

Capítulo 11

PROLAPSOS GENITAIS

ANDREIA COSTA CHAMAS¹
MARJORY ASSIS PEDROSA DE SOUZA¹
MEL BOLDRIM ZIMMER¹
VALENTINA CHAGAS MANCEBO SANTOS¹
INGRIDY MARIA OLIVEIRA FERREIRA²
GABRIELA QUEIROZ CAMPELO²
CAROLINE PANONE LOPES³

1. Discente - UNISA- Universidade de Santo Amaro
2. Discente - Centro Universitário de Brasília
3. Orientador

Palavras-chave: Prolapsos genitais, POP, Órgãos Pélvicos

INTRODUÇÃO

O prolapso genital, também conhecido como prolapso de órgãos pélvicos (POP), é definido como o descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior e do ápice da vagina (útero ou cúpula vaginal em mulheres histerectomizada), segundo a Associação Uroginecológica Internacional (IUGA) e a Sociedade Internacional de Continência (ICS)¹. Determinar a incidência de POP não é uma tarefa fácil, uma vez que diversas mulheres não procuram atendimento médico, porém, a prevalência pode variar de 3-6% quando diagnóstico é baseado apenas na sintomatologia, e até 50% quando baseado no exame físico, globalmente². A chance de ter um prolapso genital aumenta com a idade, tendo o seu pico em mulheres entre 70 e 79 anos e, portanto, à medida que a expectativa de vida mundial aumenta, aumentará consequentemente a incidência de prolapso³.

O principal fator de risco associado a prolapso genitais é a paridade, sendo relacionado principalmente ao primeiro parto vaginal, aumentando as chances em cerca de 10 vezes. Os aspectos ligados ao parto que contribuem para um maior risco são período expulsivo prolongado, uso de fórceps e aumento do peso do bebê ao nascer⁴. Outros fatores associados incluem idade acima de 60 anos, obesidade (aumento de 40-50%), aumento da pressão intra abdominal e esforço crônico (como constipação intestinal, tosse crônica por DPOC e levantamento de peso), doenças genéticas que causem alteração do colágeno ou elastina (como Síndrome de Marfan e Síndrome de Ehlers-Danlos), etnia (risco maior em mulheres latinas e brancas) e história familiar¹.

FISIOPATOLOGIA

Em 1992, John DeLancey demonstrou que a vagina é mantida através de três níveis de sustentação. O nível I inclui os ligamentos útero-sacrais e cardinais, que sustentam o colo do útero e a parte superior da vagina, ligando-os ao sacro e à parede lateral pélvica. O nível II é composto pela fáschia pubocervical e a fáschia retovaginal, que se fixam ao arco tendíneo da fáschia pélvica e ao arco tendíneo retovaginal. Por fim, o nível III abrange os músculos do assoalho pélvico, principalmente os músculos levantadores do ânus⁵. Essas estruturas agem em conjunto para manter a integridade da sustentação pélvica e, quando algum desses níveis entra em desordem, ocorre o prolapso de órgão pélvico.

Dessa forma, o prolapso genital pode ocorrer por diversas causas, porém, a principal é a perda de suporte da região pélvica, causada pela falha dos ligamentos, músculos e/ou tecido conjuntivo da região. Dependendo da parede vaginal que sofre descenso, há algum outro órgão que pode prolapsar, sendo a bexiga associada a parede anterior (chamado de cistocele), o reto associado a parede posterior (retoccele) e o útero e/ou o intestino delgado associado a parede apical (prolapso uterino e enterocele)⁶.

QUADRO CLÍNICO

A queixa mais comumente referida pela paciente com prolapso genital é a sensação de peso ou “bola na vagina”⁷. Os sintomas dependem da região acometida. Geralmente quando o POP está localizado na parede vaginal anterior, os sintomas estão relacionados com a micção, como incontinência e retenção urinária. Quando localizado na parede vaginal posterior, as queixas estão relacionadas a disfunções da defecação, como constipação ou incontinência

fecal. Os sintomas gerais são sensação de peso, desconforto, dor vaginal, dor lombar, desconforto abdominal, dor e insatisfação durante ato sexual⁸.

Esses sintomas possuem grande impacto na vida das mulheres, afetando diretamente na vida sexual, na realização de suas atividades diárias e desportivas e na autopercepção da imagem corporal, podendo causar frustração, ansiedade, tristeza e depressão nas mulheres acometidas⁹.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de prolapso genital é definido com base na anamnese e no exame físico da paciente em posição ginecológica e com realização da manobra de Valsalva. Os exames complementares incluem a ressonância magnética e a ultrassonografia transvaginal ou transabdominal, que avaliam, respectivamente, as estruturas ligamentares e musculares, e avulsão do levantador do anus, bem como o descenso do colo vesical e dos órgãos pélvicos¹.

ESTADIAMENTO

Segundo a Sociedade Internacional de Continência, o estadiamento do prolapso genital é feito através de um teste objetivo chamado POP-Q, que avalia o grau do prolapso a partir de pontos e medidas pré definidos da anatomia feminina. A posição de cada estrutura pélvica é avaliada de acordo com a sua distância de um ponto fixo, o hímen. Os pontos estabelecidos serão positivos quando localizados abaixo do hímen, negativos quando acima do hímen e no ponto zero quando estiverem na altura do hímen¹⁰.

Nesse sentido, temos seis pontos e três segmentos delimitados: Dois pontos na parede anterior da vagina (pontos A e B anterior- "Aa" e "Ba"), dois pontos na parede vaginal superior

(pontos C e D) e dois pontos na parede posterior da vagina (pontos A e B posterior- "Ap" e "Bp"). Os segmentos incluem o Comprimento Vaginal Total (CVT), o Hiato Genital (ponto médio do hiato uretral até o ponto posterior da fúrcula vaginal) e o Corpo Perineal (parte posterior do hiato vaginal até o anus).

A localização ideal de cada ponto deve ser considerada para realizar o estadiamento. Os pontos Aa e Ba devem estar em -3 centímetros, sendo o ponto Ba o maior ponto de prolapso, equivalente ao Comprimento Vaginal Total quando totalmente prolapsado. O ponto C corresponde a maior distância até o colo uterino (ou cúpula vaginal em mulheres histerectomizadas) e o ponto D é localizado no fórnice vaginal posterior, no nível de inserção dos ligamentos útero-sacrais, sendo ambos com comprimento entre CVT e CVT-2 centímetros. Já os pontos Ap e Bp são análogos ao Aa e Ab, também sendo encontrados normalmente a -3 centímetros¹¹.

Sendo assim, deve-se observar qual é o ponto de maior prolapso pela realização da manobra de Valsalva. A partir disso, classificamos os prolapsos em:

- Estágio 0: Ausência de prolapsos, com pontos Aa, Ba, Ap e Bp à -3 centímetros e pontos C e D entre CVT e CVT- 2 centímetros do hímen
- Estágio 1: Ponto de maior prolapso está a -1 centímetro do hímen
- Estágio 2: Ponto de maior prolapso está entre -1 e +1 centímetro do hímen
- Estágio 3: Ponto de maior prolapso está mais que +1 centímetro do hímen
- Estágio 4: Significa que há saída total do órgão prolapsado.

TRATAMENTO

Está indicado para mulheres sintomáticas ou que apresentam alguma complicação, a fim de evitar a progressão do prolapso¹.

Tratamento Conservador

Fisioterapia

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico limita o prolapso leve e alivia os sintomas, sendo indicado para prolapso de estágios I e II. Entretanto, não há benefícios para prolapso avançados³.

Pessário

É recomendado para prover suporte estrutural a qualquer defeito apresentado no assoalho pélvico (exceto defeito distal), para pacientes inaptas, no aguardo ou que não querem cirurgia e mulheres que ainda querem ter filhos. Antes de sua indicação, fatores de risco para a falha de inserção devem ser considerados como obesidade, cirurgia reconstrutiva pélvica prévia e prolapso avançado. Para pacientes na pós-menopausa, é recomendado preparo prévio da mucosa vaginal com cremes à base de estrogênio e sua manutenção após a introdução¹. Caso não haja sintomas adversos como corrimento, dor ou sangramento, os pessários devem ser trocados de 9 a 12 meses e se ocorrer atrofia, o creme tópico de estrogênio deve ser aplicado duas vezes por semana e o pessário deve ser trocado com mais frequência³. Algumas causas foram citadas como motivo de abandono do pessário como dor, sendo a principal delas, além de fissuras vaginais, desconforto, leucorreia e retenção urinária são algumas das causas do abandono do uso dos pessários¹. Caso não haja sintomas adversos, os pessários devem ser trocados de 9 a 12 meses e se ocorrer atrofia, o creme tópico de estrogênio deve ser aplicado

duas vezes por semana e o pessário deve ser trocado com mais frequência.

Tratamento Cirúrgico

O tratamento cirúrgico é sugerido na falha do pessário, para pacientes que desejam o tratamento definitivo e para prolapso combinados com incompetência do esfíncter uretral ou incontinência fecal. Seu objetivo é o alívio dos sintomas, restauração anatômica, preservação do coito e para continência urinária e anal. Cuidados pré operatórios considerados são se a mulher é sexualmente ativa antes de considerar a cirurgia vaginal, pois isso pode alterar a escolha da cirurgia. Outros fatores que influenciam a escolha da cirurgia são a aptidão do paciente e a preferência do cirurgião. Algumas recomendações pós operatórias são importantes como evitar levantar pesos após a cirurgia e evitar relações sexuais por 6 a 8 semanas³.

Tratamento do Compartimento Anterior

A colporrafia anterior é indicada para prolapso de uretra e bexiga e tem como objetivo o uso de telas ou tecido nativo para diminuir as recidivas da cirurgia, além da correção sítio-específica.[3] Já a Colpossuspensão: é uma opção de tratamento para a incontinência do esfíncter uretral associada a cistouretocele de 2º ou 3º grau¹.

Tratamento do Compartimento Intermediário

A histerectomia é o tratamento de escolha para prolapso uterinos, podendo ser associado a reparo anterior ou posterior se houver cisto ou retocele. Já a sacro-histeropexia está aconselhada às pacientes que desejam manter o útero, quando ocorre falha no tratamento conservador em pacientes nulíparas/jovens/saudáveis, para pacientes com anomalia congênita ou para as que recusam a histerectomia.

Tratamento do Compartimento Posterior

Tem como primeira via a colporectomia posterior para reparo do defeito transversal que reduz o hiato genital alargado³. Entretanto, pode estar associado à dispareunia¹.

Tratamento do Compartimento Apical

Em prolapsos sintomáticos, o tratamento cirúrgico pode ser obliterativo ou reconstitutivo.

No tratamento reconstitutivo, a correção do defeito apical inclui o tratamento do prolapso

de cúpula ou do útero, realizado via abdominal ou vaginal. As formas mais comuns de tratamento obliterativo do compartimento apical são a parcial (Le Fort) e completa (colpectomia). Suas vantagens estão relacionadas à anestesia local, menor morbidade perioperatória, menor perda sanguínea e recuperação mais rápida das pacientes. Todavia, está associado à impossibilidade de manter coito vaginal após a cirurgia, portanto, está indicado às pacientes que não desejam mais exercer função sexual plena¹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FEBRASGO. Prolapsos dos órgãos pélvicos. Protocolo FEBRASGO- Ginecologia, n.51, p. 1-20, 2021.
2. BARBER, M. D.; MAHER, C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*, v. 24, n. 11, p. 1783–1790, 2013. DOI: 10.1007/s00192-013-2169-9.
3. THAKAR, R. Regular review: Management of genital prolapse. *BMJ*, v. 324, n. 7348, p. 1258–1262, 2002. DOI: 10.1136/bmj.324.7348.1258.
4. QUIROZ, L. H. *et al.* Vaginal parity and pelvic organ prolapse. *The Journal of reproductive medicine*, v. 55, n. 3-4, p. 93–8, 2010.
5. ARENHOLT, L. T. S. *et al.* Paravaginal defect: anatomy, clinical findings, and imaging. *International Urogynecology Journal*, v. 28, n. 5, p. 661–673, 2016. DOI: 10.1007/s00192-016-396-3.
6. ONWUDE, J. L. Genital prolapse in women. *BMJ clinical evidence*, v. 2012, p. 0817, 2012.
7. BRITO, L. G. O. *et al.* Prolapso dos órgãos pélvicos. Protocolo FEBRASGO – Ginecologia, v. 47, n. 1, p. 42-45, 2019.
8. COELHO, V. M. *et al.* Fisioterapia Em Mulheres Com Prolapso Genital E Incontinência Urinária: Revisão De Literatura. *Revista Unilus Ensino e Pesquisa - Ruelap, Santos*, v. 17, n. 46, p. 134-142, 2020.
9. CARROLL, L. *et al.* Pelvic organ prolapse: The lived experience. *PLOS ONE*, v. 17, n. 11, p. e0276788, 2022. DOI: 10.1371/journal.pone.0276788.
10. BUMP RC. *et al.* The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 175, n. 1, p. 7-10, 1996. DOI: 10.1016/s0002-9378(96)70243-0.
11. HORST, W.; SILVA, J. C. Prolapsos de Órgãos Pélvicos: Revisando a Literatura. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 45, n. 2, p. 91-101, 2016.