

PROLAPSO GENITAL

RICARDO JOSÉ DE SOUZA, FABRÍCIO CARRERETE

Introdução

Prolapso dos órgãos pélvicos é a perda da sustentação de um ou mais compartimentos que compõe o assoalho pélvico, causando a projeção dos mesmos através da vagina. Anatomicamente é definido como a descida ou exteriorização de uma ou mais partes da parede anterior da vagina (cistocele e/ou uretrocele e defeitos paravaginais), da parede posterior da vagina (retocele) ou apical (útero ou cúpula vaginal após histerectomia) (Haylen et al., 2016).

Com o aumento da expectativa de vida, acredita-se que haverá um aumento dos casos sintomáticos de prolapsos genitais, visto que estes estão diretamente relacionados ao aumento da idade. A prevalência de ao menos um distúrbio do assoalho pélvico na população americana é de 23,7% e aumenta mais de 50% se considerarmos mulheres acima de 80 anos. Nesta idade, uma em cada 5 mulheres tem a probabilidade de ser submetida à cirurgia para correção de prolapso genital (Hallock e Handa, 2016).

Utilizando a taxa de prevalência obtida a partir do Pelvic Floor Disorders Network (PFDN), Wu et al. estima que entre o ano de 2010 e 2050 ocorrerá um aumento de 46% no número de mulheres com prolapso genital. O número de mulheres com ao menos um distúrbio do assoalho pélvico aumentará de 28,1 milhões para 43,8 milhões neste mesmo período (Wu et al. 2009).

A cirurgia reconstrutiva para o prolapso dos órgãos pélvicos permanece um desafio para os cirurgiões, particularmente na recorrência. O conhecimento da anatomia pélvica e das técnicas cirúrgicas reduzem, porém, não impedem, as recorrências.

Anatomia

A vagina é um espaço virtual que contém a parte inferior do útero (colo), comunicando este com o meio externo. Mede, em média, entre 9 a 10 cm do anel himenal até o fórnix posterior. Encontra-se intimamente conectada à bexiga e uretra, anteriormente e posteriormente ao reto. Alguns

autores acreditam que esses órgãos estão envoltos em um tecido conectivo denominado “fáscia”, outros discordam. Existem dois tipos de fáscia: parietal e visceral. A primeira recobre os músculos esqueléticos e os conectam aos ossos pélvicos. A segunda, envolve as vísceras pélvicas criando “espaços” que permitem a acomodação para expansão e contração destes órgãos. Vasos sanguíneos, linfáticos e nervos percorrem estes espaços (Weber e Walters 1997).

O suporte do assoalho pélvico é mantido, em sua maior parte, pelas interações dinâmicas entre músculos e tecidos de sustentação conectados aos ossos pélvicos. Estes consistem em 5 componentes: ossos do quadril (ísqiuo, íleo e púbis), sacro e cóccix.

A pelve é dividida em verdadeira e falsa, sendo a última localizada acima da linha ileopectínea. A primeira é mais relevante para o suporte do assoalho pélvico. Nesta, os ligamentos sacrotuberosos e sacroespinhosos se conectam, bilateralmente, da tuberosidade isquiática e espinha isquiática ao sacro, respectivamente. Juntos, estes ligamentos têm importante contribuição na estabilidade pélvica.

A porção muscular do assoalho pélvico é composta do músculo coccígeo e elevadores do ânus. Este último é dividido didaticamente em três porções: pubocccígeo, puboretal e ileococcígeo. Juntos compõe o diafragma pélvico. A parede lateral da pelve é formada pelo músculo piriforme e obturador interno (Maldonado e Wai, 2016).

O suporte uterino é fornecido pelos ligamentos cardinais que lateralmente conectam o útero, na altura do istmo útero-cervical, à parede pélvica lateral. Os ligamentos uterossacos (direito e esquerdo) encontram-se posteriormente ao útero e o conectam inferiormente ao sacro. Em sua porção anterior, o útero, é conectado ao púbis por um par de ligamentos, extensão deste tecido, o ligamento pubo-vesico-uterino. O conjunto de 3 pares de ligamentos formam um anel fibroso pericervical (Petros e Ulmsten 1990).

Níveis de DeLancey:

DeLancey descreveu, baseado em dissecação de cadáveres, a base estrutural de sustentação da vagina. Dividindo esta em três níveis (DeLancey, 1992):

Nível I: terço apical da vagina, cuja sustentação se dá pelos paracolpos, fibras que são continuação dos paramétrios laterais e ligamentos uterossacos.

Nível II: terço medial da vagina, sustentada lateralmente por sua fixação ao arco tendíneo da fásia pélvica e fásia dos músculos elevadores do ânus.

Nível III: terço distal da vagina, onde esta se funde com a membrana perineal, músculos elevadores do ânus e corpo perineal.

A descrição anatômica do prolapso genital é feita por um criterioso exame clínico da genitália e do canal vaginal. Os termos cistocele, retocele e enterocele, são utilizados há anos para identificar o sítio da distopia, porém, têm sido evitados, pois nem sempre refletem a real natureza do órgão afetado. Os termos prolapso de parede anterior, posterior e apical têm sido mais regularmente utilizados para se referir a região afetada.

O sintoma que se correlaciona mais frequentemente ao prolapso genital é a sensação ou visualização de algo se exteriorizando pela vagina, protrusão ou “bola” na vagina, tendo uma relação extremamente forte com a gravidade do prolapso. Quando a parede vaginal alcança o hímen ou vai além, 70% das mulheres reclamam do problema. Noventa por cento reclamam quando o prolapso encontra-se 1 a 5 centímetros além do hímen. Porém, trinta por cento das mulheres sem prolapso também reclamam de algum incômodo associado à sensação de protrusão vaginal (Ghetti, 2004).

Alguns critérios devem ser observados durante o exame da paciente, deve ser anotado o maior prolapso durante manobra de valsalva ou esforço; a tração do órgão não deve causar uma maior descida da parede vaginal; o exame com a paciente em pé deve ter a mesma dimensão de prolapso durante a aferição. (Figura 1)



Fig. 1: Avaliação do prolapso genital.

Vários fatores podem interferir na medida do prolapso, como a posição da paciente, o espéculo utilizado, o conteúdo retal e vesical e, eventualmente, o horário em que a paciente foi examinada, pois com o passar do dia, pode haver, teoricamente, o agravamento do prolapso. Porém, essa comprovação ainda não foi possível. Não obstante, não é raro perceber uma modificação importante do exame realizado no ambulatório daquele no centro cirúrgico com a paciente anestesiada.

Diversas formas de quantificação do prolapso foram descritas. Uma das mais utilizadas foi descrita por Baden e Walker em 1972. Consistia em uma avaliação subjetiva (Baden, 1972):

Grau zero: quando não há evidência de prolapso;

Grau I: quando o colo uterino ou cúpula vaginal pode ser identificado entre sua posição normal e altura das espinhas isquiáticas;

Grau II: quando aquelas estruturas são identificadas entre as espinhas e o intróito vaginal;

Grau III: quando ultrapassa o intróito vaginal.

Classificação de POP-Q:

Mais atualmente o sistema de quantificação do prolapso dos órgãos pélvicos POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification*) tem sido utilizado. Devido à sua capacidade de quantificar metricamente o prolapso, identificar o sítio afetado e possibilidade de comparação mais precisa, o POP-Q tem sido cada vez mais utilizado como método de avaliação do prolapso antes e após o tratamento (Haylen et al., 2016).

Esse sistema utiliza o anel himenal como ponto fixo de referência, sendo este o ponto *zero*. Toda estrutura que se encontra acima (direção cranial), recebe um valor negativo e toda estrutura abaixo (caudal) recebe valores positivos. São utilizados seis pontos de referência para realizar as medidas:

Aa: ponto situado na linha média da parede anterior da vagina, a 3 cm do óstio uretral. Coincide com a junção uretro-vesical. Esse ponto pode variar de -3 a +3, por definição.

Ba: também na parede anterior da vagina, corresponde ao ponto mais distal da parede anterior da vagina. Portanto é um ponto variável, que pode ser encontrado desde o ponto Aa até o fórnix anterior da vagina ou cúpula vaginal quando não houver útero. Este ponto, por definição, corresponde a -3 (coincide com ponto Aa) na ausência de prolapso.

C: corresponde ao ponto mais distal (também variável) do limite do colo uterino ou cúpula vaginal (ausência do útero).

D: corresponde ao ponto mais distal do fórnix posterior (fundo de saco de **Douglas**) nas pacientes que têm útero. Representa o ponto de inserção no útero dos ligamentos uterossacosos. Esse ponto tem importância na diferenciação do alongamento hipertrófico do colo uterino com os defeitos apicais. Pois quando há uma diferença muito grande entre este e o ponto C, temos uma indicação de alongamento do colo uterino. Este ponto é omitido quando a paciente não tem útero.

Ap: localizado na linha média da parede posterior da vagina, análogo ao ponto Aa, situa-se a 3 cm do anel himenal. Podendo variar de -3 a +3.

Bp: Na parede posterior da vagina, configura-se o ponto mais distal desta, podendo variar do ponto Ap ao fórnix posterior da vagina. Por definição, na ausência de prolapso, seu valor é -3.

GH (*Genital Hiatus*): Hiato genital, medida de valor absoluto, valor encontrado tomando-se como referência o ponto central do meato uretral estendendo-se até a porção posterior do anel himenal ou início do corpo perineal, quando aquele não pode ser identificado.

PB (*Perineal Body*): Corpo perineal, medida também de valor absoluto, é aferido a partir do final do hiato genital até a porção medial do orifício anal.

TVL (*Total Vaginal Length*): comprimento total da vagina, é a medida da maior profundidade da vagina em centímetros, após a redução do prolapso.

Uma tabela 3x3 é utilizada para anotar e visualizar as medidas realizadas:

Aa	Ba	C
GH	PB	TVL
Ap	<u>Bp</u>	D

A partir de tais medidas, podemos classificar o prolapso em estágios:

Estágio zero: Ausência de prolapso;

Estágio I: Quando a medida está 1 cm ou mais acima do anel himenal;

Estágio II: Quando a medida está entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do anel himenal;

Estágio III: Quando a medida está 1 cm abaixo do anel himenal, porém menor que 2 cm do comprimento total da vagina; e

Estágio IV: Quando a medida está entre 2 cm do comprimento total da vagina e a sua eversão completa.

Fatores de Risco (MacLennan, 2000):

- a. Demográficos: idade e pós-menopausa;
- b. Obstétricos: paridade, parto vaginal e fórcepe;
- c. Cirurgias pélvicas: histerectomia, cirurgias prévias para prolapso, colposuspensão.

d. Disfunção intestinal: Constipação crônica, dificuldades na defecação.

e. Doenças do colágeno: Síndrome de Marfan, Ehlers-Danlos.

f. Estilo de vida: Obesidade, tabagismo (DPOC), exercícios de alto impacto (aumento da pressão abdominal), profissional (trabalho manual com peso excessivo).

g. Genético: História familiar, raça branca e asiática.

Prolapso da parede anterior (cistocele)

O termo “cistocele” tem sido utilizado tradicionalmente para designar o defeito da parede anterior da vagina, visto que esta está em íntimo contato com a bexiga. Porém, a *International Continence Society* (ICS) prefere utilizar o termo prolapso de parede anterior, pois o exame físico não é suficiente para determinar exatamente as estruturas que estão acometidas pelo defeito (Haylen, 2016).

Pode ser central ou lateral. Os defeitos centrais podem ser da linha média, com ruptura central da fáschia ou transversal, quando a fáschia pubocervical se rompe da cúpula da vagina ou dos paramétrios. Os defeitos laterais ou paravaginais ocorrem por ruptura da fáschia pubocervical e ligamentos pubouretrais do arco tendíneo da fáschia pélvica (Parker-Autry, 2016). São frequentes e representam 66% dos defeitos da parede anterior. Quando a mulher apresenta prolapso da parede anterior e/ou incontinência urinária pode chegar a 90% a incidência de defeitos laterais (Petros e Ulmsten, 1990).

Clinicamente a diferença mais evidente entre os defeitos paravaginais e centrais se dá pela apresentação da rugosidade da vagina. No primeiro a rugosidade costuma permanecer enquanto no segundo, ocorre a perda da rugosidade pela distensão do tecido.

Prolapso da parede posterior (retocele)

É o prolapso da parede posterior da vagina, podendo acometer o reto ou intestino delgado. Causado por um defeito sítio específico da fáschia retovaginal ocasionando um relaxamento da parede vaginal e herniação daquelas estruturas (Haylen et al. 2016).

Pode ocorrer no terço superior (retocele alta), terço médio (retocele média) e terço distal (retocele baixa). A retocele alta ocorre por defeito dos ligamentos uterossacros ou cardinais; as do-

enças do terço médio são geralmente causadas pela desinserção do tecido do arco tendíneo da fáscia pélvica, enquanto os defeitos distais, ocorre em decorrência da desinserção da fáscia retovaginal do corpo perineal.

Prolapso apical

Prolapso apical ocorre com a descida do útero ou cúpula vaginal (naquelas mulheres submetidas previamente a histerectomia) e raramente o colo uterino isoladamente (Betschart et al., 2015). Ocorre uma perda da sustentação dos ligamentos uterossacros e cardinais (anel pericervical). Pode ser um defeito isolado, porém na maior parte das mulheres está associado ao prolapso da parede anterior (Parker-Autry, 2016).

Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico pode ser realizado por via abdominal ou vaginal. O primeiro, através de laparotomia, laparoscopia ou robótica. A histerectomia pode ou não fazer parte do procedimento, dependendo da técnica utilizada. Estudos recentes têm falhado em demonstrar que a realização da histerectomia durante o tratamento do prolapso genital tem melhor resultado, não havendo, no momento, evidências sobre a eficácia e segurança da preservação uterina no tratamento do prolapso (Gutman et al., 2008).

Acesso via vaginal

Histerectomia

A histerectomia realizada concomitante ao tratamento do prolapso vaginal é tradicionalmente realizada em diversos serviços, mesmo quando o útero é sadio. A realização da histerectomia promove o acesso à cavidade intraperitoneal pélvica, e assim, aos ligamentos uterossacros, facilitando uma fixação alta da vagina. Reduz potencialmente o risco da paciente vir a ser acometida do câncer de colo uterino e endométrio. Porém, recentemente os procedimentos conservadores vem ganhando popularidade. A histeropexia tem se mostrado vantajosa na redução da perda sanguínea durante o procedimento, tempo cirúrgico e retorno mais rápido às atividades cotidianas. Em um estudo randomizado, comparando a histerectomia vaginal com a histeropexia no ligamento sacro-espinhoso, não foi evidenciado inferioridade neste último nos resultados anatômicos (Gutman et al., 2008). Portanto, apesar de realizada na maioria dos casos de prolapso genital, a histerectomia tem sido alvo de críticas e os procedimentos conservadores têm ganhado mais relevância.

Colporrafia anterior

Como descrito anteriormente, os defeitos da parede anterior podem ser da linha média (central e transversal) e/ou paravaginal.

A colporrafia utiliza o tecido nativo para dar suporte no tratamento do prolapso. A camada de fibras musculares e adventícia que separam a bexiga da vagina é identificada e dissecada com uma incisão longitudinal na mucosa vaginal. Pode ser previamente realizada a hidrodissecção, usualmente com uma solução de adrenalina, na concentração de 1:200.000U, diluída em soro fisiológico a 0,9%, associado ou não a lidocaína 1%, para facilitar a dissecção correta do plano anatômico e reduzir o sangramento. Após a incisão, a dissecção é realizada lateralmente com a tesoura. Nesse momento o assistente pode realizar uma contração do tecido, mantendo a bexiga tracionada medialmente, com a finalidade de facilitar a identificação dos planos. Então, após alcançar o ponto desejado, o tecido sob a bexiga é suturado na linha média, podendo realizar mais de uma camada de sutura, que pode ser realizada com fios absorvíveis ou não. A mucosa vaginal excedente é retirada e então, a mucosa residual é suturada sobre a plicatura da bexiga. Há inúmeras variações descritas na técnica e não há evidência científica de melhor resultado de uma ou outra (Weber e Walters, 1997).

Os defeitos paravaginais decorrem do destacamento da região lateral da vagina do arco tendíneo da fáscia pélvica (linha branca - sulco anterolateral da vagina). O objetivo da sua correção é a reestruturação desta conexão. Inicialmente o procedimento segue a mesma técnica descrita acima, porém a dissecção se estende lateralmente até a região retropúbica, músculo pubocóccigeo e obturador interno. Assim, seguindo com o dedo anteriormente na porção posterior do osso púbico, o arco tendíneo pode ser identificado. É realizada a colporrafia tradicional, e então suturas permanentes são realizadas entre o arco tendíneo e a fáscia do tecido periuretral e lateral à bexiga. A mucosa vaginal é então suturada sobre o tecido (Weber e Walters, 1997).

Colporrafia posterior

O compartimento posterior da vagina contém o reto e ânus. Este pode apresentar prolapso da parede retal (retoceles), enterocele, sigmoidocele e lesão da musculatura perineal, associados ou não ao comprometimento de outros segmentos da vagina. Em geral são tratados de forma concomitante. Os primeiros são corrigidos com a dissecção da mucosa retovaginal e do espaço pararectal, o tecido defeituoso é identificado, para facilitar, pode-se utilizar um dedo no reto e promover sua elevação para o interior da vagina. É realizada então a plicatura do sítio defeituoso. O defeito na musculatura do assoalho pélvico pode ser corrigido pela miorrafia dos músculos elevadores do ânus. Porém

o procedimento é associado com dispareunia, redução do calibre e distorção vaginal, assim como dor no pós-operatório. Não sendo recomendado sua realização rotineiramente (Karram e Maher, 2013).

O sucesso anatômico ocorre em 83% das cirurgias e a dispareunia pós-operatória em 18% dos casos.

Culdoplastia de McCall

A culdoplastia, descrita por McCall em 1957, inicialmente descrita com a finalidade de tratar a enterocele, é atualmente utilizada durante a hysterectomia, ou após esta, no tratamento do prolapso apical, em virtude dos excelentes resultados obtidos na correção deste compartimento. O procedimento utiliza como suporte os ligamentos uterossacos. Podem ser utilizadas suturas permanentes (fio inabsorvível) ou temporárias (fio de absorção lenta). Os ligamentos são identificados, e uma primeira sutura realizada o mais distal possível, fixando a mesma na vagina, sem transfixá-la no caso de usar suturas permanentes. Além de fixar a cúpula vaginal, os ligamentos são aproximados medialmente, obliterando o fundo de saco, a fim de evitar ou tratar a enterocele. Uma ou duas suturas mais distais podem ser utilizadas empregando a mesma técnica. A cautela se dá com o ureter, pois este se encontra lateral e ventral ao ligamento e muito próximo deste nesta região. Alguns cirurgiões alegam que palpar o ureter lateralmente na pelve seria uma forma de evitar a transfixação ou angulação e obstrução do ureter. Outros advogam que a cistoscopia deveria ser feita de rotina durante o procedimento, pois se for observada a falta de patência de um ou dos dois ureteres, as suturas poderiam ser liberadas e refeitas em posição mais adequada (Webb et al., 1998).

Apesar de originalmente a cirurgia de McCall ter sido descrita durante ou após a hysterectomia, a histeropexia nos ligamentos uterossacos pode ser realizada, conservando o útero. Acessando a cavidade peritoneal através de culdotomia, os ligamentos são identificados na altura das espinhas isquiáticas, a mesma técnica acima descrita é utilizada, fixando os ligamentos na porção intraperitoneal do colo uterino e do ápice da vagina.

Manchester-Fothergill

Realizado pela primeira vez em Manchester, por Archibald Donald, que descreveu a amputação do colo uterino no tratamento do prolapso apical. Posteriormente modificado por William E. Fothergill em 1921 suturando os ligamentos cardinais no coto residual do colo uterino. Portanto a técnica atualmente utilizada é de Donald modificada por Fothergill, que consiste na dissecação da mucosa vaginal em torno do colo uterino, dissecação da mesma com elevação da bexiga, secção pla-

na (transversa) do colo uterino com fixação dos paramétrios no mesmo e posterior sutura da mucosa sobre o colo (Thys et al., 2011).

Frequentemente indicado nos casos de alongamento hipertrófico do colo uterino, associado ou não a prolapsos apicais. Diversos autores têm utilizado a técnica no tratamento dos prolapsos uterinos para preservação do útero. Quando comparado com a histerectomia vaginal, não houve diferença estatística na recidiva e houve menor perda sanguínea com a cirurgia de Fothergill (Paz-Levy et al., 2016).

Colpopexia ou histeropexia no ligamento sacroespínho ou complexo coccígeossacroespínho

A colpopexia é realizada preferencialmente na ausência do útero, ou porque durante o procedimento foi decidida a sua extração, ou a histerectomia foi realizada previamente.

O acesso do ligamento sacroespínho pode ser realizado anteriormente, dissecando o espaço paravesical, ou posteriormente, através da dissecação do espaço pararretal. Realizado por via abdominal ou laparoscópica. Quando o útero está presente, o ligamento é identificado e então, duas suturas são transfixadas no ligamento e estas fixados no útero, em sua face posterior, na altura da inserção dos ligamentos uterossacos. Na ausência do útero, a sutura é fixada na própria cúpula vaginal. Podendo ser interna, quando não transfixa a mucosa vaginal ou externa, quando a sutura transfixa a mucosa. Na primeira técnica, os fios utilizados devem ser preferencialmente inabsorvíveis, enquanto na segunda, os fios devem ser absorvíveis obrigatoriamente.

A melhora dos sintomas ocorre em 80-99% dos casos. Há um índice de falha anatômica de 2,4-19%, sendo a parede anterior da vagina a mais acometida na recorrência. Porém, quando se considera os sintomas, apenas 3-5% dos casos necessitam de tratamento (Paz-Levy et al., 2016).

Cura de enterocele

Enterocele é um achado comum nas pacientes com prolapso apical. Esta deve ser tratada para evitar injúrias ao seu conteúdo durante a cirurgia. O saco herniário é identificado, tracionado e dissecado por uma tesoura de Metzenbaum, da parede posterior da vagina. O excesso é excisado (Webb et al., 1998).

Outra opção de tratamento é o saco herniário ser incluído na sutura realizada na operação de McCall, evitando a necessidade de excisão do excesso de peritônio.

Colpocleise

É uma cirurgia obliterativa, isto é, ela serve para obliterar toda a genitália externa feminina, permanecendo somente o óstio uretral exposto para permitir a micção. Por motivos óbvios não deve ser indicada nas mulheres que pretendem manter relações sexuais. Em mulheres gravemente comprometidas clinicamente, em idade avançada ou que não têm condições de serem submetidas a uma cirurgia corretiva, pode ser uma opção, por ser uma técnica de realização rápida e com mínima morbidade.

Pode ser realizada na presença ou ausência de útero. Na presença do útero temos que ter o cuidado para afastar qualquer doença do colo ou corpo uterino. Principalmente da cavidade uterina. Métodos de imagem, como ultrassonografia transvaginal, e em alguns casos, a histeroscopia ou a dilatação e curetagem, podem ser utilizadas antes e durante a cirurgia, para afastar neoplasia maligna no endométrio.

A colpocleise parcial descrita por LeFort em 1877, pode ser realizada com anestesia local ou regional. Tracionando-se o colo uterino, a mucosa vaginal anterior e posterior é excisada por dissecação cortante e romba, permanecendo uma faixa lateral de mucosa, que servira como dreno das possíveis secreções uterinas. A seguir, o tecido restante é suturado sobre o colo uterino com fios absorvíveis de absorção lenta. A colporrafia posterior associada à miorrafia dos músculos elevadores do ânus pode ser realizada para dar maior suporte ao assoalho pélvico (FitzGerald et al., 2006).

Na ausência do útero o mesmo procedimento acima é realizado, porém, toda a mucosa vaginal é excisada, não havendo necessidade do pertuito para drenagem de secreções uterinas.

Uso de telas por via vaginal

As vantagens no uso das telas por via vaginal são consequência de serem procedimentos menos invasivos e de mais fácil realização que o abdominal. Porém, no ano de 2016, o *U.S. Food and Drug Administration* (FDA) liberou um aviso para os fabricantes e o público reclassificando esses equipamentos médicos. Aumentando sua classificação de II para III, o que requer uma aprovação prévia à liberação no mercado, com a verificação de sua segurança quanto a dor pélvica intensa e perfuração de órgãos. Disponível em: <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm479732.htm>. Acessado em Agosto, 2016.

Diversas técnicas são utilizadas para a implantação de telas por via vaginal. Muitos cirurgiões

acreditam que a utilização do tecido natural não é o suficiente para a sustentação do órgão acometido, por entender que este tecido já está fragilizado demais para resistir no longo prazo.

Sistemas que utilizam trocarters para sua inserção têm sido utilizados com maior frequência. Outros sistemas são utilizados com uma incisão única na vagina e fixados no ligamento sacro-espinhoso somente ou concomitantemente na membrana obturatória. As mais modernas são de polipropileno, material sintético, inabsorvível, macroporoso e de baixo peso. Estudos demonstram melhor resultado anatômico e menor taxa de recidiva do que o uso do tecido nativo para sustentação. Porém com taxas de reoperação altas, em torno de 5%, devido à exposição da tela, além de surgimento de dispareunia em 15% dos casos (Moon e Chae, 2016).

Ainda não foi possível determinar qual paciente se beneficiaria mais e qual estaria mais suscetível às complicações do uso da tela. Porém recentes recomendações do *American College of Obstetricians and Gynecologists* e a *American Urogynecologic Society* sugerem a restrição do seu uso a pacientes de alto risco, treinamento do cirurgião com o dispositivo a ser utilizado, consentimento informado e a necessidade de vigilância contínua das pacientes (Richter e Sokol, 2016).

Acesso via abdominal

Histerectomia

Raramente se utiliza a histerectomia via abdominal no tratamento dos prolapso genitais. Ocasionalmente, quando há uma indicação formal para a histerectomia com necessidade de abordagem por via abdominal, associado ao prolapso genital, o tratamento é realizado por esta técnica.

Colpopexia e Histeropexia sacral (Sacrocolpopexia)

Atualmente diversos estudos têm demonstrado que esta técnica tem elevada eficácia, considerada por alguns autores como padrão ouro no tratamento do prolapso apical. Descrita no final dos anos 1950, realizada tradicionalmente por laparotomia, tem comprovado grande eficácia e durabilidade no longo prazo, com 71% a 76% das mulheres sem sintomas após a cirurgia e somente 5% necessitando reoperação em 7 anos (Richter e Sokol, 2016).

Vem ganhando espaço na cirurgia laparoscópica e robótica que, apesar dos elevados custos destas vias, têm melhorado o tempo de retorno às atividades e menor tempo de hospitalização. Não há diferença nos resultados quando se compara laparoscopia com cirurgia robótica, mas esta tem

um tempo operatório maior e custo elevado. Um número significativo de pacientes experimentam sintomas gastrointestinais. O maior sangramento e o tempo operatório são fatores que aumentam a morbidade da técnica quando comparada com a via vaginal (Alas e Anger, 2015).

Estudos têm demonstrado que a realização de histerectomia durante o procedimento tem uma incidência maior de exposição da tela no pós-operatório, quando comparado com a manutenção do útero ou histerectomia supracervical. Portanto, hoje há uma tendência a não se realizar histerectomia nessas pacientes.

Correção paravaginal

A técnica pode ser realizada por laparotomia, laparoscopia. Consiste na dissecação do espaço retropúbico (Retzius), retração da bexiga medialmente e identificação da sínfise púbica, colo vesical, feixe neurovascular obturatório, ligamento de Cooper (ileopectíneo), da membrana obturatória e o arco tendíneo da fáscia pélvica. É então realizada a plicatura da vagina, com 3 a 5 pontos de fio inabsorvível ao arco tendíneo, da mesma forma como é feita por via vaginal. A taxa de cura varia entre 91% e 95%. Pode ser realizada isoladamente ou em combinação com a uretropexia para tratamento da incontinência urinária de esforço.

Tratamento conservador

O tratamento conservador dos prolapsos genitais se baseia em fisioterapia pélvica e modificação comportamental.

Em 1948, Kegel descreveu os exercícios para treinamento da musculatura pélvica no período pós-parto para o tratamento das disfunções sexuais e incontinência urinária de esforço. O reforço da musculatura pélvica tem demonstrado eficácia naquelas pacientes com prolapsos leves e intermediários (estágios I e II).

A modificação comportamental inclui aquelas em que se reduz a pressão abdominal, como constipação, obesidade, tosse crônica e interrupção do tabagismo.

O uso de dispositivos mecânicos, como pessários, tem sido relatados há muito tempo. Servem de obstrução mecânica à descida dos órgãos genitais. Comumente indicados quando a paciente não tem condições cirúrgicas ou se recusam a ser operadas. Algumas situações podem oferecer dificuldades ao seu uso, como a inabilidade da paciente manejar o dispositivo, uma abertura vaginal

muito grande ou vagina curta, assim como o uso prolongado pode provocar erosões na parede vaginal, obstrução urinária e fecal, dor pélvica e corrimento vaginal (Alas e Anger, 2015).

O tratamento do prolapso genital oferece uma série de desafios devido à sua complexidade e da diversidade de compartimentos comprometidos. O conhecimento da anatomia pélvica, o diagnóstico preciso do(s) defeito(s), da técnica cirúrgica mais apropriada para tratá-lo(s) e a experiência do cirurgião são fatores que interferem diretamente no resultado.

Referências bibliográficas

Alas, Alexandria N., e Jennifer T. Anger, 2015. "Management of Apical Pelvic Organ Prolapse". *Current Urology Reports* 16 (5). doi:10.1007/s11934-015-0498-6.

Baden W. F., Walker T. A., Statistical evaluation of vaginal relaxation. *Clin Obstet Gynecol.* 1972 Dec;15(4):1070-2.

Betschart, Cornelia, Mauro Cervigni, Oscar Contreras Ortiz, Stergios K. Doumouchtsis, Masayasu Koyama, Carlos Medina, Jorge Milhem Haddad, Filippo la Torre e Giuliano Zanni. 2015., "Management of Apical Compartment Prolapse (Uterine and Vault Prolapse): A FIGO Working Group Report: Management of Apical Compartment Prolapse". *Neurourology and Urodynamics*, outubro, n/a-n/a. doi:10.1002/nau.22916.

DeLancey J. O., Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166(6 Pt 1):1717-24.

FitzGerald, Mary P., Holly E. Richter, Sohail Siddique, Peter Thompson, Halina Zyczynski e Ann Weber for the Pelvic Floor Disorders Network. 2006. "Colpocleisis: A Review". *International Urogynecology Journal* 17 (3): 261–71. doi:10.1007/s00192-005-1339-9.

Ghoniem, Gamal M., e Hussein A. Warda., 2014. "The Management of Genitourinary Fistula in the Third Millennium". *Arab Journal of Urology* 12 (2): 97–105. doi:10.1016/j.aju.2013.11.006.

Gutman, Robert E., Daniel E. Ford, Lieschen H. Quiroz, Stuart H. Shippey, e Victoria L. Handa. 2008. "Is There a Pelvic Organ Prolapse Threshold That Predicts Pelvic Floor Symptoms?" *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 199 (6): 683.e1-683.e7. doi:10.1016/j.ajog.2008.07.028.

Hallock, Jennifer L., e Victoria L. Handa. 2016. "The Epidemiology of Pelvic Floor Disorders and Childbirth". *Obstetrics*

and Gynecology Clinics of North America 43 (1): 1–13. doi:10.1016/j.ogc.2015.10.008.

Haylen, Bernard T., Christopher F. Maher, Matthew D. Barber, Sérgio Camargo, Vani Dandolu, Alex Digesu, Howard B. Goldman, et al. 2016. “An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP)”. *International Urogynecology Journal* 27 (2): 165–94. doi:10.1007/s00192-015-2932-1.

Karram, Mickey, e Christopher Maher. 2013. “Surgery for Posterior Vaginal Wall Prolapse”. *International Urogynecology Journal* 24 (11): 1835–41. doi:10.1007/s00192-013-2174-z.

MacLennan A. H., Taylor A. W., Wilson TH, Wilson D., The Prevelence of Pelvic Floor Disorders and Their Relationship to Gender, Age, Parity and mode of Delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 107: 1460-1470.

Maldonado, Pedro A., e Clifford Y. Wai. 2016., “Pelvic Organ Prolapse”. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 43 (1): 15–26. doi:10.1016/j.ogc.2015.10.001.

Miklos, John R., Robert D. Moore, e Orawee Chinthakanan., 2015. “Laparoscopic and Robotic-Assisted Vesicovaginal Fistula Repair: A Systematic Review of the Literature”. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 22 (5): 727–36. doi:10.1016/j.jmig.2015.03.001.

Moon, Jei Won, e Hee Dong Chae., 2016. “Vaginal Approaches Using Synthetic Mesh to Treat Pelvic Organ Prolapse”. *Annals of Coloproctology* 32 (1): 7. doi:10.3393/ac.2016.32.1.7.

Parker-Autry, Candace., 2016. “The Isolated Anterior Prolapse Repair: Its Evolution and Current Role”. *The Journal of Urology* 195 (4): 827–28. doi:10.1016/j.juro.2016.01.060.

Paz-Levy, Dorit, David Yohay, Joerg Neymeyer, Ranit Hizkiyahu, e Adi Y. Weintraub. 2016. “Native Tissue Repair for Central Compartment Prolapse: A Narrative Review”. *International Urogynecology Journal*, maio. doi:10.1007/s00192-016-3032-6.

Petros, Peter E. Papa, e Ulf I. Ulmsten., 1990. “An integral theory of female urinary incontinence”. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 69 (S153): 7–31.

Richter, Lee A., e Andrew I. Sokol., 2016. “Pelvic Organ Prolapse---Vaginal and Laparoscopic Mesh”. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 43 (1): 83–92. doi:10.1016/j.ogc.2015.10.004.

Stamatakos, Michael, Constantina Sargedí, Theodora Stasinou, e Konstantinos Kontzoglou. 2014. “Vesicovaginal Fistula: Diagnosis and Management”. *Indian Journal of Surgery* 76 (2): 131–36. doi:10.1007/s12262-012-0787-y.

Thys, Susanne D., Anne- Lotte Coolen, Ingrid R. Martens, Herman P. Oosterbaan, Jan- Paul W. R. Roovers, Ben-Willem Mol, e Marlies Y. Bongers., 2011. “A Comparison of Long-Term Outcome between Manchester Fothergill and Vaginal Hysterectomy as Treatment for Uterine Descent”. *International Urogynecology Journal* 22 (9): 1171–78. doi:10.1007/s00192-011-1422-3.

Webb, Maurice J., Michael P. Aronson, Linda K. Ferguson, e Raymond A. Lee. 1998. "Posthysterectomy vaginal vault prolapse: primary repair in 693 patients." *Obstetrics & Gynecology* 92 (2): 281–285.

Weber, Anne M., e Mark D. Walters., 1997. "Anterior vaginal prolapse: review of anatomy and techniques of surgical repair." *Obstetrics & Gynecology* 89 (2): 311–318.

Wu, Jennifer M., Andrew F. Hundley, Rebekah G. Fulton, e Evan R. Myers. 2009. "Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in US Women: 2010 to 2050". *Obstetrics & Gynecology* 114 (6): 1278–1283.

