

# ÚTERO SEPTADO ASSIMÉTRICO COM RETENÇÃO MENSTRUAL UNILATERAL

## Uma malformação uterina rara

T. REBELO, L. ALMEIDA E SOUSA, M. G. SAMPAIO, M. J. MARTINS,  
A. ALMEIDA SANTOS

Serviço de Ginecologia. Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra

### RESUMO

Apresenta-se um caso clínico de útero assimetricamente septado com retenção menstrual na hemicavidade cega localizada à direita. Os autores fazem breve revisão bibliográfica desta malformação uterina rara, descrita pela primeira vez por Robert.

### SUMMARY

#### UNILATERAL MENSTRUAL RETENTION IN AN ASYMETRIC SEPTATE UTERUS

##### A rare malformation

A case is reported of a patient with an asymmetric septate uterus and menstrual retention in the blind cavity localized on the right side of the septum. A review is made of the literature about this rare malformation first described by Robert, is made.

### INTRODUÇÃO

A verdadeira incidência das malformações uterinas é desconhecida. Muitas vezes por não possuírem tradução clínica detectam-se casualmente aquando da realização de intervenções cirúrgicas abdómino-pélvicas. No entanto, o diagnóstico é na generalidade dos casos obtido na sequência de estudos sugeridos e orientados por manifestações que poderemos englobar em três grandes grupos: esterilidade/infertilidade, algias pélvicas e/ou amenorreia primária.

A grande diversidade de malformações uterinas exigiu a sua sistematização, sendo hoje aceite por muitos a classificação apresentada por Müsser e colaboradores no XXII<sup>e</sup> Assises Françaises de Gynécologie, em 1964. Contudo algumas variantes têm sido diagnosticadas. Em 1969 é pela primeira vez descrita por Robert uma malformação uterina desconhecida, *útero septado assimétrico*, posteriormente designado por útero de Robert<sup>1</sup>. Morfologicamente caracteriza-se pela presença de um septo que separa a cavidade uterina em duas hemicavida-

des, inserindo-se superiormente no fundo e, pela sua extremidade inferior, na parede lateral direita do útero (*Fig. 1*).

Apresenta-se um caso diagnosticado no Serviço de Ginecologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (H.U.C.).

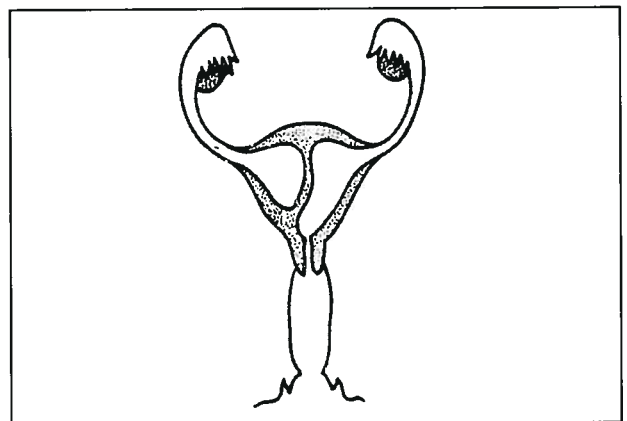


Fig. 1 – Útero septado assimétrico<sup>1</sup>.

## CASO CLÍNICO

C.M.R.M. de 17 anos foi internada em Julho de 1992 no Serviço de Ginecologia dos H.U.C. por dismenorrea primária intensa sobretudo no período pós-menstrual imediato, que se vinha agravando progressivamente desde a menarca, aos 12 anos. As algias, por vezes mais localizadas à direita, associavam-se frequentemente a vômitos e mostravam-se rebeldes à terapêutica antiálgica, bem como à pílula de associação, que tomou durante quatro meses. Os ciclos menstruais eram regulares de 5/28 dias e com fluxo normal.

Nos antecedentes pessoais é de realçar aos 14 anos uma apendicectomia noutra instituição hospitalar, após vários internamentos por algias pélvicas. Segundo o relato operatório existiria uma apendicite flegmumosa. Alguns exames ecográficos abdomino-pélvicos de que era portadora foram considerados normais e, noutros, ter-se-iam detectado anomalias uterinas não especificadas.

Já internada nos nossos serviços é submetida ao exame ginecológico apresentando genitais externos de morfologia normal, hímen não íntegro, vagina sem anomalias e colo uterino único com o orifício externo punctiforme. O toque vaginal bimanual inicialmente normal, permitiu em posteriores internamentos, detectar um discreto abaulamento doloroso do bordo direito do útero.

Para esclarecimento do diagnóstico a paciente realizou diversos exames complementares:

– **Ecografia pélvica** por via suprapúbica e transvaginal (Fig. 2 e 3).

O útero apresentava um aumento das dimensões sobretudo à custa do diâmetro transverso. O corpo uterino único, no seu contorno externo, sugeria um discreto entalhe ao nível fúndico. No interior e à direita existia uma zona arredondada mais hipocogénica e heterogénea rodeada por um halo hiperecogénico sugerindo retenção menstrual (hematometra). À esquerda, visualizava-se o endométrio de características normais.

Procedeu-se, igualmente, ao estudo ecográfico renal tendo-se constatado que os rins possuíam morfologia e posicionamento normais.

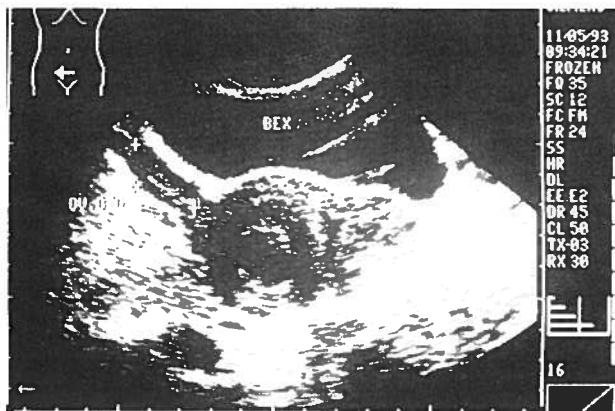


Fig. 2 – Ecografia por via suprapúbica.

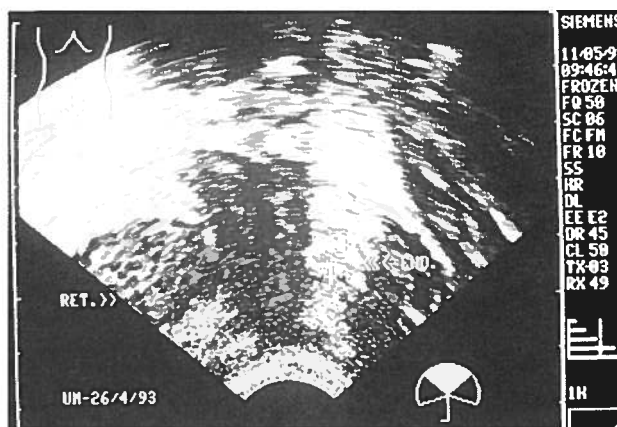


Fig. 3 – Imagem ecográfica por via transvaginal sugestiva de hematometra à direita.

– **Histerossalpingografia** (Fig. 4)

Os filmes obtidos mostravam impregnação de uma única cavidade uterina em acentuado laterodesvio esquerdo, de aspecto fusiforme e com visualização apenas da trompa esquerda que era permeável.

– **Celioscopia diagnóstica**

Realizada ao 5.º dia do ciclo menstrual permitiu verificar que o corpo uterino era único embora com desenvolvimento assimétrico dos ângulos, sendo o da direita mais volumoso. As trompas e os ovários apresentavam aspecto normal. A prova de cromotubação com azul de metileno revelou que apenas a trompa esquerda era permeável.

A histeroscopia realizada no mesmo tempo operatório permitiu verificar na parede direita e na região supraístmica da cavidade uterina, um pequeno recesso concludo-se ser cego.

Através da conjugação dos elementos clínicos e os resultados dos exames complementares de diagnóstico foi possível, assim, concluir pela presença de uma malformação uterina que com grande probabilidade pertenceria à família dos úteros septados.

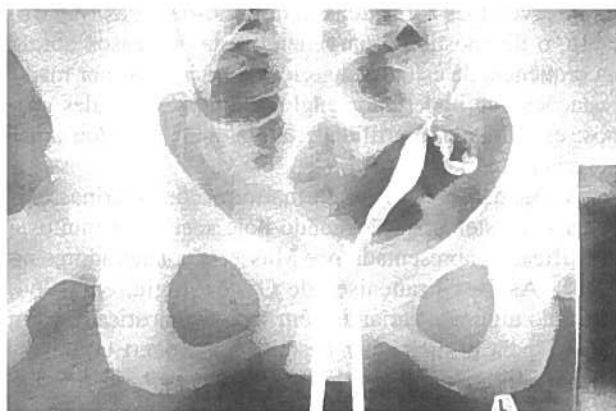


Fig. 4 – Imagem histerossalpingográfica da cavidade uterina e trompa esquerda.

A paciente foi proposta para laparotomia realizada em 1993, ao 11.º dia do ciclo menstrual. Confirmou-se a existência de um corpo uterino único com o ângulo direito hipertrofiado (*Fig. 5*), trompas e ovários normais e ausência de focos de endometriose pélvica. Através da punção-aspiração do corno uterino direito obtiveram-se cerca de 12 cc de sangue com características compatíveis com retenção menstrual. Efectuando-se histerotomia a nível fúndico e do corno uterino direito, confirmou-se a existência de uma cavidade cega (*Fig. 6*) sem continuidade para o colo e sem comunicação com a hemicavidade esquerda, conclusões obtidas através do estudo simultâneo por via vaginal. Procedeu-se então, à ressecção do corno uterino direito procurando não interferir com a hemicavidade esquerda (*Fig. 7*).

O estudo histopatológico da peça operatória (*Fig. 8*) revelou ser o endométrio atrofico e o miométrio conter fibras musculares hipertrofiadas e vários focos de adenomiose no terço interno e médio (*Fig. 9*).

Um ano depois da intervenção cirúrgica a paciente encontra-se assintomática e a ecografia pélvica de controlo não revelou anomalias.

## COMENTÁRIOS

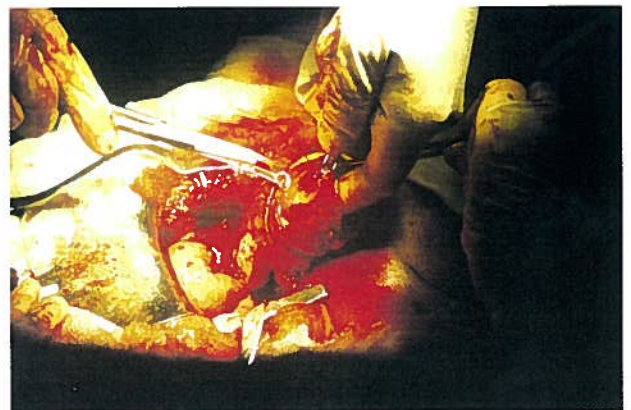
A malformação uterina que os autores apresentam, pertence a uma categoria rara de malformações, que Músset em 1974<sup>2</sup> caracterizou através da seguinte tríada clínica:

- dismenorreia primária de grande intensidade podendo esta diminuir através de um tratamento estroprogestativo prolongado;
- contraste entre o aspecto celioscópico normal do útero (por vezes o fundo uterino poderá apresentar uma pequena chanfradura) e a imagem histerossalpingográfica típica de útero unicórneo;
- ausência de anomalias do aparelho urinário na urografia endovenosa.

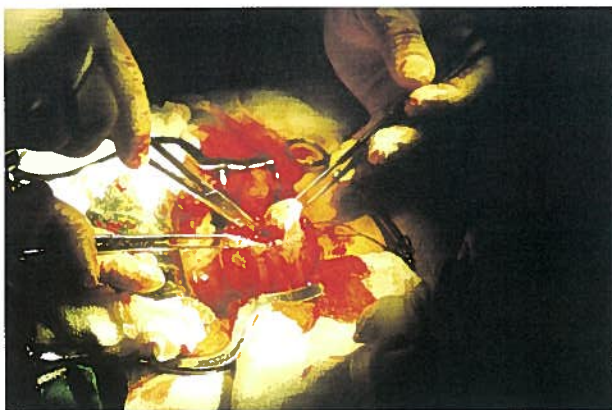
Todos estes critérios encontram-se no caso clínico apresentado, mas uma característica ainda mais rara está presente: a retenção menstrual na pequena hemicavidade uterina direita. Na realidade, apenas dois casos semelhantes foram publicados, um por Dargent<sup>3</sup> e, outro, por um grupo do Hospital Charles-Nicolle da Tunísia<sup>4</sup>. É



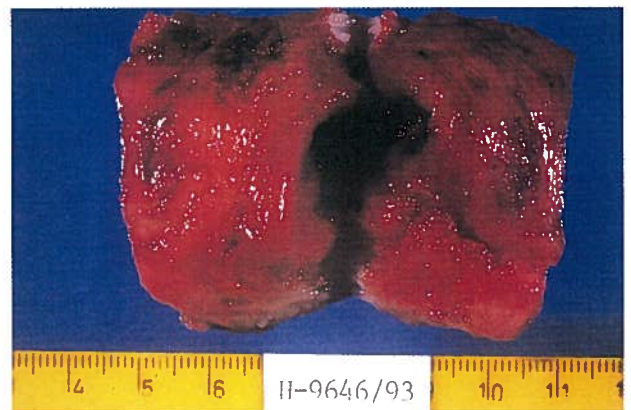
*Fig. 5* - Corpo uterino único e com hipertrofia do ângulo direito.



*Fig. 7* - Ressecção da hemicavidade direita.



*Fig. 6* - Histerotomia a nível fúndico e no ângulo direito do útero.



*Fig. 8* - Peça operatória com 30 g e 5 cm de maior eixo.

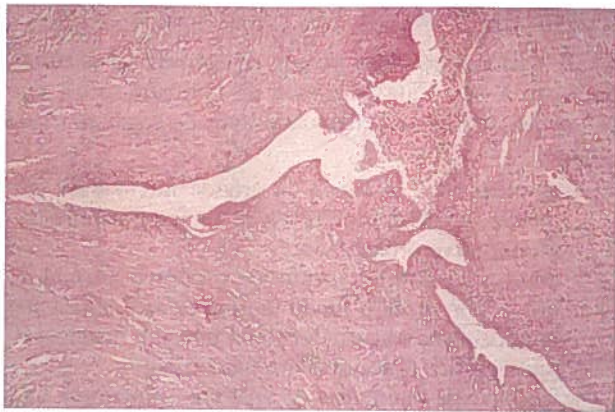


Fig. 9 – Focos de adenomiose nos dois terços internos do miométrio.

nossa opinião que a retenção menstrual é possível se o septo tem uma inserção inferior mais baixa<sup>4</sup>, não contrariando desta forma a teoria de Müsset sobre a importância do istmo no desencadeamento da menstruação<sup>1</sup>.

O quadro clínico predominante nos casos publicados bem como no que é por nós apresentado, compreende a dismenorreia de intensidade progressiva. A origem desta, provavelmente estará relacionada com a retenção menstrual e com os fenômenos de adenomiose. Outros mecanismos poderão explicar igualmente a dismenorreia como a existência de endometriose pélvica e o refluxo menstrual tubar de que não se encontrou prova no caso apresentado. Nas situações de úteros assimetricamente septados sem retenção menstrual e já publicados (três por Müsset e três por Robert), a dismenorreia será provavelmente consequência de um endométrio endocavitário que segue o ciclo normal, sendo o seu desenvolvimento responsável pelos fenômenos dolorosos como nos úteros pseudounicórneos com corno rudimentar<sup>4</sup>.

Sob o ponto de vista embriológico, a gênese do útero septado assimétrico permanece inexplicada. Será resul-

tado da fusão dos dois canais de Müller em que um será aplásico não ocorrendo no entanto, a reabsorção do septo que separa os dois canais?<sup>5</sup> Será acaso ou uma lei do desenvolvimento que explica a existência sistemática de uma cavidade esquerda permeável e uma direita cega?<sup>3</sup>.

A terapêutica preconizada assume duas vertentes podendo ser radical (histerectomia total ou ablação da hemicavidade cega) ou conservadora como a histeroplastia cirúrgica segundo a técnica de Bret ou com ressecção por ansa diatérmica<sup>4</sup>. No caso apresentado optou-se pela ressecção da hemicavidade cega que pensamos por um lado, ter sido eficaz na resolução da sintomatologia e por outro, não vir a comprometer o futuro obstétrico da paciente.

## CONCLUSÃO

A raridade deste tipo de malformação aliada a aspectos fisiopatológicos e embriológicos de explicação difícil poderão dificultar o diagnóstico. Assumem relevante importância a conjugação da sua expressão clínica e dos exames complementares avaliadores da morfologia interna e externa uterina e anexial.

No presente caso, a HSG e a Ecotomografia pélvica permitiram suspeitar a malformação uterina só plenamente diagnosticada através da laparotomia.

## BIBLIOGRAFIA

1. ROBET H: Úterus cloisonné avec cavité borgne sans hématométrie C R Fr Gynécol 1969;31:767.
2. MUSSET R, POITOUT P: Une observation complémentaire d'úterus asymétriquement cloisonné. Rôle de l'isthme dans le déclenchement de la menstruation. J Gynecol Obstet Biol Repr 1974;3:1117.
3. DARGENT D, RUDIGOZ RC, MEYSONNIER G: Rétenion menstruelle unilatérale dans un úterus cloisonné asymétrique (úterus de Robert). Gynécologie 1980;31:171-4.
4. BENZINEB N, BELLASFAR M, MERCHAOUI J, SFAR R: Úterus de Robert avec rétenion menstruelle dans la cavité borgne. J Gynécol Obstet Biol Repr 1993;22:366-8.
5. VERBAERE S, ROCHET Y: Les malformation utérines. Encycl. Med Chir Gynecol (2), 123 A 10 (6-1985).