

Corpo estranho intravaginal

CONCEIÇÃO FRAGA*

Fotografia incluída: JORGE ALMEIDA**

RESUMO

No nosso dia a dia de trabalho surgem por vezes situações estranhas de difícil compreensão, por vezes o doente não ajuda, e os exames auxiliares também parecem não estar a nosso favor. É preciso pensar em todas as hipóteses, mesmo nas mais inacreditáveis, para se solucionarem algumas situações. Descreve-se aqui um caso de corpo estranho intravaginal que, após avaliação anatomopatológica, se demonstrou ser constituído por fragmentos ósseos, provavelmente resultado de retenção pós abortamento. Apesar de descrita na literatura, trata-se de uma situação rara, nomeadamente dada a presença intra-vaginal desses fragmentos.

Palavras-Chave

Corpo Estranho Intravaginal; Corpo Estranho Vaginal; Corrimento Vaginal; Leucorreia

VAGINAL FOREIGN BODY

SUMMARY

In daily practice strange situations of difficult understanding sometimes pop up, the patient doesn't help and investigations do not seem to be on our side. All possibilities, even the most unbelievable, must be considered in order to have a solution. We describe the case of a vaginal foreign body that, after pathology analysis, was found to be bone fragments, probably the result of post abortion retention. Though described in the medical literature, this is a rare situation, namely because of the vaginal location of these fragments.

Key-words

Vaginal Foreign Body; Vaginal Discharge

Introdução

O aparecimento de corrimento fétido vaginal, numa mulher adulta, raramente se reporta a um corpo estranho. Impõe-se o exame ginecológico cuidadoso, recolher toda a informação que a doente nos possa fornecer, e pensar em todas as hipóteses, mesmo as mais improváveis. Este caso refere-se a uma mulher que apresentava um corrimento vaginal extraordinariamente abundante e fétido.

O Caso Clínico

Indivíduo do sexo feminino, casada, 40 anos de idade, que recorreu ao seu médico de família com queixas de corrimento vaginal que verificava já há algum tempo.

Como não se sentisse muito à

vontade com o seu médico (por este ser do sexo oposto), foi por este orientada para a equipe de enfermagem, com vista a ser efectuada colpocitologia.

Foi assim que naquele dia, fui chamada por duas enfermeiras que a observavam, enquanto o seu médico de família ainda se não encontrava presente, com vista a fazerem a referida colheita. Vinham apavoradas com o cheiro fétido que exalava da região genital da utente, da qual não haviam conseguido observar o colo uterino, e pediam a minha ajuda.

Ao entrar no consultório pude confirmar a existência de cheiro intenso a putrefacção, que se espalhara no ar.

Ao observar a utente, que vinha traçada com uma toalha de bidé completamente ensopada de exsudado mucopurulento fétido, lembrando um abcesso nadegueiro acabado de ser aberto, e antes

de qualquer abordagem ginecológica, perguntei à doente, que não conhecia, há quanto tempo verificava a existência de tal corrimento.

- Já há algum tempo...
- Muito? Pouco?
- Bastante...

Tinha notória dificuldade em perceber a situação. Iniciei a observação da doente, que começava a sentir-se apreensiva com toda a preocupação que parecia estar a gerar-se à sua volta. As enfermeiras entravam e saíam com sussurros, e eu parecia começar a querer saber demais.

Que havia acontecido quando começou a sentir esse corrimento?

Que tratamentos já havia efectuado?

Que métodos anticoncepcionais utilizava?

Qual a data da última menstruação?

Entretanto fui introduzindo o

*Assistente Graduada de Clínica Geral
Centro de Saúde do Peso da Régua

**Assistente Graduado de Clínica Geral
Centro de Saúde do Peso da Régua
Extensão de Fontelas

espéculo e limpando o canal vaginal, que se encontrava completamente obstruído pelo exsudado fétido, (*Gonorreia? Clamídia?*). A paciente foi-me dizendo que não utilizava métodos anticoncepcionais porque o marido não estava. A última menstruação teria sido há sete dias atrás, e de tratamentos não sabia dizer...

Verifiquei, ao abrir o espéculo no fundo vaginal, que este resistia à sua introdução e apresentava uma coloração negra, (*do colo? neoplasia?*). Fico espantada quando o fundo vaginal «se começa a descascar». Fui retirando uma a uma sete ou oito placas laminares, de coloração castanho ferroso, ligeiramente côncavas, que se encaixavam qual casca de cebola, sobre o colo uterino da doente (*um díafragma completamente apodrecido?*).

Costuma usar tampões?

Não andou a fazer nenhum tratamento com óvulos?

Não usa cremes vaginais como método anticoncepcional?

Não teve atrasos menstruais nem suspeita de gravidez, ou algum abortamento?

A doente estava já deveras preocupada com a nossa admiração e apreensão com o que presenciávamos. Acabou finalmente por dizer que este corrimento surgiu algum tempo depois de ter efectuado uma interrupção voluntária de gravidez, há cerca de quatro meses atrás, e que desde aí tinha vindo a aumentar em quantidade e em cheiro, ao ponto de se lavar várias vezes por dia, e andar sempre traçada com toalhas, e de noite com lençóis. Tinha passado a utilizar tampões, pois por algum tempo parecia resolver o problema do corrimento e do seu cheiro.

Perguntei-lhe de quanto tempo

andava, quando se predispôs a abortar, se sabia qual o método utilizado, e ainda se havia sido alguma curiosa, ou parteira local, ou...

Foi numa clínica no Porto... e correu tudo bem...era um atraso de poucos dias... Fez uns tratamentos com antibióticos, e voltaram a chamá-la lá alguns dias depois, estava tudo bem e já não perdia sangue nenhum.

E mais não disse.

Poderia esta situação ser devida a alguma reacção provocada pelos produtos químicos eventualmente utilizados? Alguma compressa ou outro corpo estranho depositado no colo que não tivesse sido removido atempadamente? A utilização posterior de tampões teria levada ao aspecto laminar das «placas»?

Fiz lavagem vaginal abundante com Betadine® espuma e posterior limpeza com soro fisiológico. O colo ficou então visível: colo fechado, tinha a sua coloração rósea habitual, sem exocervicite ou qualquer lesão suspeita, e a parede vaginal também não apresentava lesões.

Marquei consulta de planeamento familiar para a semana seguinte, para reavaliar, e fazer a colheita para colpocitologia.

Observei em pormenor o material obtido (*Figura*): Sete placas laminares, de dureza pétrea, coloração castanho ferroso, arredondadas e ligeiramente côncavas, de bordos circinados, com cerca de 2-2,5cm de diâmetro cada uma, e uns fragmentos menores.

Entretanto contactei o médico de família da doente que não me soube referir mais nada de relevante:

Mulher casada, com má relação familiar com o marido, que se encontrava a trabalhar no estran-

geiro, vindo várias vezes a casa, mas sem residência fixa. A doente teria vida sexual activa, uma vez que levantava com regularidade a pílula anticoncepcional com a equipe de enfermagem. No entanto, fora esse facto, não era utente activa do centro de saúde, e pouco mais sabia dela.

A doente, obviamente escondia a sua situação. Havia mentido por duas vezes:

Primeiro referiu que não fazia anticoncepcionais pois não tinha vida sexual activa, uma vez que o marido se encontrava ausente. Só muito a custo referiu o abortamento provocado há cerca de quatro meses atrás, quando inicialmente o havia negado.

Poderiam ser restos ovulares o que tinha na minha frente?

Contactei o laboratório local para discutir o assunto com a sua directora técnica, e algumas horas depois estávamos a testar o material:

– Tinha realmente uma dureza pétrea. Não dissolveu em nenhum dos produtos químicos experimentados, resistiu ao almofariz, e ao bico de Bunsen.

– Uma das técnicas de laboratório conseguiu fazer um centrifugado que levámos ao microscópio, mas que nenhuma informação nos deu. Segundo as suas próprias palavras: «só lixo».

Deixei a placa para outras tentativas que iriam ser efectuadas.

A doente reapareceu 15 dias depois, embora tivesse que ser convocada, por faltar à data prevista para a consulta seguinte.

Ao tentar fazer uma história clínica mais minuciosa vi-me confrontada com a negação da utente a tudo o que havia dito no nosso contacto anterior.

Não tinha havido nenhum abor-

tamento, tomava a pílula esporadicamente, quando o marido estava em casa, o que já não acontecia há cerca de meio ano, pelo que de certeza nunca poderia ter estado grávida, «foi tudo de certeza confusão das enfermeiras».

Ao exame ginecológico verifiquei a persistência do exsudado vaginal mucopurulento, mas muito menos abundante, e a existência de mais duas pequenas partículas de material em tudo semelhante ao da semana anterior. O fundo de saco e o colo, que se mantinha fechado, apresentavam várias lesões eritematosas punctiformes, sem cervicite ou exocervicite. Fiz a colheita para colpocitologia e, na impossibilidade de maior comunicação com a utente, agendámos nova consulta para um ano depois, como habitualmente. A utente seria contactada se houvesse alterações no resultado.

Enviei a colheita para Papanicolaou e acompanhei o pedido com uma das placas recolhidas na altura, mergulhada em formol, para estudo anatomo-patológico, com a suspeita de restos ovulares.

A utente voltava a mentir. Obviamente não se sentia à vontade comigo, o que parecia também não acontecer com ninguém do CS: nem o seu médico de família nem as enfermeiras tiveram melhores resultados.

Resultado do teste de Papanicolaou : «Esfregação satisfatória para interpretação, compatível com a idade e história, caracterização geral dentro dos limites normais. Grau I de Papanicolaou.»

Resultado anatomopatológico: «Retalho membraniforme de 2×1,8cm, acastanhado e achatado. Os cortes histológicos mostram material amorfo com corpos estranhos. Conclusão – corpo estranho

intra-vaginal.»

E, embora sem conseguir identificar a natureza do corpo estranho intra-vaginal, por aqui nos ficaríamos, se não fosse um telefonema que recebi dois meses mais tarde, da directora técnica do laboratório local.

– «Lembra-se daquela senhora... pois olhe, parece ser uma situação de hábitos estranhos.

Enviei para o nosso laboratório de referência de anatomia patológica, e a Dr.^a... disse-me que a peça é óssea, em princípio de um osso plano, e se calhar de galinha... terá sido alguma actividade masturbatória? Vou enviar-lhe o resultado do exame histológico.»

Contactei o laboratório referido e conversei com uma das directoras técnicas sobre o assunto. Tinha achado o assunto interessante, presumia ser um objecto de prática masturbatória atendendo à idade da doente (pensou que estaria já na menopausa), e até pensava apresentá-lo como «acontecimento curioso do nosso dia a dia» para amenizar uma palestra que ia fazer, sobre anatomia patológica. No entanto, quando lhe referi a idade real da utente e o abortamento recente, mudou de opinião: Realmente poderia ser uma peça óssea humana.

Relatório do exame histológico: Natureza da peça – Produto do fundo uterino.

Macroscopia – Estrutura laminar acastanhada de consistência óssea de 2,5×2cm em superfície.

Microscopia – O exame histoló-



FIGURA. Cinco das peças recolhidas no fundo vaginal, encobrindo o colo do útero.

gico mostra um retalho de tecido ósseo.

Comentários

Mulher com 40 anos de idade, tendo-se sujeitado a interrupção voluntária de gravidez há cerca de quatro meses atrás. O abortamento, de um feto já com algum desenvolvimento*, não eliminou completamente os restos ovulares, tendo-se verificado a existência de vários ossos, provavelmente da calote craniana, na cavidade vaginal. Pela sua forma estes adaptaram-se perfeitamente ao colo do útero tendo aí permanecido até à data do exame ginecológico efectuado.

Várias situações parecem ter contribuído para o atraso na resolução deste problema:

– O secretismo que envolveu a situação de abortamento, de que seria a única conhecedora, terá levado a atrasar a sua ida ao Centro de Saúde.

– A dificuldade de comunicação

* O osso frontal inicia o seu aparecimento pelas nove semanas, o parietal pelas 10 semanas.

entre a doente e o seu médico de família terá sido um dos entraves primordiais e de maior peso.

– Se tivesse havido maior cuidado na colheita de dados quando a utente estava mais susceptível, talvez tivesse sido possível esclarecer mais rapidamente e com uma informação mais fidedigna o que se nos apresentava. Teríamos provavelmente ganho a confiança da doente que talvez nos procurasse noutras situações em que pudesse ter problemas semelhantes.

A utente não voltou a recorrer ao Centro de Saúde desde essa data.

Foi efectuada uma pesquisa bibliográfica sobre retenção pós-abortamento e sobre casos de corpos estranhos intravaginais. Sobre estes encontram-se vários relatos de situações, a maioria delas referentes a crianças (pontas de lápis, tampas plásticas de supositórios)^{1,2}, algumas vítimas de abusos sexuais³, que se apresentam ao clínico como vaginites prolongadas, e principalmente como causa de hemorragias vaginais^{4,5}. Há ainda alguns relatos de situações em mulheres adultas, com hemorra-

gia e leucorreia persistentes, nomeadamente devido a tampões esquecidos, objectos de prática masturbatória⁶, material cirúrgico, e até uma pega de um forceps que persistiu durante 15 anos na vagina de uma mulher⁷. A permanência de corpos estranhos intravaginais de longa duração, alguns que se reportam à infância, parece estar relacionada com a reacção inflamatória vaginal que induz cicatrização do tecido fibroso no fundo vaginal⁸.

Na pesquisa de retenção pós-abortamento, são relatados vários casos de restos ósseos intra-uterinos, numa clínica sempre de hemorragia e leucorreia, e muitas vezes com vários anos de evolução (oito, 13 e mesmo 17 anos)⁹⁻¹¹.

Não foi, no entanto, encontrada nenhuma descrição de restos tão objectivamente compatíveis com calote óssea, e muito menos restos ósseos que se mantivessem intravaginais.

Referências bibliográficas

1. Dahiya P, Sangwan K, Khosla A, Seth N. Foreign body in vagina – an uncommon cause of vaginitis in children. *Indian J Pediatr* 1999; 66: 466-7.

2. Wu MH, Huang SC, Lin YS, Lin MF, Chou CY. Intravaginal foreign body retained for a long duration. *Int J Gynaecol Obstet* 1995; 50: 193-5.

3. Pokorny SF. Long-term intravaginal presence of foreign bodies in children. A preliminary study. *J Reprod Med* 1994; 39: 931-5.

4. Bosman C, Boldrini R. [Intravaginal foreign body in a 2-year-old girl] *Pathologica* 1994; 86: 652-5.

5. Wang CW, Lee CL, Soong YK. Hysteroscopic extraction of a vaginal foreign body in a child. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996; 3: 443-4.

6. Wittich AC, Deubler KF. Intravaginal foreign body of one year duration: case report. *Mil Med* 1977; 142: 386-7.

7. Möbus VJ, Runnebaum J, Kieback DG, Kreienberg R. [An unusual case: vaginal foreign body (forceps) as an incidental finding during primary operation for breast cancer.] *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1995; 55: 233-4.

8. Wittich AC, Murray JE. Intravaginal foreign body of long duration: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 211-2.

9. Sahinoglu Z, Kuyumcuoglu U. An unusual case of postmenopausal vaginal bleeding: retention of fetal bone. *Arch Gynecol Obstet* 2003; 267: 160-2.

10. Melius FA, Julian TM, Nagel TC. Prolonged retention of intrauterine bones. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 919-21.

11. Panama S, Triolo O, Arezio P. Prolonged retention of fetal bones: intrauterine device and extrauterine disease. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1990; 17: 47-9.

Endereço para correspondência

Maria da Conceição Fraga da Costa
Centro de Saúde do Peso da Régua
e-mail: saofraga@hotmail.com

Recebido para publicação em: 21/02/03

Aceite para publicação em: 20/05/03

OLHO CLÍNICO – RESPOSTAS AO TESTE (página 291)

Manchas na Pele

1. Toxidermia Medicamentosa + Neurofibromatose tipo I
2. Toxidermia Medicamentosa – As dermatoses causadas por medicamentos podem ser devidas a um efeito terapêutico excessivo destes, efeito secundário, modulação da resposta imune, deposição da droga ou seus metabolitos, reacção idiosincrásica, efeito facilitador ou hipersensibilidade imunitária. Na anamnese verifica-se ter ocorrido toma de medicamentos nas 2 a 3 semanas anteriores ao início do exantema.
Neurofibromatose tipo I – Doença hereditária de transmissão autossómica dominante relacionada com o cromossoma 17 e que afecta 1 em cada 3.000 recém-nascidos. Caracteriza-se pelo aparecimento de massas tumorais de crescimento limitado na pele, sistema nervoso central e periférico, ossos, glândulas endócrinas ou outros órgãos e sistemas, devido à proliferação anormal de células derivadas da crista neural.
3. Toxidermia Medicamentosa – Exantema morbiliforme (semelhante ao do sarampo).
A toxidermia medicamentosa pode também apresentar-se sob a forma de exantema urticariforme ou eritema multifórmico. Afecta habitualmente o tronco mais do que as extremidades, pode ser acompanhado de febre e evoluir com descação cutânea.
Neurofibromatose tipo I – Manchas cor de café com leite, neurofibromas, macro-

- cefalia em diferentes membros de uma mesma família.
Outras manifestações possíveis desta doença são o hamartoma da íris (nódulos de Lisch), sardas em pregas axilares e inguinais, alterações da visão (por glioma do nervo e quiasma óptico), alterações ósseas (por atraso de desenvolvimento, escoliose, pseudoartrose do terço distal da tibia) e outros tumores (feocromocitoma, ganglioneuroma, tumor glómico), manifestando-se sob a forma de hipertensão arterial ou macrocefalia.
4. Toxidermia Medicamentosa – O doente deverá saber que a interrupção do medicamento levará ao desaparecimento do exantema nas 2 semanas seguintes. Emolientes ou esteróides tópicos podem ser necessários para facilitar a resolução do quadro. O doente deve ser aconselhado a evitar o consumo dos medicamentos implicados na toxidermia.
Neurofibromatose tipo I – As mulheres em idade fértil desta família é fundamental fazer aconselhamento pré-concepcional dando a conhecer a taxa de transmissão da doença que é de 50% para ambos os sexos. Pais, mães e filhos em idade pré-puberal que não apresentem manchas café com leite, neurofibromas ou nódulos de Lisch, é praticamente seguro que não têm o gene da neurofibromatose tipo I.
Qualquer sinal de crescimento tumoral implica acompanhamento complementar a nível hospitalar para eventual cirurgia.