

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**SEPTOPLASTIA VAGINAL INTRAPARTO: RELATO DE CASO**

*Intrapartum Vaginal Septoplasty: A Case Report*

**JOÃO PESSOA – PB  
2013**

**TIAGO CAVALCANTI DO Ó**

**SEPTO VAGINAL INTRAPARTO: RELATO DE CASO**

Trabalho para conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de medicina, para apreciação e aprovação.

**Orientadora:** Profa. Melania Maria Ramos de Amorim, MD, PhD.

**JOÃO PESSOA – PB  
2013**

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	3
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	4
<b>2. RELATO DE CASO</b> .....	6
<b>3. DISCUSSÃO</b> .....	9
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	13

## Resumo

O septo vaginal transverso é uma rara malformação mülleriana que pode estar associada a dispareunia, dismenorréia e amenorréia primária. Neste estudo, os autores apresentam um caso de septo vaginal transverso em uma paciente de 15 anos com gestação a termo, que só teve seu diagnóstico firmado quando em trabalho de parto, pelo exame de toque bidigital associado a exame especular. Realizou-se septoplastia intraparto, tendo mãe e concepto evoluído satisfatoriamente, com alta hospitalar em boas condições.

**Palavras-chave:** *Septo vaginal transverso. Malformações genitais. Septoplastia. Parto normal.*

## 1. Introdução

O desenvolvimento embriológico sexual feminino é um complexo processo dependente de vários fatores, desde genéticos até hormonais. Algumas vezes ocorrem defeitos de canalização, reabsorção ou fusão dos Ductos de Müller, associadas ou não a falhas em seu contato com o seio urogenital, gerando as chamadas anormalidades müllerianas<sup>1,2,3,7</sup>. Dentre elas destaca-se a presença do septo vaginal, sendo este classificado como uma anomalia de fusão vertical, entre os ductos de Müller e o seio urogenital, com fisiopatologia ainda não totalmente elucidada, já havendo sido relacionado a uma transmissão autossômica recessiva<sup>1,3,6,11</sup>.

O septo vaginal consiste num anel ou membrana fibromuscular central, de espessura variável, geralmente inferior a um centímetro, podendo-se mostrar totalmente obstruído, fazendo diagnóstico diferencial com o hímen imperfurado e agenesia vaginal, ou manifestar-se com uma pequena perfuração central ou periférica, sendo esta última apresentação a responsável pela maioria dos casos<sup>2,3,11</sup>.

Existem dois tipos de septo vaginal: longitudinal e transverso. Este último tem sua prevalência real desconhecida, mas é estimada em aproximadamente uma para 30000 a uma para 80000 mulheres. Há uma variação quanto à sua localização, podendo ser encontrado na porção superior da vagina em cerca de 46% dos casos, 35 a 40% na porção média e 15 a 20% na porção inferior<sup>2,3</sup>. Usualmente, não está associado a malformações urológicas<sup>1,2,3,6,7,11</sup>.

As manifestações clínicas e o tempo de descoberta da condição variam em decorrência de uma obstrução total ou parcial. No primeiro caso, temos um acúmulo do sangue menstrual acima do septo, resultando em hematocolpo, hematométrio e até mesmo hemoperitônio, com clínica de dor pélvica cíclica, ausência da menarca, em

menina com caracteres sexuais secundários presentes, e achados ultrassonográficos de hematocolpometrio, ocasionalmente com massa palpável abdominal, sendo descoberto geralmente no início da puberdade<sup>3,5,6</sup>. O septo incompleto permite uma saída parcial do sangue menstrual e a paciente queixa-se de dismenorréia e dispareunia, com possível criptomenorréia, podendo ser diagnosticada quando da primeira gravidez.<sup>3,5,8,11</sup> O diagnóstico baseia-se no quadro clínico acrescido de informações complementares para avaliar localização e espessura do septo, utilizando-se para isso o ultrassom e ressonância nuclear magnética (RNM), com melhor delineamento da extensão da possível coleção sanguínea<sup>2,3,5,11</sup>.

O presente caso trata de uma paciente com septo vaginal transversal (SVT) diagnosticado durante exame de toque bimanual, associado a exame especular, em gravidez a termo durante trabalho de parto, com subsequente septoplastia intraparto, o que confere maior singularidade ao evento em questão.

## 2. Relato de Caso

N.F.B., 15 anos, gesta I para 0, admitida na Maternidade do Hospital Escola da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP) em 13/9/2011, com idade gestacional de 37 semanas de acordo com a data da última menstruação, corroborada por ultrassonografia de primeiro trimestre e história de dor intermitente no baixo ventre há duas horas.

Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, normocorada, hidratada, afebril, acianótica, anictérica, sem edema, lúcida e orientada no tempo e no espaço. A pressão arterial era de 110x70 mmHg, a frequência cardíaca era de 84 bpm, a frequência respiratória era de 18 irpm e a ausculta cardiopulmonar sem anormalidades. O abdome era gravídico, com altura de fundo uterino de 36 cm, estando o feto em apresentação cefálica. A frequência cardíaca fetal (FCF) era de 140 bpm, auscultada em quadrante inferior esquerdo, e a dinâmica uterina de três contrações em 10 minutos, de 30 segundos cada. Ao toque, colo com dilatação de quatro centímetros, apresentação cefálica no primeiro plano de Hodge, bolsa íntegra. Palpava-se ainda estrutura de consistência elástica cerca de três centímetros posterior ao introito vaginal, indolor à mobilização, estendendo-se da parede anterior até a parede posterior da vagina. Foi realizado exame especular onde se evidenciou septo vaginal localizado no terço distal da vagina (Figura 1).

Figura 1. Septo Vaginal Transverso



Optou-se pela conduta expectante, em face das boas condições obstétricas apresentadas pela paciente. A evolução do trabalho de parto foi satisfatória, considerando-se o partograma, diagnosticando-se já o período expulsivo cerca de oito horas após a admissão.

Acomodada na mesa de parto, com a apresentação já no canal vaginal, procedeu-se o clampeamento do septo e sua secção, permitindo a passagem do concepto, do sexo masculino, que pesou 3600g e mediu 51 cm, apresentou escores de Apgar de 9 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto, sem aparentes deformidades ou malformações. O desprendimento se deu sem complicações. Não foi realizada episiotomia. Foi realizada a profilaxia de hemorragia do quarto período com a injeção intramuscular de 10 UI de ocitocina. Após a dequitação, procedeu-se com o pinçamento da outra extremidade do septo e da sua secção, com completa restauração da anatomia do trato genital (Figuras 2,3 e 4). Em seguida, foram suturadas ambas as bases seccionadas com fio tipo Catgut número 2-0, em sutura contínua, e a paciente liberada para a enfermaria.

A mesma evoluiu no puerpério imediato sem intercorrências, tendo recebido alta no dia 15/09/2011.



Figura 2



Figura 3



Figura 4

### 3. Discussão

O SVT, embora seja uma condição incomum, requer que a tenhamos sempre como possível diagnóstico diferencial quando houver combinação variada de dispareunia, dor pélvica cíclica, hematocolpo, hematométrio e mucocolpo associados ou não a amenorréia primária, nos casos em que há obstrução total do canal vaginal. Seu diagnóstico e tratamento devem ser realizados de forma oportuna evitando-se, assim, complicações como aderências pélvicas e dano às tubas uterinas, principalmente nas opilações totais, e o incômodo de sintomas álgicos e de repercussão psíquica, como a dispareunia<sup>2,3</sup>. Os principais diagnósticos diferenciais são a agenesia vaginal e o hímen imperfurado, que foram descartados neste caso pelo fato evidente de serem impeditivos de ocorrência de fertilização e posterior gestação<sup>3,4,11</sup>.

Também destacamos no corrente caso uma localização baixa do septo vaginal, a cerca de três centímetros posterior ao introito vaginal, o que lhe confere excepcionalidade, visto ser essa localização a mais rara, ocorrendo apenas em 15 a 20% do total de casos, contrastando com aproximadamente 46% de localização alta<sup>2,3</sup>. Além disso, o septo foi diagnosticado como perfurado, sendo esta apresentação a encontrada na maioria dos casos<sup>2,3</sup>.

No presente estudo não pudemos avaliar a presença de sintomas pré-diagnóstico, sendo este realizado de forma ocasional, durante franco trabalho de parto, sendo evento raro o diagnóstico de septo vaginal nesse momento.

Esse relativo atraso no diagnóstico desta alteração anatômica pode ser justificado pelo fato de o septo vaginal ter-se apresentado em sua forma perfurada, o que ajuda na atenuação dos sintomas de dispareunia e dismenorréia, além de permitir o fluxo

menstrual, com ausência de amenorréia primária, geralmente não causando graves transtornos na puberdade<sup>3,6</sup>.

Como principais recursos elucidativos para diagnóstico do SVT temos, além do quadro clínico característico, o exame ultrassonográfico e de ressonância nuclear magnética (RNM), podendo-se ainda lançar mão da histerosalpingografia, sendo esses expedientes também necessários para determinação da espessura e localização exata do septo, além de indicar a coexistência de outros defeitos congênitos associados<sup>2,3,6,11</sup>. O diagnóstico também pode ser feito, de forma excepcional, *in utero* no terceiro trimestre de gestação por meio de ultrassonografia obstétrica, visualizando-se uma tumoração cística pélvica no feto<sup>3</sup>.

No caso em questão, observamos mais uma singularidade na abordagem descrita, visto que o diagnóstico foi realizado com auxílio único do exame físico, sem a utilização dos métodos complementares acima citados. Em tese, justifica-se esse acontecimento como sendo devido ao fato de o septo em questão ser perfurado e de localização baixa, o que nos permitiu visualizá-lo com maior riqueza de detalhes, podendo-se promover a medida exata de sua espessura, além da visualização do restante do canal vaginal e do colo uterino, descartando, assim, um de seus principais diagnósticos diferenciais, que é a ausência congênita do colo do útero. A não-condução da investigação de defeitos congênitos associados fundamenta-se na literatura médica que afirma serem essas anormalidades ausentes em casos de SVT, estando presentes basicamente na forma de útero septado e útero didelfo unicamente em alguns casos de septos longitudinais<sup>2,3,7,10,11</sup>.

O SVT, mesmo quando perfurado, pode levar a problemas de fertilidade, como relata Cetinkaya et al. em caso clínico onde a queixa principal era uma infertilidade

primária<sup>6</sup>. No caso de nossa descrição percebemos a ausência de tal disfunção, pelo fato de a paciente estar grávida, inclusive sendo uma gravidez relativamente precoce, na adolescência, e alcançada sem auxílio de métodos contraceptivos.

Tanto na literatura nacional quanto internacional percebe-se que o manejo terapêutico do SVT está sempre relacionado à ressecção cirúrgica, devendo esta ser realizada precocemente nos casos de septo total. Nos casos de septos finos, a excisão completa é simples, com posterior anastomose termino-terminal entre a porção superior e inferior da vagina, porém sua retirada parcial resulta em anel fibroso, o que pode levar à dispareunia<sup>11</sup>. Os septos mais espessos apresentam maior dificuldade para excisão e reparo e só devem ser manejados por cirurgiões experientes com esse procedimento<sup>2</sup>. No corte, a extensão que não está recoberta por mucosa pode sofrer constrição, tornando-se necessária a exérese do septo fibroso, seguida da colocação de molde<sup>11</sup>. O uso pré-operatório de dilatadores vaginais pode ajudar a diminuir a espessura do septo e facilitar a anastomose. A técnica de Z-plastia pode ser usada para prevenir a formação de cicatriz circunferencial<sup>2,5</sup>.

Além da técnica tradicional já descrita, há relatos na literatura de procedimentos alternativos. Tsae et al. e Kim et al. relataram bons resultados com a ressecção histeroscópica, sendo esta utilizada principalmente em pacientes jovens, por permitir a preservação himenal<sup>8</sup>.

No caso clínico cumpre destacar a conduta expectante, aguardando-se o parto transpélvino, uma vez que é possível realizar-se a ressecção do septo intraparto, com menor morbidade para a paciente. Como o septo era relativamente fino a ressecção foi simples e não foi necessário o uso da Z-plastia. Considerando-se a maior morbidade e mortalidade materna associadas à operação cesariana, justifica-se aguardar a evolução

do trabalho de parto, podendo o septo ser ressecado durante o seu curso ou no próprio período expulsivo, a depender das características de cada caso.

O caso atual é um dos poucos casos relatados de septo vaginal transversal perfurado com abordagem intraparto, o que o torna singular, por isso julgamos precípuo o seu relato. Além disso, salientamos as boas condições pós-cirurgia e parto da paciente e do concepto, o que endossa a eficiência da conduta adotada.

## Referências

1. Tratado de Ginecologia 13ª ed. 2004 - Novak
2. Laufer, MR. Diagnosis and management of congenital anomalies of the vagina. UpToDate, mar. 2012. Disponível em  
[http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-congenital-anomalies-of-the-vagina?source=search\\_result&search=vaginal+septoplasty&selectedTitle=35~150#H14](http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-congenital-anomalies-of-the-vagina?source=search_result&search=vaginal+septoplasty&selectedTitle=35~150#H14).
3. Bustos P, Smirnow M. Tabique Vaginal Transverso y Atresia Vaginal. Rev. chil. obstet. ginecol. 2003; 68(3): 229-234.
4. Singh A, Kumar M, Sharma S. Iatrogenic urethrovaginal fistula with transverse vaginal septum presenting as cyclical hematuria. Indian J Urol. 2011Oct-Dec; 27(4): 547-549.
5. Opoku BK, Djokoto R, Owusu-Bempah A, Amo-Antwi K. Huge abdominal mass secondary to a transverse vaginal septum and cervical dysgenesis. Ghana medical journal, v. 45, n. 4, 2012. Acesso em 30 de jan. 2013.
6. Cetinkaya K, Kumtepe Y. Perforated transverse vaginal septum: a rare case of müllerian duct anomaly presenting only primary infertility. Fertility and Sterility, v. 90, n. 5, p. 2005. e11-2005. e13, 2008.
7. Estrada ROV. Incidencia de las malformaciones müllerianas en niñas y adolescentes. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2009; 35(2).
8. Kim TE, Lee GH, Chow YM, Jee BC, Ku S, Suh CS, Kim SH, Kim JG, Moon SY. Hysteroscopic resection of the vaginal septum in uterus didelphys with obstructed hemivagina: a case report. J Korean Med Sci 2007;22: 766-9.
9. Badalotti M, Arent A, Monteggia V, Machado J, Petracco R, Petracco A. Septo uterino, duplicação cervical e septo vaginal: relato de rara malformação mülleriana com gestação a termo. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(11):588-92.
10. Nisolle M, Donnez J. An Atlas of Operative Laparoscopy and Hysteroscopy. 2ª edição. Pearl River: The Parthenon Publishing Group Inc, 2001.
11. Martins M, Viana LC, Geber S. Malformações Genitais. Bibliomed, 2001. Disponível em:  
<http://www.bibliomed.com.br/bibliomed/bmbooks/ginecolo/livro8/cap/cap52.htm>.

