

Prolapso dos órgãos pélvicos

Luiz Gustavo Oliveira Brito¹, Edilson Benedito de Castro¹, Cassia Raquel Teatin Juliato¹

Descritores

Prolapso genital; Tratamento; Diagnóstico; Classificação; Telas sintéticas

Como citar?

Brito LG, Castro EB, Juliato CR. Prolapso dos órgãos pélvicos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 65/Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).

1. Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 65, acesse: [//www.febrasgo.org.br/protocolos](http://www.febrasgo.org.br/protocolos)

INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional de Incontinência (ICS) e a Sociedade Internacional de Uroginecologia (IUGA) definem prolapso dos órgãos pélvicos (POP) como o descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior e do ápice da vagina (útero ou cúpula vaginal na mulher hysterectomizada).^(1,2) Estima-se que as desordens do assoalho pélvico, como POP e incontinências fecal e urinária, afetem 25% das mulheres norte-americanas.⁽³⁾ Os sintomas de POP podem ocorrer em qualquer idade, mas tem seu pico entre os 70-79 anos,⁽⁴⁾ e a disfunção do assoalho pélvico é mais importante em idosas, afetando até 50% das mulheres nessa época da vida.⁽⁵⁾ Mulheres dos Estados Unidos têm 13% de chance de serem submetidas à cirurgia de POP ao longo de sua vida;⁽⁶⁾ e alguns estudos mostram taxa de reoperação por recidiva entre 6% e 30%.⁽⁷⁻¹⁰⁾ A classificação específica do prolapso genital feminino no Código Internacional de Doenças (CID-10) é N81.

ETIOLOGIA

Existem vários fatores de risco associados ao POP, como idade acima de 60 anos, multiparidade, aumento da pressão intra-abdominal relacionado à obesidade ou a doenças que levam a esse mecanismo (doença pulmonar obstrutiva crônica, constipação), doenças genéticas que causem alteração do colágeno ou elastina (síndrome de Ehlers-Danlos, hiper mobilidade articular, síndrome de Marfan), espinha bífida oculta (em nuligestas, sugere-se a investigação com tomografia de pelve) e raça.⁽¹¹⁾

Nenhuma causa genética foi identificada até hoje, mas estudos epidemiológicos mostram que indivíduos de famílias com predisposição ao prolapso têm risco de 2,58 vezes de apresentarem essa condição.⁽¹¹⁾ Com relação à raça, um estudo mostrou que mulheres brancas e latinas têm, respectivamente, 4,9 e 5,4 vezes mais chances de apresentar POP.⁽¹²⁾

Alguns fatores de risco adquiridos são associados à presença de POP. Prolapso grave e sintomático está associado ao parto vaginal, principalmente após o primeiro parto.^(13,14) Existe associação entre parto vaginal e o risco de prolapso. Um estudo mostrou que mulheres com mais de 40 anos e com parto vaginal têm 9,73 vezes mais prolapso em estágio avançado (ultrapassando hímen).⁽¹³⁾ O trabalho de parto, na ausência de parto vaginal, parece não estar associado ao aumento da prevalência de POP. Por sua vez, o uso de fórceps durante o parto está associado ao aumento do risco de desenvolver prolapso.⁽¹⁴⁾

DIAGNÓSTICO

A queixa mais comumente referida pela paciente com prolapso genital é a sensação de peso ou “bola na vagina”. O diagnóstico, comumente, é confirmado pelo exame físico, com a mulher em posição ginecológica e com realização da manobra de Valsalva. Existem várias classificações utilizadas para POP e as mais utilizadas são a classificação subjetiva de Baden-Walker e a classificação de quantificação do POP, chamada de POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification*).⁽¹⁾ A ultrassonografia bidimensional (transabdominal, transperineal ou translabial, introital e transvaginal) pode ser solicitada para avaliar mobilidade/descenso do colo vesical, afunilamento uretral, resíduo

pós-miccional, anormalidades da bexiga ou uretra, descenso do POP, avaliação dos músculos do assoalho pélvico, avulsão do levantador do ânus e balneamento do hiato genital. Existe a modalidade tridimensional, cuja diferença consiste na possibilidade de formar imagens de maior resolução. A ressonância magnética permite a detecção de estruturas ligamentares e musculares com detalhe. Não utiliza radiação ionizante, e o formato dinâmico permite a utilização de linhas de delimitação do limite das vísceras pélvicas, como a linha pubococcígea (traçada da margem inferior da sínfise púbica até a junção coccígea). A defecografia relaciona-se com a anatomia anorretal e com distúrbios da evacuação retal.

TRATAMENTOS

Tratamento conservador

Pessários vaginais

O tratamento conservador pode ser realizado com pessários vaginais, que são dispositivos de borracha ou silicone inseridos na vagina para prover suporte estrutural a qualquer defeito apresentado no assoalho pélvico (exceto o defeito distal). É recomendado preparo prévio da mucosa vaginal com cremes à base de estrogênios nas mulheres na pós-menopausa e manutenção do uso após a introdução do pessário. Fissuras vaginais, desconforto, dor local, leucorreia e retenção urinária são algumas das causas do abandono do uso dos pessários. Raramente, fístulas urogenitais são descritas, que, geralmente, estão associadas ao inadequado cuidado e manejo dos pessários. O uso de pessários já apresenta resultados na literatura, mostrando melhora na qualidade de vida das usuárias.⁽¹⁵⁾

Fisioterapia

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) pode ser utilizado em mulheres com prolapso genital. Uma revisão sistemática mostrou que o TMAP melhora os sintomas e o grau do prolapso.⁽⁹⁾ Porém, a maioria dos estudos que foram inclusos apresentava pacientes com prolapso de estágios I e II. Portanto, a fisioterapia não consegue reduzir anatomicamente o prolapso grave, apesar de ajudar a amenizar os sintomas do POP e de melhorar a função muscular do assoalho pélvico.

Tratamento reconstrutivo do compartimento anterior

Classicamente, o prolapso do compartimento anterior da vagina (uretra e bexiga) pode ser abordado cirurgicamente por correção sítio-específica ou pelo uso de telas, que tem por objetivo diminuir as recidivas da cirurgia convencional.

Colporrafia anterior – consiste em incisar a parede anterior da vagina na região do defeito central. Geralmente, é realizada com tecido nativo, porém, em gran-

des defeitos, a utilização de telas pode ser útil ao pensar em melhores resultados anatômicos.⁽¹⁶⁾

Em uma metanálise,⁽¹⁷⁾ concluiu-se que a cirurgia com tela para prolapso vaginal anterior apresenta melhor taxa de cura anatômica e menor recorrência, sem diferenças quanto à cura subjetiva, à reoperação e à qualidade de vida. Há maior tempo cirúrgico e perda sanguínea com o uso de tela e, para tratamento do prolapso anterior, sua utilização deve ser individualizada. Outro fato a ser levado em consideração nos defeitos da parede anterior, especialmente nos estágios avançados, é que eles estão frequentemente associados a defeito do ápice vaginal.⁽¹⁸⁾ Mulheres com defeito de parede anterior de estágio III na classificação de POP-Q têm até 98% de chance de associação de prolapso apical estágio I.⁽¹⁹⁾

Tratamento reconstrutivo do compartimento posterior

A abordagem cirúrgica dos prolapso do compartimento posterior pode ser feita por via vaginal ou transanal. Para a primeira via, pode-se realizar a colporrafia posterior e o reparo do defeito transversos.

Colporrafia posterior – geralmente, indicada para defeitos centrais da fâscia retovaginal. A plicatura dos músculos puborretais é uma opção controversa. Apesar de reduzir o hiato genital alargado que muitas dessas pacientes apresentam ou ser útil em mulheres que apresentem incapacidade de contrair o assoalho pélvico, ela pode estar associada a incidência maior de dispareunia.

Reparo do defeito transversos – consiste em identificar defeitos transversos mais laterais ou próximos ao anel pericervical e plicar a fâscia até a área desgarrada. Um local comum de defeito transversos é o desgarramento da fâscia do ligamento uterossacro.

Reparo transanal – realizado por coloproctologistas, e aproveita-se para retirar a mucosa retal redundante para diminuir o tamanho da cúpula retal.

Não existe, até o momento, evidência que justifique o uso de tela sintética ou absorvível no reparo do prolapso posterior.^(16,19)

Tratamento reconstrutivo do compartimento apical

O tratamento cirúrgico pode ser obliterativo ou reconstrutivo e várias técnicas foram descritas com as mais variadas taxas de cura e morbidade. Não existe uma única técnica ideal. Idade, presença de vida sexual, comorbidades associadas, desejo da paciente de operar e experiência do cirurgião são fatores que devem ser considerados. A correção do defeito apical inclui o tratamento do prolapso de cúpula ou do útero, mantendo esse último ou não (histerectomia ou histeropreservação). Pode ser realizada por via abdominal (colpopexia, cervicopexia ou histeropexia sacral, além de fixação alta dos ligamentos uterossacos) ou vaginal (colpopexia, cervicopexia ou histeropexia sacroespinhal e fixação nos ligamentos uterossacos no terço proximal ou médio) (fixação alta).⁽¹⁶⁾

Fixação no ligamento uterossacro – consiste na passagem com fio inabsorvível ou de absorção tardia em dois pontos no ligamento uterossacro até a parte ipsilateral da cúpula vaginal, e repete-se o passo no ligamento contralateral. A cirurgia pode ser realizada por via vaginal ou laparoscópica. Comumente, a sutura utilizada é permanente, mas é descrita a taxa de erosão de até 22%.^(20,21) Com relação à eficácia, são encontradas altas taxas de satisfação. Uma revisão sistemática com metanálise encontrou taxas de sucesso de 81,2%, 98,3% e 87,4% para parede anterior, apical e posterior, resultados que são semelhantes aos encontrados com a fixação no ligamento sacroespinal.^(22,23) A cistoscopia para comprovar a permeabilidade ureteral é obrigatória na fixação uterossacral, pois apresenta 1% a 11% de risco de injúria do ureter.⁽²⁴⁾ O manual da Febrasgo de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal recomenda a fixação alta nos ligamentos uterossacos (High McCall), principalmente para os prolapso uterinos ou de cúpula vaginal estágios I e II.⁽²⁰⁾

Fixação sacroespinal vaginal – procura-se fixar a cúpula da vagina de forma unilateral ou bilateral ao ligamento sacroespinal via vaginal. Com relação à eficácia, observa-se boa satisfação com essa técnica. Um estudo de metanálise, incluindo 17 artigos randomizados e observacionais, individuou apenas 13% das pacientes não satisfeitas com a técnica.⁽²⁵⁾ As complicações associadas com a fixação no ligamento sacroespinal são decorrentes de lesão vascular ou nervosa e relacionadas à proximidade do quê com a espinha isquiática. Em uma revisão com 1.229 mulheres submetidas a essa técnica, 2% necessitaram de transfusão e 3% tiveram dor transitória.⁽²⁶⁾

Sacrocolpopexia abdominal – consiste na fixação da vagina (com ou sem colo uterino) no promontório, com a interposição de uma tela inabsorvível. Essa técnica é considerada o padrão-ouro para tratamento do prolapso apical, com taxas de sucesso variando de 78% a 100%,⁽²⁷⁾ porém está associada com maior tempo cirúrgico e de retorno às atividades e custo elevado. A via laparoscópica apresenta menor perda sanguínea no intraoperatório e menor tempo de internação, mas menor taxa de sucesso subjetivo e mais incontinência urinária.⁽²⁸⁾

Preservação uterina ou não para correção do prolapso apical – em artigo de revisão sobre histeropreservação, os autores relatam maior taxa de recidiva do prolapso nessas situações, porém com menor tempo cirúrgico e menor sangramento. A limitação dos estudos inclusos nesta revisão foi a inserção de estudos não randomizados e a heterogeneidade das técnicas cirúrgicas.⁽²⁹⁾ Discute-se a histeropexia para mulheres jovens, sobretudo sem prole constituída, mas estudos mostram que até 60% das mulheres, quando consultadas, optaram por não realizar a histerectomia no momento do tratamento do prolapso.^(30,31)

Tratamento obliterativo do compartimento apical

Existem várias técnicas de procedimento obliterativo, e as duas mais comuns são a parcial (Le Fort) e a com-

pleta (colpectomia). As vantagens dos procedimentos obliterativos são a possibilidade de fazer cirurgia com anestesia local, diminuição da morbidade perioperativa, menor perda sanguínea e retorno rápido às atividades/recuperação. Um estudo aponta que a colpocleise é um procedimento efetivo, com taxas de sucesso subjetivo em torno de 100%.⁽³²⁾ Em um estudo de revisão com 4.776 procedimentos, a taxa de complicações foi baixa (6,8%) e a mortalidade foi de 0,15%.⁽³³⁾ As complicações mais frequentes relatadas foram sangramento, obstrução ureteral, principalmente quando associado à histerectomia.⁽³⁴⁾

RECOMENDAÇÕES FINAIS

O prolapso de órgãos pélvicos pode ser tratado conservadoramente com o uso de pessários vaginais, com bons índices de satisfação e qualidade de vida (A).

Treinamento dos músculos do assoalho pélvico melhora a sintomatologia, mas não consegue regredir prolapso acentuados (B) e não melhora sintoma pós-operatório (B).

No compartimento anterior, recidiva de prolapso e grandes prolapso (estágio \geq II) representam indicações pontuais à colocação de telas transvaginais (A). A colporrafia anterior e o reparo paravaginal são as técnicas mais empregadas.

No compartimento apical:

1. A fixação no ligamento uterossacro e a fixação no ligamento sacroespinal têm boa eficácia, mas a sacrocolpopexia abdominal é superior, com menor recorrência, porém maior tempo cirúrgico (A).
2. A via laparoscópica e robótica são opções recentes à via laparotômica, com tempo menor de retorno às atividades, porém com custo elevado (B).
3. As técnicas com preservação uterina apresentam maior recorrência quando comparadas à histerectomia vaginal (B).
4. As técnicas de colpocleise apresentam boa eficácia e baixa morbidade, mas devem ser restritas a mulheres sem atividade sexual (C).

No compartimento posterior, a interposição de telas sintéticas não melhora o resultado terapêutico, portanto não havendo vantagens em seu uso (A). A colporrafia posterior e o reparo do defeito transversal são as técnicas mais utilizadas por ginecologistas.

Sobre telas: materiais como a tela de Marlex não elaborados e/ou preparados com a finalidade de tratar mulheres com prolapso genital, apesar de constituídos por polipropileno, não têm as mesmas propriedades gerais das telas específicas (macroporosas, monofilamentares e de peso leve), portanto não há respaldo na literatura nem em órgãos reguladores para endossar o seu uso. A situação agrava-se com o uso de telas não adequadas via vaginal. A prevalência de erosão

e/ou extrusão com telas apropriadas pode chegar a 10%-15%, sendo desconhecidos os percentuais com telas não testadas em pesquisas.

REFERÊNCIAS

- Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175(1):10-7.
- Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2010;21(1):5-26.
- Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Robinson D, Salvatore S. P-QOL: a validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005;16(3):176-81.
- Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(7):1496-501.
- Samuelsson EC, Victor FT, Tibblin G, Svärdsudd KF. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180(2 Pt 1):299-305.
- Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Jonsson Funk M. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol.* 2014;123(6):1201-6.
- Dällenbach P. To mesh or not to mesh: a review of pelvic organ reconstructive surgery. *Int J Womens Health.* 2015;7:331-43.
- Nygaard I, Brubaker L, Zyczynski HM, Cundiff G, Richter H, Gantz M, et al. Long-term outcomes following abdominal sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *JAMA.* 2013;309(19):2016-24.
- Barber MD, Brubaker L, Burgio KL, Richter HE, Nygaard I, Weidner AC, et al.; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Pelvic Floor Disorders Network. Comparison of 2 transvaginal surgical approaches and perioperative behavioral therapy for apical vaginal prolapse: the OPTIMAL randomized trial. *JAMA.* 2014;311(10):1023-34.
- Larson KA, Smith T, Berger MB, Abernethy M, Mead S, Fenner DE, et al. Long-term patient satisfaction with michigan four-wall sacrospinous ligament suspension for prolapse. *Obstet Gynecol.* 2013;122(5):967-75.
- Cartwright R, Mangera A, Tikkinen KA, Rajan P, Pesonen J, Kirby AC, et al. Systematic review and meta-analysis of candidate gene association studies of lower urinary tract symptoms in men. *Eur Urol.* 2014;66(4):752-68.
- Whitcomb EL, Rortveit G, Brown JS, Creasman JM, Thom DH, Van Den Eeden SK, et al. Racial differences in pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2009 ;114(6):1271-7.
- Quiroz LH, Muñoz A, Shippey SH, Gutman RE, Handa VL. Vaginal parity and pelvic organ prolapse. *J Reprod Med.* 2010;55(3-4):93-8.
- Handa VL, Blomquist JL, Knoepf LR, Hoskey KA, McDermott KC, Muñoz A. Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol.* 2011;118(4):777-84.
- de Albuquerque Coelho SC, de Castro EB, Juliato CR. Female pelvic organ prolapse using pessaries: systematic review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2016;27(12):1797-803.
- Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2(4):CD004014.
- Juliato CR, Santos Júnior LC, Haddad JM, Castro RA, Lima M, Castro EB. Mesh surgery for anterior vaginal wall prolapse: a meta-analysis. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016;38(7):356-64.
- Elliott CS, Yeh J, Comiter CV, Chen B, Sokol ER. The predictive value of a cystocele for concomitant vaginal apical prolapse. *J Urol.* 2013;189(1):200-3.
- Delancey JO. Surgery for cystocele III: do all cystoceles involve apical descent?: Observations on cause and effect. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2012;23(6):665-7.
- Castro RA, Haddad JM. Tratamento do prolapso genital. In: Haddad JM, coordenador. *Manual de uroginecologia e cirurgia vaginal.* São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2015. p. 8-19.
- Kasturi S, Bentley-Taylor M, Woodman PJ, Terry CL, Hale DS. High uterosacral ligament vaginal vault suspension: comparison of absorbable vs. permanent suture for apical fixation. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2012;23(7):941-5.
- Margulies RU, Lewicky-Gaup C, Fenner DE, McGuire EJ, Clemens JQ, DeLancey JO. Complications requiring reoperation following vaginal mesh kit procedures for prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(6):678.e1-4.
- Barbier HM, Smith MZ, Eto CU, Welgoss JA, Von Pechmann W, Horbach N, et al. Ureteral compromise in laparoscopic versus vaginal uterosacral ligament suspensions: a retrospective cohort. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2015;21(6):363-8.
- Filmar GA, Fisher HW, Aranda E, Lotze PM. Laparoscopic uterosacral ligament suspension and sacral colpopexy: results and complications. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2014;25(12):1645-53.
- Morgan DM, Rogers MA, Huebner M, Wei JT, Delancey JO. Heterogeneity in anatomic outcome of sacrospinous ligament fixation for prolapse: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2007;109(6):1424-33.
- Sze EH, Karram MM. Transvaginal repair of vault prolapse: a review. *Obstet Gynecol.* 1997;89(3):466-75.
- Nygaard IE, McCreery R, Brubaker L, Connolly A, Cundiff G, Weber AM, et al.; Pelvic Floor Disorders Network. Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. *Obstet Gynecol.* 2004;104(4):805-23.
- Barber MD, Maher C. Apical prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2013;24(11):1815-33.
- de Oliveira SA, Fonseca MCM, Bortolini MAT, Girão MJBC, Roque MT, Castro RA. Hysteropreservation versus hysterectomy in the surgical treatment of uterine prolapse: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2017;28(11):1617-30.
- Frick AC, Barber MD, Paraiso MF, Ridgeway B, Jelovsek JE, Walters MD. Attitudes toward hysterectomy in women undergoing evaluation for uterovaginal prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2013;19(2):103-9.
- Korbly NB, Kassis NC, Good MM, Richardson ML, Book NM, Yip S, et al. Patient preferences for uterine preservation and hysterectomy in women with pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(5):470.e1-6.
- Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Marjoribanks J. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(2):CD012079.
- Sokol AI, Iglesia CB, Kudish BI, Gutman RE, Shveiky D, Bercik R, et al. One-year objective and functional outcomes of a randomized clinical trial of vaginal mesh for prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(1):86.e1-9.
- Meyer I, McGwin G, Swain TA, Alvarez MD, Ellington DR, Richter HE. Synthetic graft augmentation in vaginal prolapse surgery: long-term objective and subjective outcomes. *J Minim Invasive Gynecol.* 2016;23(4):614-21.