

UM CASO DE AUSÊNCIA DE VAGINA *

por J. C. Gomes da Silveira

Docente-livre e assistente de ensino

A descrição de casos de anomalias genitais é tão frequente na literatura médica que a simples apresentação de mais um, a título de curiosidade, não se justificaria. Tais são, porém, as particularidades que cada caso encerra, que sempre é possível estudá-lo com um aspecto mais sugestivo do que o puramente descritivo.

Conhecidos como são os fenômenos embrionários que os determinam, também não cabe, numa rápida comunicação, considerações de ordem embriológica. Porisso, no caso que hoje apresentamos, nós nos limitaremos a estudar os elementos de ordem funcional, mesmo porque, na paciente em estudo, foram êstes, e não os anatômicos, que a levaram a hospitalizar-se.

Vejamos, pois, a observação clínica:

A. L. S., de 19 anos de idade, preta, casada, brasileira, natural dêste Estado e residente em São Jerônimo, de profissão serviços domésticos. Registro do serviço n.º 6290. Registro do Hospital: Papeleta . . . 10.301.

Baixou à 2.ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre porque, tendo dezenove anos e sendo casada há dois, ainda não foi menstruada. Sua história clínica contém apenas a informação de que desde os 13 anos de idade ela sente periodicamente dôres na fossa ilíaca esquerda e cefalalgia. Suas relações sexuais lhe parecem normais e a paciente acredita que tem impulso sexual normal.

À inspeção geral, verificamos que se trata de uma mulher mediolínea estênica, de facies atípico, dentes mal implantados, bom estado de nutrição, mamas muito desenvolvidas e flácidas, abdomen de forma normal e pêlos de distribuição tipicamente femininas. As mensurações forneceram os seguintes dados:

Altura — 159 cms.

Pêso — 55,600 kgs.

Braçada — 164 cms.

Cintura acromial — 94 cms.

Cintura axilar — 86 cms.

Cintura pélvica — 94 cms.

Diâmetro acromial — 35 cms.

Diâmetro axilar — 25 cms.

Diâmetro pélvico transversal — 28 cms.

Acentuada predominância do segmento inferior sôbre o superior (figura 1), do diâmetro acromial sôbre o pélvico transversal e da braçada sôbre a altura.

O exame ginecológico mostrou o seguinte: monte de Venus bem desenvolvido, com normal distribuição dos pêlos, grandes lábios bem desenvolvidos, pequenos lábios hipertrofiados, de forma triangular (figura 2), clitoris pequeno, meato uretral implantado muito baixo, dilatado, atônico. Entre o meato uretral e a comissura posterior há uma lâmina imperfurada (figura 3) de coloração rósea, côncava, muito depressível. De cada lado do meato uretral parte uma linha saliente em direção à comissura posterior, de torma semiunar de concavidade interna, dando a impressão de um esbôço de hímen. Até essa altura, a vulva do tipo intersexual, é bem desenvolvida. Essa lâmina imperturada é bastante elástica, permitindo que os dedos a deprimam a uma profundidade de três centímetros. O toque retal não encontra qualquer vestígio de útero ou anexos atrás dêsse saco vaginal rudimentar. Um exame citológico dessa lâmina mucosa mostrou pequena quantidade de células epiteliais, em proporção mais ou menos igual de células acidófilas e basófilas, havendo células superficiais pequenas, de bordos irregulares ou enrolados e núcleos tendendo para a picnose e células profundas com núcleos largos (Relatório EV 379-49 do serviço de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina).

Com êsse esfregaço atestando atividade ovariana, resolvemos praticar uma laparotomia exploradora. Os exames de rotina

* Comunicação apresentada à reunião de 12 de Agosto de 1949 da Secção de Ginecologia e Obstetrícia da Sociedade de Medicina de Pôrto Alegre.

do pré-operatório foram normais, exceto o de fezes, que revelou a presença de ovos de tricocéfalos, áscaris e necator americano. Reações serológicas para a lues negativas. Exame da capacidade vesical, normal. Função urinária, normal.

Descrição do ato cirúrgico: A 28.6.1949, sob anestesia geral pelo éter, praticamos uma laparotomia mediana infra-umbilical. À inspeção, encontramos a pelve vazia atrás da bexiga e os canais de Muller completamente separados. Junto aos ligamentos infundibulopélvicos havia, de cada lado, um hemi-útero, com ligamento redondo curto e trompa pequena e sinuosa. O hemi-útero esquerdo tinha cerca de 2,5 cms. de comprimento por 1 cm. de diâmetro e junto a ele havia um ovário esférico, ligeiramente aumentado de volume, com numerosos folículos atrésicos. À direita, o hemi-útero tinha 3,5 cms. de comprimento por 1 de diâmetro, ligamento redondo muito curto, trompa menos desenvolvida do que a esquerda e um ovário cístico de cinco centímetros de diâmetro, contendo um cisto hemático e numerosos folículos atrésicos. Da extremidade inferior palpável dos hemi-úteros, os canais de Muller se perdiam numa delgada fita que vinha desaparecer sob a bexiga, não havendo qualquer vestígio de vagina. O apêndice cecal era totalmente sub-seroso. Na intervenção foram extirpados os dois hemi-úteros com suas trompas, o ovário cístico e o apêndice.

O exame anátomo-patológico do ovário cístico revelou a presença de pequenos enfiamentos do ovário (Relatório AP 2.591-49 do serviço de Anatomia-Patológica da Faculdade de Medicina).

O pós-operatório decorreu sem acidentes e a 2.7.1949 iniciamos uma tentativa de distensão da pequena bolsa vaginal, comprimindo-a em direção ligeiramente oblíqua com uma vela de Hegar n.º 12. A distensão progressiva permitiu aumentar, sem dor, a profundidade da pequena bolsa vaginal, que era de 3 cms., para 5 cms. Afim de melhorar as condições nutritivas da mucosa vaginal, administrou-se, diariamente, meio miligrama de Hexistrol por via intramuscular.

A 12.7.1949 substitui-se a distensão pela vela de Hegar por um molde de cêra de 5 cms. de comprimento por 1 de diâmetro. Como a paciente se queixasse de dores, o molde foi retirado quarenta e oito horas depois, verificando-se uma pequena ulceração

do fundo da cavidade, que passou a ser tocada com uma solução de nitrato de prata a 10 % em dias alternados.

No dia 20.7.1949 a paciente sentiu dor no abdômen, à esquerda, semelhante à que vem sentindo desde os treze anos de idade e que se atribuiu à ovulação.

Continuamos a tocar a pequena ulceração, em dias alternados, com a solução de nitrato de prata e no dia 25 colocamos outro molde de cêra, com o diâmetro um pouco maior que o anterior. Este também foi mal tolerado porque, como o primeiro, embora colocado em direção oblíqua para traz, ele se deslocava e ia comprimir a uretra. O molde foi então substituído por um dreno de Muchotte n.º 13 recoberto por um dedo de luva e untado com pomada de sulfatiazol. Esse dreno apresentou duas vantagens apreciáveis sobre o molde de cêra: primeiro, a curvatura exercia a distensão sobre a parte posterior da bolsa vaginal, evitando a compressão da uretra; segundo: os orifícios extremidade externa do dreno permitiram uma perfeita fixação por meio de cordões a um cinto de gaze preso às cristas ilíacas da paciente. O Muchotte foi retirado para curativo da pequena ulceração e esperávamos com isso obter um aumento da profundidade da bolsa vaginal, mas, no dia 30, a paciente mostrou-se desejosa de voltar para casa, alegando que aquela parte do tratamento não tinha importância para ela, uma vez que sua vida conjugal era "normal" e que só procurara o serviço devido à amenorréia. Demos-lhe, então, alta provisória, para voltar no fim de um mês se achasse conveniente continuar com a distensão da vagina. Confirmando suas constantes declarações de que essa anomalia não perturbava sua vida conjugal, a paciente não voltou mais ao serviço da 22.ª Enfermaria.

COMENTÁRIOS

No presente caso há dois pontos que nos chamou a atenção: primeiro, a compatibilidade de uma anomalia tão séria com uma vida conjugal satisfatória; segundo, a existência de uma bolsa vaginal com o aspecto e os caracteres citológicos da vagina normal, embora tenha ficado evidenciado pelo ato operatório que os canais de Muller não se haviam fundido e que ficara inteiramente atrofiada a porção inferior dos mesmos, destinada a formar a vagina.

A compatibilidade da ausência congênita de vagina com uma vida conjugal sa-

tisfatória explica-se, no presente caso, pela existência de uma bolsa vaginal rudimentar bastante elástica para permitir uma função satisfatória, principalmente levando-se em conta o baixo nível intelectual da paciente e do seu marido, que os torna menos exigentes quanto à técnica sexual. É evidente que tal conformidade com uma anomalia tão profunda não ocorrerá em todos os casos e as indicações terão que ser adaptadas à atitude individual em face da situação. Quando o casal consulta por outros motivos que não a impossibilidade da cópula, é claro que não se justifica uma intervenção ampla e sujeita a complicações como a construção de uma vagina artificial, especialmente as técnicas que empregam segmentos do tubo digestivo. No máximo se deverá tentar, como fizemos no presente caso, aumentar a bolsa vaginal existente, sem insistir muito nos resultados quando êstes tardam ou quando o processo apresenta dificuldades, trazendo o risco de complicar uma situação considerada normal e, especialmente, o de fixar demasiada a atenção da paciente numa anomalia que não a perturbava. L. Brady (1) analisando quatro técnicas diferentes que empregou na construção de vaginas ressalta a vantagem de um método incruento que consiste na distensão progressiva, praticada pela própria paciente com uma haste de pirex, do pequeno saco vaginal existente, e que permitiu a construção de uma vagina de 6 cms. de profundidade e permitindo a introdução de três dedos.

Quanto à existência, no presente caso, de uma bolsa vaginal com os caracteres citológicos da vagina normal e representada pela figura 4, oferece um grande interesse embriológico, que tem sido salientado pelos que descreveram casos semelhantes. A completa falta de fusão dos canais de Muller, no caso em estudo, afasta a possibilidade de qualquer participação desses elementos na formação do saco vaginal, que só pode ser originado do seio-genital, o que, aliás, está de acordo com a opinião dos embriologistas modernos sobre a gênese da porção inferior da vagina (2).

É interessante também salientar a existência, na vagina do presente caso, de um quadro citológico demonstrando a ação combinada de estrogênio e progesterona, o que demonstra que as modificações cíclicas ovarianas não se manifestam apenas nos elementos provenientes dos canais de

Muller mas se dão igualmente na porção da vagina proveniente do seio uro-genital. Isso vem explicar a verificação, que ainda causa admiração a certos autores, de mudanças vaginais cíclicas em vaginas artificiais. Num caso de Ayre (3) em que foi praticada uma brecha entre o reto e a bexiga, mantida aberta com um molde de cera e que se foi progressivamente revestindo de mucosa pela cauterização periódica do anel marginal de mucosa vulvar, a constatação de alterações cíclicas citológicas representando todas as fases da atividade ovariana se explica porque a bolsa vaginal de mucosa proveniente do seio urogenital apresenta, como verificamos, um quadro citológico igual ao da vagina normal.

RESUMO

O Autor apresenta um caso de ausência congênita de vagina numa paciente de cor preta, de 19 anos de idade, casada há dois anos e levando uma vida conjugal satisfatória. O motivo da consulta foi a amenorréia primária. O exame verifica a existência de uma bolsa mucosa muito elástica permitindo a introdução de três dedos a uma profundidade de três centímetros. O toque retal mostrou ausência de útero e de anexos na sua sede normal e a laparotomia encontrou os canais de Muller desenvolvidos independentemente, sem fusão, constituindo de cada lado da cavidade abdominal um hemi-útero com trompa pequena e ovários bem desenvolvidos, sendo o esquerdo cístico. Deixando de lado o aspecto puramente descritivo do caso, o Autor analisa a necessidade de individualizar as indicações cirúrgicas da construção de uma vagina artificial, evitando uma operação difícil e sujeita a complicações nos casos em que, como no presente, a anomalia não impede uma vida conjugal satisfatória, o que, além do mais, viria fixar a atenção da paciente numa situação que não a preocupa. Finalmente, o Autor estuda as transformações citológicas cíclicas verificadas na vagina rudimentar existente no seu caso, demonstrando que não só a porção alta da vagina, proveniente da fusão dos canais de Muller, apresenta tais transformações cíclicas, mas também a mucosa da porção vaginal mais inferior da vagina proveniente do seio uro-genital, o que explica as alterações citológicas cíclicas verificadas por outros autores em vaginas artificialmente construídas.

BIBLIOGRAFIA

1. Brady, L. — Métodos para la construcción de vaginas — "An. Cir", 1945, Abril, Vol. IV, n.º 4, pag. 527.
2. Novak, Emil — "Ginecologia e Embriologia Feminina", edição brasileira de 1944, Tomo I, pag. 157.
3. Ayre J.E. — Ciclic ovarian changes in artificial vaginal mucosa. "Amer. J. Obst. Gyn.", 1944, Vol. XLVIII, n.º 5 pag. 690.

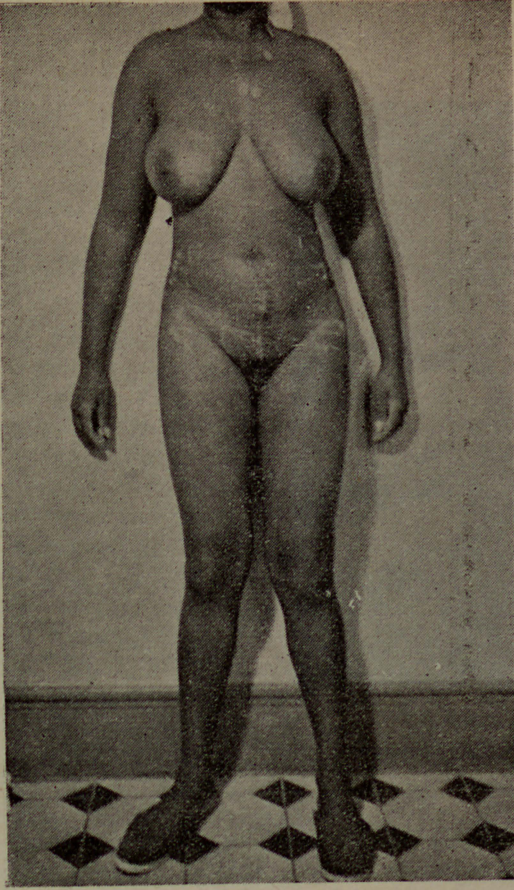


Figura 1

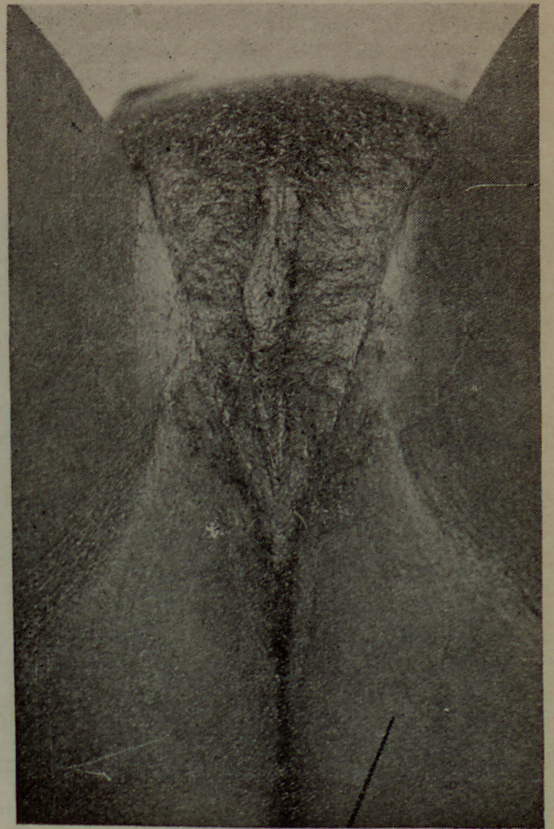


Figura 2

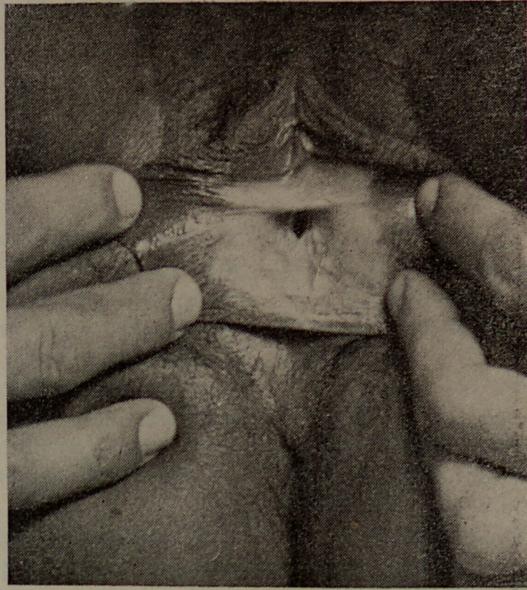


Figura 3

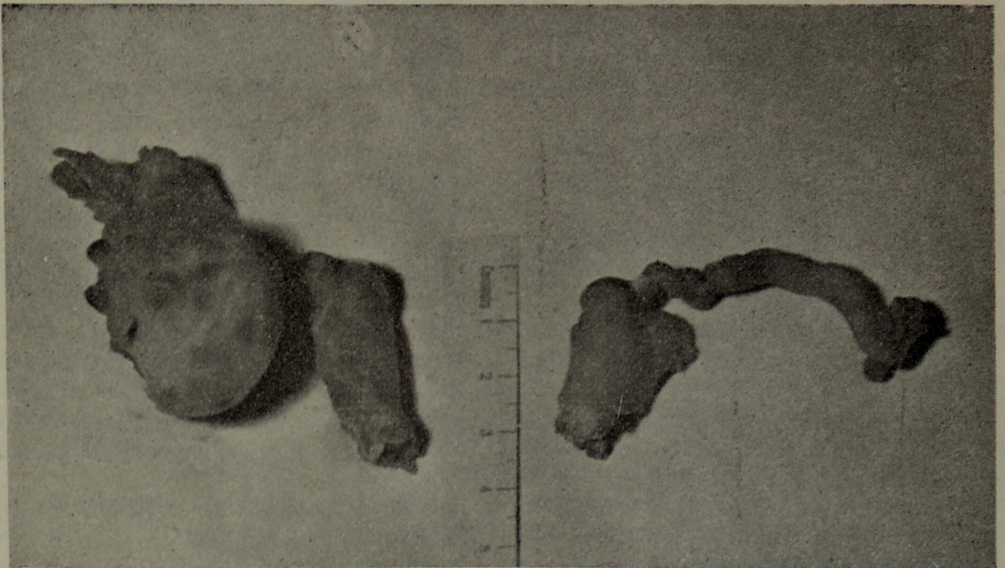


Figura 4