente coabitava com uma tia materna desde os três anos de idade, após ter sido retirada do seu agregado familiar disfuncional e de precárias condições económicas. Como antecedentes ginecológicos salientava-se ausência de menarca, com estágio IV/V de Tanner M:IV, P:V.

Ao exame físico, apresentava-se com abdómen globoso, evidente distensão hipogástrica e palpação dolorosa de massa arredondada na região hipogástrica. Sem posição anti-álgica. Não foi realizado exame ginecológico ou toque rectal.

Efectuou radiografia do abdómen simples sentada, que evidenciou mar-

¹ CH Alto Ave – Unidade de Guimarães

² CH Trás-os-Montes e Alto Douro

cada aerocolia na metade superior do abdómen e imagem radiopaca no seu terço inferior. A ecografia abdomino-pélvica mostrava distensão marcada da cavidade vaginal e uterina, por conteúdo impuro, sugerindo hematocolpos e hema-

tometra; a cavidade vaginal apresentava dimensões aumentadas medindo cerca de 15 cm de diâmetro longitudinal e 5 cm de diâmetro antero-posterior, associada a dilatação da cavidade uterina com diâmetro antero-posterior de 2,2 cm.



Figura 1 – Ecografia Abdomino-pélvica mostrando dilatação da cavidade vaginal e uterina (seta)



Figura 2 – Hímen imperfurado na inspeção



Figura 3 – Himeniotomia cirúrgica

Sem evidência de lesões ocupando espaço nas áreas anexas e sem uretero-hidronefrose. (Figura 1)

A posterior observação dos genitais externos, evidenciou a presença de uma membrana azul-escura abaulada, confirmando o diagnóstico de hímen imperfurado. (Figura 2)

Foi realizada himeniotomia cirúrgica com drenagem de moderada quantidade de líquido hemático. (Figura 3) No primeiro dia de pós-operatório encontrava-se assintomática com abdómen mole e depressível, sem massas palpáveis, tendo alta ao quarto dia de internamento, orientada para consulta de Ginecologia e Pediatria.

DISCUSSÃO

O hímen imperfurado é uma das causas de retenção urinária por compressão da uretra pela coleção hemática vaginal ou por irritação do plexo sagrado. Associadamente o efeito mecânico exercido na parede posterior da bexiga altera o ângulo da uretra com consequente obstrução do tracto urinário^(1,5,6).

Outras causas de retenção urinária são congênitas (anatômica) ou secundárias a causas traumáticas, inflamatórias, cirúrgicas, medicamentosas (anti-histamínicos e anti-colinérgicos), neurológicas (Bexiga Neurogênica, Mielite Transversa Aguda, S. Guillian Barré), obstrutivas extrínsecas, intrínsecas da uretra (neoplasia, cálculos)⁽⁶⁾ ou psicogênicas.

No caso apresentado, apesar de não haver antecedentes de dor abdominal prévia, provavelmente a obstrução ao fluxo menstrual já teria meses de evolução, resultando no preenchimento vaginal e uterino com conteúdo hemático, consequente dilatação destas estruturas e compressão da uretra com obstrução ao fluxo urinário. A pressão rectal exercida pela dilatação da cavidade vaginal terá causado as queixas de obstipação da adolescente.

Outras complicações do hematocolpos são a infecção do tracto urinário por estase urinária⁽³⁾, hematometra com fluxo menstrual retrógrado das trompas de Falópio para a cavidade peritoneal³ com consequente endometriose e risco de infertilidade.

O tratamento é cirúrgico, consistindo na incisão do hímen com drenagem do conteúdo hemático da vagina, útero e trompas de Falópio⁽¹⁾ com prognóstico habitualmente favorável.

Como complicações cirúrgicas destacam-se as agudas: infecção, hemorragia, e estenose do orifício vaginal; e as tardias como doença inflamatória pélvica e infertilidade⁽⁴⁾.

CONCLUSÃO

A inspecção cuidada dos genitais externos é fundamental desde o nascimento, para o diagnóstico de hímen imperfurado.

Salienta-se a importância de uma correcta anamnese e exame físico completo e atento (não esquecendo a avaliação do desenvolvimento pubertário) perante sintomas pouco frequentes em adolescentes com amenorreia e desenvolvimento de caracteres sexuais secundários, de modo a que, o correcto diagnóstico e atempado tratamento seja instituído, prevenindo assim complicações que podem resultar em graves sequelas.

A RARE CASE OF ACUTE URINARY RETENTION

ABSTRACT

Introduction: Acute urinary retention is uncommon in childhood, and it can be congenital or secondary to traumatic, inflammatory, surgical, neurological or

mechanical processes, drug-induced or psychogenic.

Case report: We report a clinical case of a thirteen year old girl with hypogastric pain, urinary retention and constipation. On physical examination a rounded hypogastric mass was palpable. An abdominal X-ray revealed a radiopaque image in the lower third of the abdomen and the abdominal-pelvic ultrasonography revealed an impure content suggesting hematocolpos and hematometra. A surgical incision of the hymen was performed, with favorable outcome.

Conclusion: A careful inspection of the external genitalia immediately after birth is essential for the diagnosis of imperforated hymen. When not detected and treated in the neonatal period, most of them have a delayed diagnosis during puberty when complications may occur.

Keywords: Hematocolpos, hematometra, urinary retention

Nascer e Crescer 2010; 19(3): 149-151

BIBLIOGRAFIA

1. Chang JW, Yang LY, Wang HH, Wing JK, Tiu CM. Acute Urinary Retention as the Presentation of Imperforate Hymen. J Chin Med Assoc 2007; 70 (12): 559-61
2. Herman MI, Saxena AK, Paton EA. Imperforate Hymen. Emedicine [update Out 2, 2009]. Acessível

em <http://emedicine.medscape.com/article/954252-overview>

3. Friedman EM, Rotta AT, Menna VJ. Index of Suspicion. Pediatric Rev 1994; 15: 495-7
4. Lacy JA, Hillard PJA. Imperforate Hymen. Emedicine [update Dec 12, 2007]. Acessível em <http://emedicine.medscape.com/article/269050-overview>
5. Bloxom A, Powell N. Urinary Retention due to hematocolpometra-Report of two cases, One with Spontaneous Recovery. Department of Urology. Baylor University College of Medicine 1948: 567-9
6. Elder JS. Obstruction of the Urinary Tract. In: Kliegman, RM, Stanton BF, Jenson HB, Behrman RE, editors. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia: Saunders Company, 2007; 2234-43
7. Sanfilippo JS. Vulvovaginal and Müllerian Anomalies. In: Kliegman, RM, Stanton BF, Jenson HB, Behrman RE, editors. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia: Saunders Company, 2007; 2287-9

CORRESPONDÊNCIA

Marta Filipa Ferreira Santalha
Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães
Rua dos Cutileiros, Creixomil
4835-044 Guimarães
msantalha@gmail.com