

Hidrosalpinge Numa Jovem de 13 Anos

HELENA FONSECA *, PAULA FONSECA **, ANA CANDEIAS ***

* Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria – Lisboa

** Serviço de Pediatria do Hospital Geral de Santo António – Porto

*** Serviço de Ginecologia do Hospital de Santa Maria – Lisboa

Resumo

Denomina-se de hidrosalpinge a acumulação de secreções na trompa de Falópio com distensão associada da mesma. Ocorre em geral na sequência de um processo inflamatório e/ou infeccioso local, sendo a resposta cicatricial responsável pela fibrose e consequente estenose. Nas mulheres sexualmente activas, a sua principal causa é a Doença Inflamatória Pélvica.

Descreve-se o caso de uma adolescente de 13 anos com dor abdominal recorrente, cujo diagnóstico cirúrgico se revelou compatível com hidrosalpinge.

Os autores questionam a sua etiopatogenia, dado tratar-se de uma jovem sem actividade sexual, e alertam para a possibilidade da existência de patologia ginecológica, deste ou de outro tipo, que apesar de pouco frequente neste grupo etário, deverá ser levada em consideração no diagnóstico diferencial.

Palavras-Chave: Hidrosalpinge; dor abdominal; adolescente sexo feminino.

Summary

Hydrosalpinx - Case Report of a 13 Years Old Girl

Hydrosalpinx is defined as a dilated ampulla due to accumulation of fluids caused by occlusion of the distal fallopian tube.

Lesions to the distal tube are most often secondary to inflammatory or infectious pathology. Pelvic inflammatory disease occur most often in sexually active young women.

The authors present the clinical case of a 13 year old girl presenting with abdominal pain.

Both the laparoscopic and anatomic-pathological diagnosis was hydrosalpinx.

The authors question about the etiopatogeny, given the absence of sexual activity and remind the importance to exclude gynecological pathology in adolescents with abdominal pain.

Key-Words: Hydrosalpinx; abdominal pain; adolescent female.

Introdução

Denomina-se de hidrosalpinge, a distensão das trompas de falópio por acumulação de fluidos. Em mulheres sexualmente activas, a sua principal causa é a Doença Inflamatória Pélvica (DIP). Nesse caso, o processo infeccioso geralmente localizado às trompas de falópio, origina a salpingite. Por sua vez, a resposta cicatricial poderá evoluir para fibrose com consequente estenose das trompas e hidrosalpinge ⁽¹⁾.

É, no entanto, uma situação invulgar em jovens sem vida sexual activa, podendo ser a sua etiologia por obstrução, devido a processos de endometriose, ou mais raramente a malformações anatómicas das trompas ⁽²⁾.

A hidrosalpinge pode manifestar-se com dor abdominal intensa, mimetizando muitas outras patologias com as quais deverá fazer diagnóstico diferencial, entre as quais, DIP, apendicite aguda, colecistite aguda, doença inflamatória intestinal, pielonefrite aguda, cólica renal, cistite, uretrite, endometriose, Síndrome de Mittelschmerz, torção do ovário e tromboflebite pélvica ^(3, 4, 5). Noutros casos apresenta-se de forma assintomática, podendo vir só a ser detectada à posteriori, nomeadamente no decurso de um estudo de infertilidade ⁽²⁾.

Os autores apresentam o caso clínico de uma adolescente de 13 anos com múltiplas idas ao Serviço de Urgência (SU) por dor abdominal recorrente e cujo diagnóstico cirúrgico revelou tratar-se de uma hidrosalpinge.

Caso Clínico

P.A., sexo feminino, 13 anos de idade. Dos antecedentes pessoais há a salientar uma apendicectomia aos 6 anos de idade. Dos antecedentes familiares destaca-se um avô paterno falecido com neoplasia gástrica e um tio materno falecido com neoplasia da laringe.

Correspondência: Helena Fonseca
Unidade de Medicina de Adolescentes
Serviço de Pediatria
Hospital de Santa Maria
Av. Prof. Egas Moniz
1699 Lisboa Codex

Aceite para publicação em 05/09/2000.
Entregue para publicação em 26/07/2000.

Cerca de 3 meses antes do internamento, inicia episódios frequentes de dor abdominal intensa tipo cólica localizada à fossa ilíaca direita, sem factores desencadeantes ou de alívio, sem febre nem outros sintomas gerais e sem alterações do trânsito intestinal. Estes episódios colidiam com a sua normal actividade diária, obrigando-a a recorrer por múltiplas vezes ao SU.

Em Outubro de 1999, recorre ao SU do Serviço de Pediatria, por dor abdominal aguda localizada à fossa ilíaca direita de características sobreponíveis.

Tratava-se de uma jovem no estadio III de Tanner, ainda sem menarca. O início do desenvolvimento pubertário teria ocorrido pelos 11 anos com aparecimento da pubarca e aos 12 anos com telarca.

Apresentava uma evolução estatura-ponderal adequada à idade, sem qualquer alteração no restante exame físico (incluindo genitais externos e toque rectal).

A avaliação analítica efectuada (incluindo Hemograma, VS, exame sumário de urina) foi normal.

A Ecografia abdomino-pélvica revelou: Útero de pequenas dimensões, com endométrio pré-menstrual; Ovário esquerdo sem aparente alteração morfodimensional com pequenos folículos de diâmetro inferior a 10 mm; formação quística com 6.9x5 cm com septos grossos e partes sólidas localizada à área anexial direita e também ocupando o fundo de saco de Douglas (Fig. 1). Foi colocada a hipótese de formação mista ou de quisto funcional do ovário.

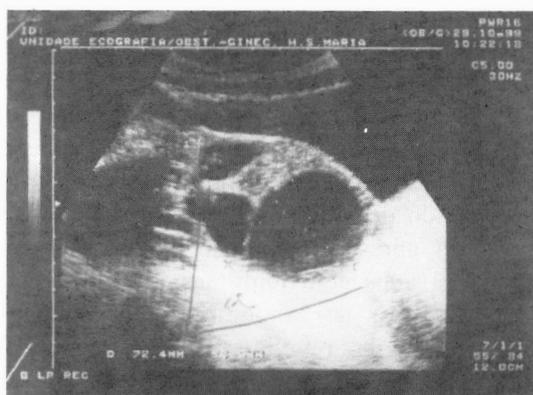


FIG. 1 – Ecografia pélvica (Outubro de 1999) – Formação quística (a) com 6.9x5 cm com septos grossos e partes sólidas localizada à área anexial direita e também ocupando o fundo de saco de Douglas.

É orientada para a Consulta de Adolescentes do mesmo Hospital, onde é prosseguida a avaliação que incluiu marcadores tumorais (CEA, CA19-9, CA125, α -Fetopro-

teína) e estudo hormonal (Estradiol, LH, FSH) que foram normais. Foi efectuada nova ecografia (Fig. 2) que confirmou a existência de formação quística aparentemente independente do ovário com parede fina e conteúdo sedimentado, não se tendo observado qualquer involução.

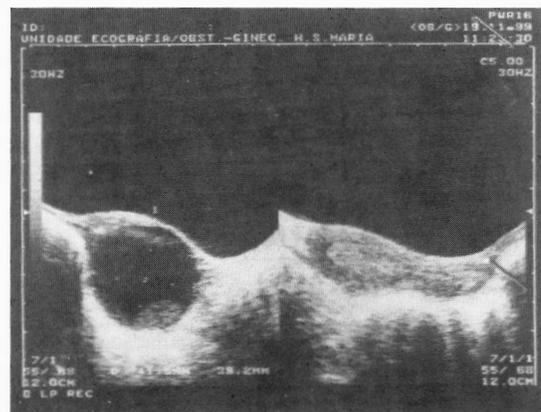


FIG. 2 – Ecografia pélvica (Novembro de 1999) – Formação quística aparentemente independente do ovário com parede fina e conteúdo sedimentado, sem qualquer involução relativamente ao exame anterior.

A 12 de Janeiro de 2000, atendendo à persistência da massa quística, e perante a suspeita de formação não ginecológica, foi efectuada celioscopia diagnóstica. Esta revelou a existência de múltiplas aderências com distensão marcada da trompa direita e dupla torção tendo-se procedido à lise de aderências e salpingectomia parcial direita.⁽⁶⁾

O exame anatomopatológico revelou: «Hidrosalpinge com sinais de hemorragia antiga. Em separado, fragmento de tecido fibroso com congestão vascular e processo de inflamação crónica inespecífica, que pode estar em relação com a informação de lise de aderências».

Não foi efectuada exame bacteriológico do conteúdo.

O período pós-operatório decorreu sem incidentes, tendo surgido, após uma semana, a menarca.

Desde então encontra-se assintomática, apresentando cataménios regulares e sem queixas de dismenorrea.

Discussão

Como já foi referido, a hidrosalpinge é uma situação pouco frequente em jovens não sexualmente activas. Neste caso, a hipótese de obstrução mecânica parece-nos a mais plausível, podendo ter resultado de um processo inflamatório por aderências pós-apendicectomia. O período longo que mediou entre a apendicectomia e o início da sintomatologia que motivou esta intervenção, poderá ser explicado pelo início do desenvolvimento pubertário

que, desencadeando a acumulação de fluidos na trompa de Falópio, poderia ter agravado uma estenose por aderências pós-apendicectomia, inicialmente fruste.

Outras hipóteses diagnósticas como a endometriose parece-nos menos provável, já que nesta situação o processo inflamatório e a formação de aderências, desenvolver-se-iam mais tardiamente após um longo período de catamênios.

De realçar que a patologia ginecológica como possível responsável etiológica por um quadro de dor abdominal numa adolescente, não deverá ser esquecida.

Atendendo à tendência actual para alargamento da idade pediátrica nos Serviços de Urgência Pediátrica um pouco por todo o País, torna-se imprescindível que o Pediatra saiba fazer o reconhecimento correcto destas e outras situações ginecológicas e sua adequada orientação.

Bibliografia

1. Neinstein L, Himebaugh K. Ectopic Pregnancy. In: Neinstein L, ed. Adolescent Health Care: A Practical Guide. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996: 820-31.
2. Carr B, Wilson J. Enfermedades del ovario y del aparato reproductor femenino. In: Harrison. Principios de Medicina Interna. 13.ª ed. Madrid: McGraw-Hill, 1994: 2325-46.
3. Neinstein L, Himebaugh K. Pelvic Inflammatory Disease. In: Neinstein L, ed. Adolescent Health Care: A Practical Guide. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996: 909-23.
4. Emans S J, Laufer M R, Goldstein D P. Sexually transmitted diseases: gonorrhoea, chlamydia trachomatis, pelvic inflammatory disease, and syphilis. In: Emans S J. Pediatric and Adolescent Gynecology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998: 457-504.
5. Soper D E. Infecções das Vias Genitais Superiores. In: Larry J, Copeland, Tratado de Ginecologia, 1.ª ed.. S. Paulo: Guanabara Koogan ed, 1993: 494-505.
6. Dubuisson J B, Chapron C. Salpingostomy and Fimbrioplasty. In: Sutton C, Diamond M. Endoscopic surgery for gynecologists 2nd ed. London: WB Saunders Company Ltd, 1998: 130-49.