

Prolapso genital

Genital prolapse

Maria Inês de Miranda Lima¹
Claudia Teixeira da Costa Lodi²
Adriana de Almeida Lucena³
Mirian Viviane Maciel Barros Guimarães³
Helena Rabelo Castro Meira⁴
Luiza de Miranda Lima⁵
Saulo Augusto de Lima⁶

Palavras-chave

Prolapso genital
Prolapso uterino
Distopias

Keywords

Uterine prolapse
Genital prolapse
Dystopias

Resumo

O prolapso genital é condição comum. Ocorre por fraqueza ou defeitos nos órgãos pélvicos de suspensão, que são constituídos de ligamentos, e/ou aqueles de sustentação, constituídos por fâscias e músculos. Sua avaliação constitui uma etapa importante do exame ginecológico, devendo, sempre que possível, ser classificado o grau de prolapso por meio de métodos padronizados. Atualmente, a quantificação é realizada por meio do POP-Q, preconizada pela Sociedade Internacional de Continência (ICS). Embora não seja uma afecção fatal, pode determinar sequelas importantes para a saúde da mulher, comprometendo sua qualidade de vida. Seu diagnóstico precoce previne o estágio final da doença. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, dependendo do grau do prolapso, idade e estado clínico da paciente.

Abstract

The pelvic prolapse is a common condition. It's occurs because of weakness or defects in the suspension pelvic organs – consisting of ligaments, and/or those of support, which consist of fascias and muscles. It's assessment is an important phase of the gynecological exam and, whenever possible, the degree of prolapse should be identified by means of standard methods. Currently the measurement is performed using POP-Q, as recommended by the International Continence Society (ICS). Although the disease is not considered fatal, it can determine serious sequela for women's health, affecting their quality of life. It's early diagnosis prevents the final stage of the disease. Treatment can be conservative or surgical depending on the degree of prolapse, and the patient age and medical condition.

¹ Doutora em Ginecologia pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Membro da Pós-graduação da Santa Casa de Belo Horizonte; Chefe da Clínica Ginecológica I da Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Mestre em Ginecologia pela Faculdade de Medicina da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil; Professora Assistente em Ginecologia na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³ Mestre em Ginecologia pela Faculdade de Medicina da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil; Assistente da Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁴ Pós-graduanda da Faculdade de Medicina da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil; Assistente da Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁵ Médica Residente em Ginecologia e Obstetria da Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁶ Acadêmico de Medicina da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Maria Inês de Miranda Lima – Rua Manoel Teixeira Sales, 35 – Mangabeiras – CEP 30210-130 – Belo Horizonte (MG), Brasil – E-mail: mariaines@lifecenter.com.br

Introdução

O prolapso genital é um problema de saúde que afeta milhões de mulheres em todo o mundo. A Sociedade Internacional de Continência (ICS) define prolapso genital com o descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior, assim como do ápice da vagina (útero ou cúpula vaginal após histerectomia)¹ (B). A melhoria das condições de saúde levou ao progressivo aumento da expectativa de vida e, com isso, ao aumento do número de pacientes com prolapso genital desejosas de tratamento que melhore sua qualidade de vida. É difícil estimar a real incidência do prolapso genital, podendo afetar intensamente a qualidade de vida das mulheres, causando impacto psicológico, social e financeiro¹ (B). As informações epidemiológicas dessa doença são difíceis de serem obtidas, uma vez que muitas mulheres escondem o problema ou o aceitam como consequência natural do envelhecimento ou dos partos vaginais² (A). A prevalência estimada é de 21,7% em mulheres de 18–83 anos, chegando a 30% nas mulheres entre 50 e 89 anos. Aos 80 anos, 11,1% das mulheres têm ou tiveram indicação cirúrgica para a correção do prolapso genital ou de incontinência urinária² (A).

O prolapso é considerado uma hérnia do conteúdo pélvico e/ou intraperitoneal no canal vaginal e vários fatores de risco para sua ocorrência são sugeridos. A doença pode ser atribuída a uma combinação de condições que varia de paciente para paciente¹ (A).

Método

Foram utilizados como base de dados o MEDLINE, LILACS e PubMed no período de 1980 a 2010. As palavras-chave para a pesquisa foram: prolapso genital, prolapso uterino e distopias. Realizou-se uma busca por artigos nacionais e internacionais (nos idiomas inglês, francês e espanhol) das melhores evidências científicas disponíveis, as quais foram classificadas de acordo com seu nível e grau de recomendação. Foram encontrados 530 artigos, dos quais selecionamos 94 para análise, restando 27, que foram incluídos na presente revisão. A seleção inicial dos artigos foi realizada com base no desenho dos estudos e, quando relacionados ao assunto, buscou-se o texto completo. Deu-se prioridade aos artigos mais recentes, pois expõem aplicabilidades mais coerentes com a prática atual, artigos com o maior nível de evidência, revisões narrativas e consensos de sociedades médicas.

Discussão

Fatores de risco

O Quadro 1 resume os fatores predisponentes para prolapso dos órgãos pélvicos. Pesquisadores concordam que o prolapso

se origina de causas múltiplas e se desenvolve gradualmente ao longo dos anos. No entanto, a importância relativa de cada fator é desconhecida³ (A).

Riscos relacionados à obstetrícia

Multiparidade

Parto vaginal é o fator de risco citado com maior frequência. Não existe consenso sobre o fato de a gestação ou o parto em si predispor a disfunção do assoalho pélvico. No entanto, vários estudos mostram que o parto aumenta o risco de a mulher desenvolver prolapso. O risco aumenta 1,2% a cada parto vaginal. O estudo de Oxford, envolvendo 17 mil mulheres, demonstrou que as mulheres que tiveram 2 partos vaginais foram hospitalizadas para correção de prolapso 8 vezes mais que as nulíparas² (A).

Outros riscos relacionados à obstetrícia

Várias situações estão envolvidas, como macrosomia fetal, segundo período do trabalho de parto prolongado, episiotomia, laceração do esfíncter anal, analgesia peridural, uso de fórceps e estimulação do trabalho de parto com ocitocina. Cada um desses fatores necessita de estudos adicionais, porém não existem dúvidas de que a soma cumulativa de todos esses eventos ao passar no canal de parto predispõe ao prolapso.

Atualmente, duas intervenções obstétricas não são defendidas devido à falta de evidência de benefícios: o fórceps eletivo e a episiotomia. Pelo menos seis estudos randomizados controlados comparando episiotomia eletiva e seletiva não mostraram benefício comprovado, mas uma associação com laceração do esfíncter anal, incontinência anal e dor no pós-parto⁴ (A).

Idade

A idade avançada está implicada no desenvolvimento do prolapso. No *Pelvic Support Study* (POSST) em mulheres de 20–59 anos,

Quadro 1 - Fatores de risco associados a prolapso de órgão pélvico

1-Gestação
2-Parto vaginal
3-Menopausa
Envelhecimento
Hipoestrogenismo
4-Pressão abdominal cronicamente aumentada
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
Constipação
Obesidade
5-Traumatismo do assoalho pélvico
6-Fatores genéticos
Raça
Distúrbios do tecido conjuntivo
7-Histerectomia
8-Coluna vertebral bífida

a incidência de prolapso dobra a cada década. É difícil separar os efeitos do hipoestrogenismo do processo do envelhecimento⁵ (A).

Fatores genéticos

Doença do tecido conjuntivo

Mulheres com distúrbios do tecido conjuntivo podem ter maior probabilidade de desenvolver prolapso. Pacientes portadoras da síndrome de Marfan ou Ehlers-Danlos têm maior prevalência de prolapso⁶ (B).

Raça

Diferenças raciais na prevalência dos prolapso foram demonstradas em vários estudos⁷ (B). Mulheres brancas e asiáticas apresentam risco mais baixo que as hispânicas. Mulheres negras apresentam um arco púbico estreito e pelve androide ou antropoide, mais frequentemente, e isso as protege do prolapso em comparação com as mulheres brancas, que apresentam principalmente pelve ginecoide.

Aumento da pressão intra-abdominal

Acredita-se que a pressão intra-abdominal cronicamente aumentada tenha um papel importante na patogênese do prolapso. Essa condição está presente na obesidade, constipação crônica, tosse crônica e no levantamento repetitivo de peso. Vários estudos identificam a obesidade como fator de risco independente para incontinência urinária^{8,9} (A, B).

Classificação

Os termos cistocele, retocele, uretrocistocele, prolapso uterino, retocele e enterocele são tradicionalmente usados para descrever a localização da protrusão. Esses termos podem ser imprecisos e não refletem exatamente o órgão prolapsado, por exemplo, numa retocele pode-se deparar com um enterocele importante e a abordagem cirúrgica difere¹⁰ (B).

Apesar de esses termos estarem profundamente enraizados, clinicamente é mais útil descrever o prolapso como, por exemplo: prolapso da parede vaginal anterior, prolapso apical da parede vaginal, prolapso cervical, prolapso da parede vaginal posterior, prolapso perineal e prolapso retal¹⁰ (B).

Em 1999, a ICS¹¹ (A) propõe uma nova classificação visando padronizar de forma mais reproduzível e fiel os prolapso genitais conforme descrita por Bump et al. em 1996¹² (A).

O sistema proposto pela ICS contém uma série de medidas e pontos específicos de suporte dos órgãos pélvicos da mulher. O prolapso de cada segmento é avaliado de acordo com a sua posição em relação ao hímen, que é um ponto anatômico fixo de fácil identificação. A partir desse ponto, as posições são descritas

por seis pontos definidos e as medidas expressas em centímetros. Os valores positivos referem-se a posições abaixo ou distais ao hímen, os valores negativos acima ou proximais ao hímen, e se a localização for ao nível do hímen, denomina-se como zero.

Os seis pontos são localizados originalmente com referência ao plano himenal, sendo dois na parede anterior da vagina, dois na parte vaginal superior e dois na parede vaginal posterior (Figura 1).

Outras medidas incluem o hiato genital, que é a medida do ponto médio do meato uretral até o ponto posterior da fúrcula vaginal e o corpo perineal, que é a medida da margem posterior do hiato genital até a metade da abertura anal. O comprimento total da vagina é a maior medida, se estende até o ponto mais alto da vagina, no fundo do saco posterior, quando há colo do útero e na cicatriz da cúpula vaginal, quando este está ausente.

Princípios estabelecidos: o examinador deve identificar o ponto de maior distopia pedindo a confirmação da paciente, com esforço (Valsalva), inclusive de pé ou por meio de tração do ponto máximo de prolapso. Ponto fixo: o hímen passou a ser o ponto de referência e o prolapso quantificado em centímetros a partir dele. Se acima do hímen, será negativo (-1, -2 e -3 cm), e se abaixo, será positivo (+1, +2 e +3 cm). Pontos de referência: dois pontos na parede anterior, dois na superior e dois na posterior. Ponto Aa (ponto A da parede vaginal anterior): localizado a três centímetros para dentro do hímen na linha média da parede anterior da vagina. Sua posição varia de -3 cm a +3 cm. Para sua determinação, coloca-se marcação (régua) no ponto -3 cm em repouso e observa onde ele se localiza quando a paciente faz esforço. Ponto Ba (ponto B da parede vaginal anterior): representa o ponto de maior prolapso na parede vaginal anterior. Na ausência de prolapso, ele se localiza em -3 cm, e se há prolapso total, ele equivale ao comprimento vaginal total. Para sua determinação

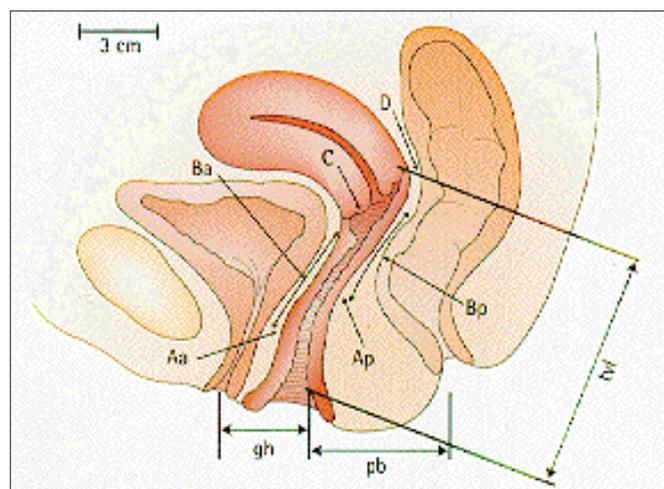


Figura 1 - Desenho esquemático dos pontos da classificação dos prolapso genitais¹².

utiliza-se espéculo de Sims para afastar a parede vaginal posterior e pede-se para a paciente fazer esforço, sendo que o ponto que mais exteriorizou será o ponto Ba. Ponto C: ponto mais distal do colo uterino ou da cúpula vaginal pós-histerectomia. Para determinação de seu ponto passa-se espéculo de Sims e localiza-se o colo, encosta-se a marcação (régua) no colo e pede-se para a paciente fazer esforço. Dessa forma, determina-se até onde o colo vai em direção do hímen. Ponto D: localizado no fórnice vaginal posterior, no nível de inserção dos ligamentos útero-sacro. Na ausência do útero esse ponto é omitido. Ao se determinar o fórnice posterior, coloca-se a marcação e pede-se a paciente para que faça esforço e com isso encontra-se o ponto D. Ponto Ap: localizado na linha média da parede vaginal posterior, análogo do ponto Aa. Ponto Bp: representa o ponto de maior prolapso da parede vaginal posterior, análogo do ponto Ba. Comprimento vaginal total (CVT): medida da maior profundidade vaginal. Para ser calculado não precisa da realização de esforço pela paciente. Hiato genital (HG): medida do meato uretral externo até a linha posterior do hímen ou fúrcula. Medida determinada em repouso. Corpo perineal (PB): medida da fúrcula até o centro do orifício anal. Também não necessita de esforço da paciente para sua realização.

Estadiamento

Utilizando o sistema de avaliação descrito acima, os estádios de prolapso dos órgãos pélvicos são definidos pelas posições de cada ponto, esses pontos são colocados em um diagrama 3 x 3, e a paciente é estadiada em graus I, II, III, IV. Cinco estádios de suporte de órgãos pélvicos podem ser definidos, como a seguir:

Após a determinação dos pontos, classifica-se os prolapso em¹¹(A):

Estádio 0: ausência de prolapso. Os pontos Aa, Ap, Ba e Bp estão em -3 cm, e os pontos C e D estão entre o CVT e o CVT -2 cm.

Estádio I: ponto de maior prolapso está localizado até 1 cm para dentro do hímen (-1 cm).

Estádio II: o ponto de maior prolapso está localizado entre -1 cm e +1 cm (entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen).

Estádio III: o ponto de maior prolapso está a mais de 1 cm para fora do hímen, porém sem ocorrer eversão total.

Estádio IV: eversão total do órgão prolapso. O ponto de maior prolapso fica, no mínimo, no comprimento vaginal menos 2 cm.

Fisiopatologia

O assoalho pélvico é formado por várias estruturas que vão desde o peritônio parietal posterior até a pele da vulva. No sentido proximal para o distal temos: peritônio, fáschia visceral

e endopélvica, músculo elevador do ânus, membrana perineal e musculatura da genitália externa. O suporte dessas estruturas é dado pela sua fixação aos ossos pélvicos. As estruturas ligamentares do assoalho pélvico em conjunto com os grupos musculares é que vão dar sustentação e suporte aos órgãos pélvicos. Os músculos têm a função de coordenar, contrair e relaxar a região perineal. As fâscias são responsáveis pelo suporte através da sua ligação com músculos e ossos¹³ (D).

Durante o esforço, as vísceras pélvicas são empurradas para baixo. A sustentação, como dito anteriormente, é feita pela musculatura e ligamentos flexíveis e íntegros. Qualquer defeito no compartimento anterior ou posterior pode resultar em descida patológica dos órgãos pélvicos assim como disfunções desse assoalho.

O assoalho pélvico não age como uma plataforma estática e sim como um suporte dinâmico que responde ao esforço exercido sobre ele. Três principais mecanismos que contribuem para um suporte pélvico normal são descritos:

- 1) suporte derivado da fáschia endopélvica que ancora útero e vagina à parede pélvica;
- 2) suporte muscular derivado placa elevadora que tende a comprimir o lúmen dos hiatos do assoalho pélvico;
- 3) mecanismo valvar exercido pela compressão feita pelas fâscias e ligamentos, provocando horizontalização da vagina contra a placa elevadora do assoalho pélvico¹³ (D).

Fundamentos anatômicos segundo a teoria integral

Com os estudos anatômicos de DeLancey¹⁴ (A) e a publicação da teoria integral por Petros, em 1990¹¹ (A), o assoalho pélvico ganha a dimensão de estrutura única, onde a anatomia está intimamente relacionada à função. O fechamento e abertura da uretra e outras funções e disfunções dos órgãos pélvicos são resultantes de forças opostas entre as estruturas musculares, ligamentares e fâsciais. Assim sendo, alterações na tensão dos músculos, ligamentos e fâscias do assoalho pélvico seriam uma importante causa de incontinência urinária, dificuldade miccional, constipação intestinal, incontinência fecal e prolapso de órgãos pélvicos.

Os elementos músculo-fâsciais e ligamentos do períneo feminino atuam de forma conjunta no mecanismo da micção, evacuação e continência.

Elementos musculares

A musculatura do assoalho pélvico pode ser classificada em três componentes básicos:

Camada superior: com contração em direção horizontal, com participação no mecanismo de continência. É composta pelo músculo pubococcígeo (contração em direção anterior) e pelo platô do músculo elevador do ânus (contração em direção posterior).

Camada intermediária: com contração no sentido caudal, responsável pelas angulações do reto, vaginal e corpo vesical. O principal componente dessa camada é o músculo longitudinal do ânus.

Camada inferior: com contração horizontal e função apenas de sustentação dos componentes mais externos do aparelho genital feminino, representado pelo diafragma urogenital³ (A).

Ligamentos

Ligamentos pubouretrais: têm sua origem na borda inferior do púbis, apresentando porção pré-púbica e retropúbica. Inserem-se bilateralmente no arco tendíneo da fásia pélvica, ao nível do terço uretral médio.

Ligamento uretropélvico: principal estrutura de suporte suburetral. Origina-se bilateralmente nos ligamentos pubouretrais, no seu ponto de inserção na fásia pubocervical, e se fundem na região central. Atuam em conjunto com os ligamentos pubouretrais.

Ligamentos útero-sacro: origina-se bilateralmente na face anterior do sacro e insere-se na fásia pubocervical no ápice vaginal, integrando o anel pericervical (Figura 2).

A estrutura única do assoalho pélvico, proposta por Petros na teoria integral, funciona da seguinte forma: em repouso, há um equilíbrio entre a tensão aplicada para a frente pelo músculo pubococcígeo e para baixo e, posteriormente, pela placa elevadora do ânus pelo músculo longitudinal do ânus; durante a micção há predomínio da força realizada em direção posterior pela placa elevadora do ânus e pelo músculo longitudinal do ânus determinando abertura e afunilamento do colo vesical e redução dos ligamentos sobre o terço uretral médio¹¹ (A).

Manifestações clínicas

Sintomas são pouco comuns em mulheres com prolapso iniciais (estádios I e II) e frequentemente não correlacionam-se com o nível anatômico dos prolapso. O quadro clínico envolve queixas urinárias, intestinais, sexuais e sintomas locais.

Muitas mulheres com prolapso leve e moderado não apresentam incômodos. O agravamento do quadro é imprevisível, sendo assim, os benefícios do tratamento devem ser avaliados em relação aos riscos. A reabilitação dos músculos do assoalho pélvico pode ser oferecida às pacientes que desejam impedir a progressão do prolapso¹⁵ (A).

Alguns autores¹⁶ (B) verificaram que 36 a 80% dos casos de prolapso estádios III e IV, apresentam incontinência urinária de esforço, no entanto, a perda urinária pode ser demonstrada objetivamente somente após a redução do prolapso. Isso se justifica pelo efeito obstrutivo das estruturas prolapsadas sobre a uretra, no momento do esforço. Por isso, as mulheres candidatas a tratamento

cirúrgico dos prolapso devem ser investigadas quanto a ocorrência de incontinência urinária na redução dos prolapso.

Os prolapso genitais podem afetar a função miccional, embora um estudo revele que a maioria das mulheres com prolapso severos ainda urina normalmente. Fitzgerald¹⁷ encontrou que exames pré-operatórios com redução de prolapso com pessários foi o melhor preditor de normalização do resíduo pós-miccional após tratamento cirúrgico.

Outros sintomas: alguns sintomas são claramente atribuídos a alterações locais, como pressão ou sensação de peso vaginal, dor vaginal e perineal ou visualização de protrusão de tecido vaginal além do hímen, podendo, ainda, ser notadas lesões ulceradas no tecido prolapsado.

As queixas sexuais estão relacionadas à protrusão de tecido vaginal, ou do próprio útero, podendo dificultar a penetração, diminuir a sensação vaginal e causar dor ou desconforto ao coito.

Alterações da função intestinal, como constipação, dificuldade ou desconforto para evacuar, evacuação incompleta, necessidade de auxílio de manobras manuais para esvaziar o intestino, incontinência de flato ou fecal, urgência fecal, ocorrem principalmente nos prolapso de parede posterior da vagina, retoceles e enteroceles.

Quando o prolapso é de longa duração pode surgir lesão ulcerada no colo, em geral, de origem traumática, que facilmente sangra e se infecta, constituindo a “úlcer de decúbito”¹⁸ (D).

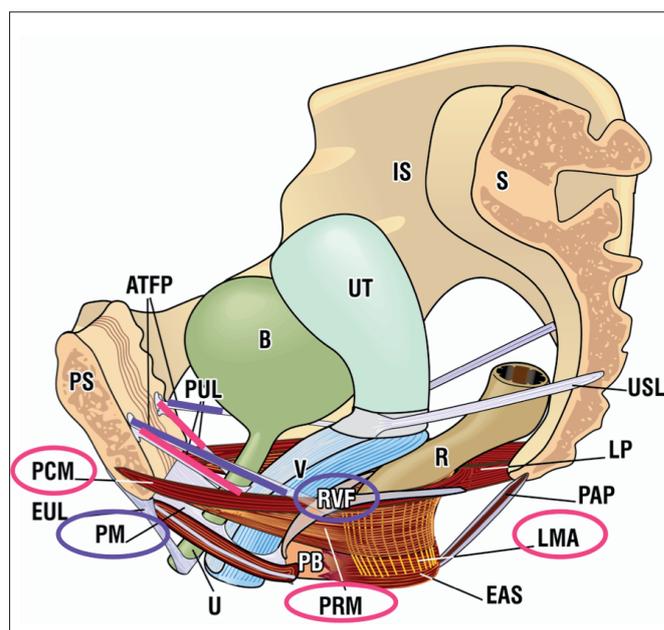


Figura 2 - Suporte pélvico (IS: ísquio; S: sacro; PS: sínfise púbica; V: vagina; R: reto; U: uretra; PB: corpo perineal; Ut: útero; B: bexiga) – Ligamentos (PUL: ligamento pubouretral; ATFP: arco tendíneo da fásia pélvica) – Músculos (USL: ligamento útero-sacro; PCM: músculo pubococcígeo; LMA: músculo longitudinal do ânus; PRM: músculo puborretal; LP: placa elevadora fásias; RVF: fásia retovaginal; PM: Autorizado por Petros PP.

Abordagem do tratamento

Para mulheres assintomáticas ou levemente sintomáticas, o tratamento expectante é apropriado. Para as mulheres sintomáticas o tratamento pode ser conservador ou cirúrgico. A escolha do tratamento depende do tipo e gravidade dos sintomas, da idade e das comorbidades médicas, do desejo de função sexual futura e/ou fertilidade e dos fatores de risco para recorrência. O tratamento deve ter como objetivo o alívio dos sintomas, mas os benefícios devem pesar mais que os riscos³ (A).

Tratamento não cirúrgico

Fisioterapia

Uma das primeiras descrições da fisioterapia para restaurar a força do assoalho pélvico foi referida por Arnold Kegel¹⁹ (A) em um artigo de 1948. Estimulado por intensas investigações e experiências com força muscular, durante a Segunda Guerra Mundial, ele desenvolveu uma sequência de exercícios para recuperar a musculatura pélvica no período de pós-parto imediato, e, a partir daí, ele especulou os benefícios desses exercícios para a prevenção de prolapso e obtenção de melhores resultados cirúrgicos.

Ainda não existem estudos bem-desenhados que suportem o uso de exercícios da musculatura do assoalho pélvico que possam prevenir as distopias. Alguns autores têm sugerido o uso de exercícios de treinamento da musculatura como coadjuvante ao tratamento cirúrgico tanto de prolapso quanto da incontinência urinária. Os exercícios agem aumentando a força muscular usando contração durante o aumento da pressão abdominal diariamente. No entanto, há uma grande necessidade de que *trials* controlados e randomizados com alta qualidade metodológica sejam realizados usando métodos de fisioterapia válidos e reprodutíveis para qualquer grau de prolapso, com protocolos de treinamento apropriados. Somente após o surgimento destes *trials* será possível uma avaliação do real papel da fisioterapia para prevenção e tratamento dos prolapso de órgãos genitais¹⁸ (D).

O uso de pessário no prolapso

São descritos diversos tipos de pessários, incluindo metal, marfim, cera, esponjas e cortiça. Atualmente, os pessários são feitos de silicone ou plástico inerte e são seguros e simples de manusear. São frequentemente usados quando a paciente tem forte preferência por tratamento não cirúrgico do prolapso ou quando seu risco cirúrgico é elevado, significando alta morbimortalidade²⁰ (B).

Existem duas categorias principais de pessários: para suporte e para preenchimento. O pessário para suporte usa um mecanismo que repousa no fórnice posterior e contra a porção posterior da sínfise púbica, similar ao diafragma contraceptivo. Eles são eficazes em mulheres com prolapso estádios III e IV, e quando ajustado

de maneira apropriada, o dispositivo deve situar-se atrás da sínfise púbica anteriormente e atrás da cérvix posteriormente.

Pessários para preenchimento mantêm sua posição ao gerar um vácuo entre o pessário e as paredes vaginais (um cubo), criando um diâmetro maior que o hiato vaginal (um biscoito, tipo *donut*) ou por meio de ambos os mecanismos (um Gellhorn). São usados para prolapso estádios II e IV e para procidência completa. A escolha do tipo de dispositivo pode ser afetada por alguns fatores, como estado hormonal, atividade sexual, histerectomia prévia, estágio e local do prolapso (Figura 3)²⁰ (B).

Após a seleção, a mulher deve receber o maior tamanho que ela possa usar confortavelmente. Após inserção deve fazer manobras para verificar a sua adaptação. De modo ideal deve ser removido à noite, higienizado e recolocado na manhã seguinte. Complicações são raras, pode ocorrer sangramento, erosão e dor,

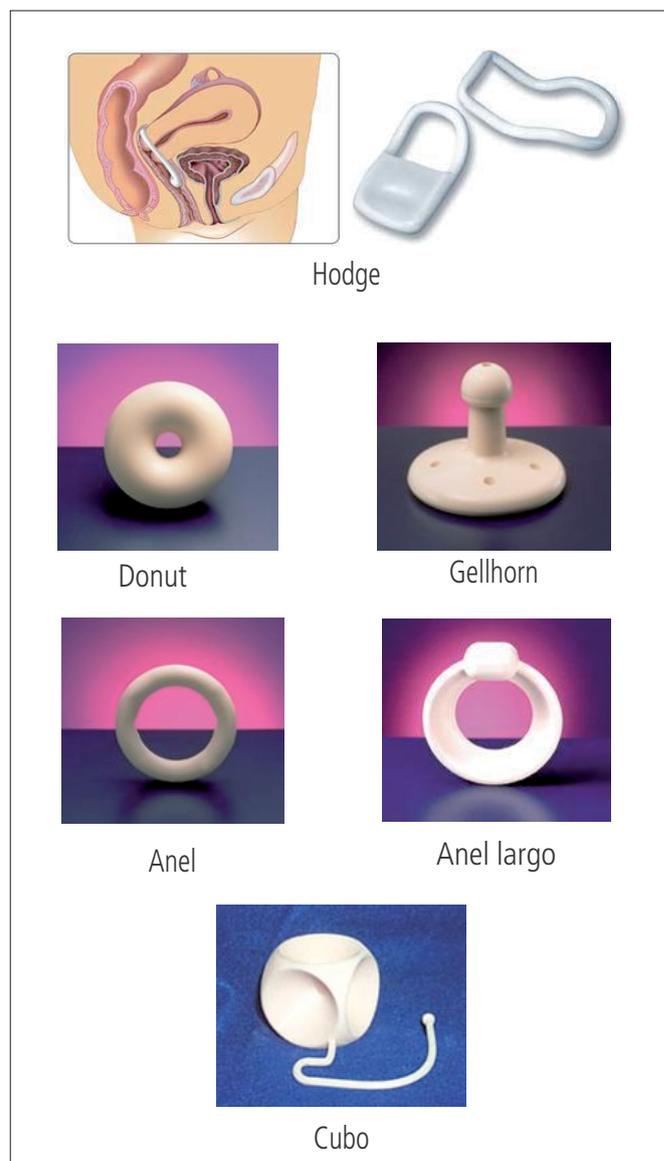


Figura 3 - Modelos de pessários.

verificar o tamanho do pessário e o uso de lubrificantes pode prevenir essas complicações²⁰ (B).

Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico está indicado se a condição causar algum sintoma ou disfunção que interfira nas atividades normais da paciente. Pacientes com pequenos prolapso não associados a outras anormalidades ginecológicas e sem manifestações clínicas, ao invés de serem imediatamente submetidas ao tratamento cirúrgico devem ser acompanhadas quanto à evolução.

O objetivo da terapêutica cirúrgica é aliviar os sintomas, restaurar a anatomia e corrigir alterações funcionais quer sejam sexuais, eventual incontinência urinária ou fecal. Nas mulheres jovens, em idade reprodutiva que desejam procriar, indicam-se cirurgias conservadoras, preservando o útero. Em todas as demais, preconizam-se as cirurgias radicais³ (A). Entre as técnicas operatórias compatíveis com a manutenção da função reprodutora, destaca-se a operação de Manchester. Dentre as cirurgias incompatíveis com a função reprodutora, assinalam-se a histerectomia vaginal e a colpocleise. É importante informar que:

- 1) Nenhuma técnica cirúrgica tem eficácia total, sendo necessário também tratar os fatores etiológicos e agravantes, caso presentes, para redução das recidivas.
- 2) As pacientes devem ser muito bem informadas quanto à etiopatogenia dos prolapso e doutrinadas a participar ativamente na recuperação pós-operatória, evitando esforços físicos e identificando o surgimento de situações de risco, como tosse crônica e esforço evacuatório, a tempo de tratamento antes de eventual recidiva do prolapso ou falha cirúrgica²¹ (A).

Tipos de correção cirúrgica

- Colporrafia anterior: para tratamento de defeitos da parede vaginal anterior que provoquem manifestação clínica. As técnicas de colporrafia anterior geralmente envolvem a dissecação da mucosa vaginal em relação à fáscia pubovesicocervical. A seguir, a fáscia é suturada na linha mediana, dando suporte à bexiga e à uretra²¹ (A). Em casos de grandes prolapso, defeito lateral da fáscia ou em recidivas de prolapso, o uso de telas sintéticas pode ser indicado para uma melhor sustentação.

A *Food and Drug Administration* (FDA) americana, em 2008, publicou uma nota na qual, em virtude da divulgação de diversos casos de complicações de cirurgias com telas nos Estados Unidos, fazia recomendações aos médicos que se propunham a usá-las, tais como a necessidade de treinamento adequado e a imprescindível elaboração de consentimento informado com a paciente antes do procedimento²² (D).

- Reparo paravaginal: o defeito paravaginal (lateral) é caracterizado pelo destacamento da fáscia pubocervical do arco tendíneo da fáscia pélvica. O arco tendíneo da fáscia pélvica é uma condensação da fáscia que recobre a face medial do músculo obturador interno e levantador do ânus, estendendo-se do sulco lateral da vagina até a linha pectínea. A lesão desse tecido acarreta perda do ângulo uretrovesical, uretrocistocele e, com frequência, incontinência urinária de esforço⁶ (B). Pode ser uni- ou bilateral, variando na intensidade de lesão das fibras. A cirurgia está indicada para defeitos laterais da fáscia com herniação da bexiga. O objetivo dessa técnica é reconstruir a fáscia pubocervical em sua inserção no arco tendíneo. Faz-se uma sutura da fáscia em toda a extensão de sua inserção no arco tendíneo. Essa correção pode ser feita via abdominal ou vaginal, com ou sem uso de telas sintéticas^{3,18} (A, D).
- Colpoperineorrafia: indicada nos defeitos da parede posterior da vagina e corpo perineal. A técnica cirúrgica básica envolve a dissecação da mucosa vaginal até o nível superior à retocele; a seguir, a fáscia retovaginal é suturada na linha mediana. Os músculos elevadores do ânus podem ou não ser plicados na linha mediana para melhor reforço do septo retovaginal, no entanto, essa prática implica em cerca de 30% de dispareunia pós-cirúrgica²² (B).
- Operação de Manchester: essa cirurgia foi criada por Donald no Reino Unido, em 1888, para correção de prolapso uterino, e, posteriormente, sofreu alterações por Fothergill, 1908. A cirurgia inicial consistia em colporrafia anterior, colporrafia posterior e posterior amputação do colo uterino. Depois, Fothergill difundiu a técnica e passou a amputar o colo pela técnica de Schroeder e Shaw. Aplica-se no tratamento do prolapso uterino ou hipertrofia do colo uterino associado a defeito das paredes vaginais. Essa operação é mais simples e, por não necessitar de abertura da cavidade peritoneal, apresenta menor morbidade que a histerectomia vaginal, sendo mais indicada quando a paciente tiver idade mais avançada ou apresentar risco cirúrgico elevado. A técnica combina colporrafia anterior, amputação plana do colo uterino, fixação dos ligamentos cardinais anteriormente ao útero e colpoperineorrafia. Essa técnica está praticamente abandonada, nas pacientes com prole incompleta aumenta o risco de insuficiência istmo-cervical, assim como estenose cervical, impedindo ou dificultando procedimentos para investigação do canal cervical e da cavidade endometrial^{13,18} (D).
- Histerectomia vaginal: considerada a cirurgia de escolha nos casos de prolapso uterino em paciente sem desejo reprodutivo, é empregada nos casos de prolapso estádios III e IV, hoje é indicada também para os casos de prolapso uterino de

primeiro grau ou em úteros sem prolapso com indicação de histerectomia (mioma, adeniose).

Diversas técnicas são descritas para fixação dos paramétrios e ligamentos útero-sacros na cúpula vaginal, visando diminuir a incidência de prolapso de cúpula vaginal. Sempre que necessário, concomitantemente, deverão ser realizadas a colporrafia anterior e/ou a colpoperineorrafia¹⁸ (D).

- Correção cirúrgica de enterocele: se uma enterocele estiver presente, o tempo de dissecação da colpoperineorrafia deverá ser estendido até o seu local (fórnice vaginal posterior). O saco herniário deve ser dissecado até sua base, geralmente o fundo de saco de Douglas; seu conteúdo é reduzido, e o peritônio, suturado em bolsa na base, sendo o excedente ressecado. A seguir, a cúpula vaginal é recomposta por meio de sutura dos ligamentos útero-sacro na linha mediana, assim como toda a fásia retovaginal¹³ (D).
- Fixação no ligamento sacroespínho: a fixação da cúpula vaginal no ligamento sacroespínho foi originalmente descrita como bilateral, porém, pela maior probabilidade de lesão retal, a maioria dos cirurgiões prefere a fixação só no lado direito. Estudos avaliando os resultados da colpoplexia transvaginal no sacroespínho revelaram taxas iniciais de 90% de cura e manutenção de 80% após 4 anos de seguimento²³ (B). O sangramento é uma das complicações temidas, exigindo transfusão sanguínea em, aproximadamente, 2% dos casos. As causas incluem lesão da artéria e veia pudenda, veias perirretais ou sacrais. A fixação da cúpula vaginal no ligamento sacroespínho é efetiva, porém no seguimento a longo prazo, pode haver a recorrência do defeito, em especial do compartimento anterior. Acredita-se que a acentuada retroversão vaginal subsequente a fixação no ligamento sacroespínho, modificando o eixo da vagina, pode predispor ao surgimento da cistocele e da hiper mobilidade uretral²⁴ (B).
- Colpocleise ou operação de Le Fort: trata-se de técnica cirúrgica obliterativa empregada no tratamento do grande prolapso uterino e/ou de cúpula vaginal sintomáticos, em pacientes que não mais desejam ter vida sexual, de idade avançada e risco cirúrgico elevado. Uma faixa da mucosa vaginal anterior e outra da posterior são retiradas. A seguir, procede-se à sutura da parede anterior com a parede posterior da vagina, obliterando parcialmente seu lúmen, o que cria um septo largo entre as paredes anterior e posterior da vagina, proporcionando a sustentação uterina e da cúpula vaginal³ (A).
- Sacropexia infracocícea: A sacropexia infracocícea ou IVS posterior (*intravaginal slingplasty*) foi primeiramente descrita

por Petros, em 1997. O autor referiu como sendo cirurgia minimamente invasiva que baseia-se na colocação de uma faixa livre de tensão, na porção posterior da vagina, para a suspensão da cúpula vaginal, criando um neoligamento útero-sacral artificial, com mínima dissecação e tempo cirúrgico aproximado de 30 min. Após seguimento de 1 a 4,5 anos, o autor observou taxas de sucesso de 94% em 75 mulheres²⁵ (D).

- Utilização de telas: o objetivo principal das cirurgias das distopias do assoalho pélvico é reconstruir a anatomia corrigindo defeitos de fásias e/ou ligamentares. O material sintético é uma nova opção para a substituição de tecidos deficitários e lesados das mulheres portadoras de prolapso. Nos últimos anos, várias próteses biológicas e sintéticas destinadas a correção de prolapso vaginais foram desenvolvidas, e para a aplicação dessas telas foram também descritas muitas técnicas específicas²⁶ (B). Os conhecimentos relativos ao emprego de telas na correção de hérnias e defeitos de parede abdominal não podem, de maneira alguma, ser extrapolados ao emprego de telas na correção dos prolapso, quando a tela é inserida entre duas paredes de víscera, seja vagina e bexiga ou vagina e reto²⁷ (B). Ao se empregar uma tela, além das possíveis complicações comuns às cirurgias, adicionam-se vários potenciais riscos de complicações inerentes à presença da tela; como infecções graves, disfunção sexual com dispareunia persistente devido a enrijecimento da parede vaginal, fístulas genitourinárias, migração do material sintético para vísceras ocas (vagina e reto). Mais estudos quanto às características intrínsecas e biossegurança dos materiais sintéticos são necessários para se obter uma melhor definição das mulheres que realmente serão beneficiadas com o emprego de telas sintéticas. Hoje, os materiais sintéticos são indicados em casos muito específicos, como as recidivas após cirurgias convencionais, grandes prolapso em idosas ou nas mulheres com muitos fatores de risco para recidiva¹³ (D).

Conclusão

O prolapso genital é uma preocupação de saúde significativa para as mulheres. A avaliação deve focalizar os sintomas, sua correlação anatômica e seu efeito sobre a qualidade de vida da paciente. A escolha do tratamento cirúrgico ou não cirúrgico deve ser compartilhada, baseada em sintomas e avaliação de resultados baseados em evidência.

A pesquisa atual está focalizada na melhora dos resultados do tratamento. No futuro, um conhecimento maior dos fatores de risco modificáveis, como fisioterapia, obesidade, gravidez e o parto poderão permitir melhores oportunidades para prevenir a ocorrência do prolapso.

Leituras suplementares

- 1 Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1997;89:501-6.
- 2 Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association study. *J Obstet Gynaecol.* 1997;104:579.
- 3 Schorge JO, Halvorson LM, Bradshaw, KD, Schaffer JI, Hoffman BL, Cunningham, G. Prolapso de órgão pélvico. In: *Ginecologia do Williams*, John O. Schorge, et al. tradução: Celeste Inthy, et al; revisão técnica: Suzana Pessini. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 532-55.
- 4 Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000081.
- 5 Swift S, Woodman P, O'Boyle, Kahn M, Valley M, Bland D, et al. Pelvic Organs Support Study (POSS): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:795.
- 6 Carley ME, Schaffer J. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women with Marfan or Ehlers Danlos Syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:1021.
- 7 Schaffer JI, Wai CY, Borecham MK. Etiology of pelvic organ prolapse. *Clin Obstet Gynecol.* 2005;48:639.
- 8 Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Obstet Gynecol.* 1996;87(5 pt 1):715.
- 9 Burgio KL, Mattheus KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *J Urol.* 1991;146:1255.
- 10 Benson JT. Urogynecology and pelvic reparative surgery. Vol. V, *Atlas of clinical gynecology*. Morton A Stenchever, editor; 1998.
- 11 Petros PEP. *The female pelvic floor: function, dysfunction and management according to the integral theory*. 2nd ed. Springer; 2007.
- 12 Bump RC, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, Shull BL, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:10.
- 13 Laranjeira CLS, Lima RSBC, Géo MS. Prolapsos genitais. In: *Manual de Ginecologia e Obstetria – SOGIMIG*, Coopmed, 2012. p. 423-37.
- 14 DeLancey JOL. Functional anatomy of the pelvic floor and urinary continence mechanism. In: Schüssler B, Laycock J, Norton P, Stanton S, editors. *Re-pelvic floor education* London. Spring-Verlag. 1994;9-21.
- 15 Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(2):CD003882.
- 16 Uustal Fornell E, Wingren G, Kjolhede P. Factors associated with pelvic floor dysfunction with emphasis on urinary and fecal incontinence and genital prolapse: an epidemiological study. *Acta Obst and Gynecol Scand.* 2005;83(4):383-9.
- 17 FitzGerald MP, Kulkarni N, Fenner D. Postoperative resolution of urinary retention in patients with advanced pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183:1361.
- 18 Martins SB, Arruda RM, Lima GR, Baracat, EC, Sartori, MGF, Girão, MJBC. Distopias genitais. In: *Uroginecologia e cirurgia vaginal* [Internet]. 2006 [cited 2012 Jan 03]. Available from: www.uroginecologia.com.br
- 19 Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Obstet Gynecol Surv.* 1949;4(1):154.
- 19 Cundiff GW, Weidner AC, Visco AG, Bump RC, Addison WA. A survey of pessary use by the membership of the American Urogynecologic Society. *Obstet Gynecol.* 2000;95:931.
- 20 Brubaker L, Glazener C, Jaquetin B et al. Surgery for Pelvic Organ Prolapse. In *Incontinence*. Abrams P, Cardozo L, Khoury A, Wein A, editors. 4th ed. 2009:1273-320.
- 21 Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR, Ballard LA. Anterior colporrhaphy: a randomized trial of three surgical techniques. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:1299. Discussion 1304.
- 22 Food and Drug Administration. Public Health Notifications. [cited 2009 Feb 5]. Available from: <http://www.fda.gov/cdrh/safety/102008-surgicalmesh.html>
- 23 Silva WA, Pauulks RN, Segal JL, Rooney CM, Kleeman SD, Karram MM. Uterosacral ligament vault suspension: five years outcomes. *Obstet Gynecol.* 2006;108:255.
- 24 Lovatsis D, Drutz HP. Safety and efficacy of sacrospinous vault suspension. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2002;13:308-313.
- 25 Petros PE. Vault prolapse II: restoration of dynamic vaginal supports by infracoccygeal sacropepexy, an axial day-case vaginal procedure. *Int Urogynecol J. Pelvic Floor Dysfunct.* 2001;12:296-303.
- 26 Bader G, Fauconnier A, Guyot B, Ville Y. Utilisation de matériax prothétiques dans la chirurgie réparatrice des prolapsus pelviens. Analyse factuelle das connaissances. [Use of prosthetic materials in reconstructive pelvic floor surgery. An evidence-based analysis]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2006;34:292-7.
- 27 Birch C. The use of prosthetics in pelvic reconstructive surgery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005;19:979-91.