

Prolapso uterino na gestação: relato de caso

Uterine prolapse during pregnancy: a case report

Thais Barros de Araújo Queiroz¹, Aljerry Dias Rego¹

Descritores

Prolapso de órgão pélvico; Gestação; Obstetria; Ginecologia; Parto

Keywords

Pelvic organ prolapse; Pregnancy; Obstetrics; Gynecology; Parturition

Submetido:

25/11/2021

Aceito:

01/12/2021

1. Universidade Federal do Amapá, Macapá, AP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Thais Barros de Araújo Queiroz
Rua Guanabara, 941, Pacoval, 68908-360, Macapá, AP, Brasil
barrosqthais@gmail.com

Como citar:

Queiroz TB, Rego AD. Prolapso uterino na gestação: relato de caso. Femina. 2022;50(4):246-9.

RESUMO

O prolapso de órgão pélvico é um evento raro durante a gestação, cuja conduta obstétrica deve ser individualizada e sempre direcionada para evitar complicações na gestação. O relato de caso é de uma mulher de 25 anos de idade, no segundo trimestre de sua segunda gestação, que apresentou prolapso de grau 4. Na ultrassonografia obstétrica, verificou-se feto em bom desenvolvimento e líquido amniótico normal. A conduta adotada foi a utilização do pessário vaginal e recomendação de repouso com acompanhamento até a resolução da gestação. Houve três episódios de queda acidental do pessário, que foi reintroduzido pela própria paciente, sem complicações, permanecendo até próximo ao momento do parto cesáreo. O prolapso desapareceu e não houve recidiva no pós-parto. Esta publicação é relevante por evidenciar que, seguindo as condutas recomendadas pela literatura para a presente condição ginecológica, se pode reduzir intercorrências obstétricas e viabilizar o parto do neonato.

ABSTRACT

Pelvic organ prolapse is a rare event during pregnancy, and obstetric management must be individualized and always aimed at avoiding complications in pregnancy. The case report is of a 25-year-old woman in the second trimester of her second pregnancy presented grade 4 prolapse. The obstetric ultrasound revealed good fetal development and normal amniotic fluid. The course of action implemented was the use of a vaginal pessary and recommendation of rest with monitoring up to pregnancy resolution. There were three episodes of accidental fall of the pessary, which was reintroduced by the patient herself without complications and was removed only when cesarean delivery was near. The prolapse disappeared and there was no recurrence during the postpartum period. This publication is relevant because it shows that by following the procedures recommended in the literature for this gynecological condition, it is possible to reduce obstetric complications and enable the delivery of the newborn.

INTRODUÇÃO

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é definido pela descida de uma ou mais das seguintes estruturas: parede vaginal anterior ou posterior, ápice da vagina ou cúpula vaginal, quando histerectomizada. Pode afetar a qualidade de vida das mulheres pela dificuldade ao andar, sentar, levantar ou agachar.⁽¹⁾ Na gestação, sua incidência não é bem definida, mas sabe-se que é uma condição rara, por volta de 1 para cada 10-15 mil partos, e associada geralmente a multiparidade. Quando ocorre em nulíparas, está relacionado às alterações anatômicas ou à função do suporte do assoalho pélvico, como em doenças do colágeno ou extrofia da bexiga.^(2,3)

A etiologia do prolapso na gravidez é multifatorial e envolve paridade, desnutrição, raça, história de parto vaginal, curto intervalo interpartal, mudanças fisiológicas da gestação e história prévia de prolapso uterino. A gestação, por si só, pode ser a causa do prolapso, devido ao aumento do corti-

sol e da progesterona, provocando relaxamento uterino, com alongamento cervical, hipertrofia e relaxamento do ligamento de suporte, enfraquecendo a pelve. O trabalho de parto distende o assoalho pélvico, resultando em hiato urogenital aberto, e, somado a uma nova gestação e suas alterações fisiológicas, pode manifestar o POP.^(1,4,5) Entre as complicações, estão trabalho de parto prematuro, aborto espontâneo, ruptura prematura das membranas ovulares, cervicite, vaginite, sangramento vaginal por úlcera cervical, infecções do trato urinário, retenção urinária e desconforto pélvico. Não há consenso quanto ao tratamento, recomendando-se repouso relativo, restrição de atividades físicas, posição de Trendelenburg e uso de pessários em casos selecionados, com mais resultados positivos na primeira metade da gestação, com menor chances de expulsão.⁽⁶⁾

O tratamento visa reduzir o prolapso e evitar as complicações obstétricas; ademais, tratamentos não invasivos são mais comuns. As condutas cirúrgicas como suspensão de Gilliam por via laparoscópica podem ser propostas quando há falha das soluções conservadoras.^(1,2,6) A histerectomia pode ser realizada na cesariana para mulheres com prole constituída e a histeropexia abdominal pode ser adotada em mulheres que ainda desejam ter filhos.⁽⁵⁾ A aplicação de pessário vaginal pode ser benéfica e o seu melhor tamanho é aquele que não cairá da paciente. A redução do prolapso do útero protege o colo do útero contra traumas locais e previne a possibilidade de encarceramento.⁽¹⁾ Nessa perspectiva, o objetivo do estudo foi relatar o caso de uma paciente diagnosticada com prolapso uterino na gestação.

RELATO DE CASO

Paciente secundigesta, com idade de 25 anos e 24 semanas de gestação, procurou o serviço de emergência da maternidade relatando que algo saiu pela vagina de forma súbita. Não tinha queixas de dor, sangramento ou perda de líquido. Ao exame físico, estava em bom estado geral, orientada, afebril e normotensa, com índice de massa corporal (IMC) de 19,8. Ao exame obstétrico, apresentava dinâmica uterina ausente, batimentos cardíofetais (BCF) de 148 batimentos por minuto e boa movimentação fetal. Na inspeção da genitália externa, foi constatado prolapso grau 4, com presença de colo uterino abaixo do plano vulvar, edemaciado e hiperemiado, mas com ausência de ulcerações (Figura 1).

Sobre seus antecedentes pessoais e obstétricos, teve uma gestação dois anos antes, sem intercorrências, com parto vaginal espontâneo e recém-nascido (RN) a termo (39 semanas) com 3,2 kg. Tinha histórico de apendicectomia aos 16 anos e constipação crônica desde a adolescência e negou tabagismo. A conduta adotada na emergência foi a redução manual do prolapso e internação no serviço do alto risco, com recomendação de repouso absoluto e prescrição de medicamentos sintomáticos. Realizou ultrassonografia obstétrica, que

mostrou feto em bom desenvolvimento e líquido amniótico normal. Durante os sete dias que permaneceu internada, apresentou vaginose por *Gardnerella vaginalis*, detectada em exame de bacterioscopia da secreção vaginal, e fez tratamento via vaginal com metronidazol, nistatina e benzalcônio. Para tratamento do prolapso, foi escolhido pessário do tipo anel tamanho 51, que foi introduzido após 14 dias do início do prolapso, sendo orientado à paciente como realocá-lo em caso expulsão (Figuras 2 e 3). Também foi solicitado que a paciente comparecesse às consultas do pré-natal de alto risco a cada 15 dias, bem como para higienização mensal do pessário, realizada pela equipe da obstetrícia. Durante o acompanhamento, ela realizou quatro consultas e não apresentou intercorrências obstétricas como dores pélvicas ou infecções vaginais recorrentes.



Figura 1. Prolapso grau 4



Figura 2. Pessário tipo anel



Figura 3. Introdução do pessário após redução manual do prolapso

Contudo, com 34 semanas de gestação, a paciente referiu expulsão do pessário e três episódios de exposição de parte do colo uterino. Durante esses episódios, ela não procurou atendimento médico. Ela mesma reintroduziu o pessário. Já com 36 semanas, durante avaliação com equipe médica, constatou-se que o colo uterino estava amolecido, com dilatação de 2 cm, bolsa íntegra e sem contração uterina e com ausência de prolapso uterino. Com esse quadro, concluiu-se que o tamanho do pessário era incompatível para a fase, assim, optou-se por removê-lo, sendo indicado repouso em domicílio e realização de higienização do canal vaginal até o início trabalho de parto.

Com 38 semanas de gestação, a paciente procurou a emergência da maternidade com contrações rítmicas a cada cinco minutos, colo com esvaecimento em 30%, pêrvio em 5 cm, cefálico e bolsa íntegra; não havia prolapso genital. Devido à presença de uma alteração na estrutura do sistema nervoso do feto (esquizencefalia à esquerda), detectada pela última ultrassonografia, optou-se pela resolução da gestação por via cesariana, que ocorreu sem intercorrências. O RN nasceu bem, com Apgar de 9/10 e peso de 2.864 g, e, apesar da alteração cerebral, ficou em alojamento conjunto com a mãe.

A paciente apresentou puerpério fisiológico, sem intercorrências, e não houve recorrência do prolapso uterino. Dessa forma, ela foi encaminhada para acompanhamento no ambulatório da uroginecologia, onde foi examinada dois meses após o parto. No exame ginecológico, não se constataram mais distopias genitais (Figura 4). O quadro 1 sintetiza os achados e condutas feitas para o caso em estudo.

DISCUSSÃO

O presente estudo relata um caso clínico raro sobre prolapso uterino durante a gestação. O caso foi bem-sucedido, uma vez que o uso do pessário evitou as complicações obstétricas pelo POP, chegando à gestação a termo e sem intercorrências. Semelhante ao presente estudo, o caso abordado por Büyükbayrak *et al.*⁽⁷⁾ apresentou primigesta com prolapso uterino na gesta-



Figura 4. Resolução de distopia genital após o parto

Quadro 1. Resumo dos achados, condutas e desfecho do caso clínico

Achado	Descrição
Avaliação clínica	Ao exame físico, a paciente estava em bom estado geral, orientada, afebril e normotensa, com índice de massa corporal (IMC) de 19,8. A dinâmica uterina estava ausente, BCFs normais e apresentava boa movimentação fetal. Na inspeção da genitália externa, foi constatado prolapso grau 4, com presença de colo uterino abaixo do plano vulvar, edemaciado e hiperemiado, mas com ausência de ulcerações.
Antecedentes pessoais e obstétricos	Histórico de gestação há 2 anos antes da atual, sem intercorrências, com parto vaginal espontâneo, bebê a termo com 3,2 kg e presença de laceração perineal de 2º grau. Appendicectomia aos 16 anos de idade e constipação crônica desde a adolescência.
Condutas realizadas	Uso de pessários do tipo anel tamanho 51 após 14 dias do início do prolapso. Orientação sobre como realocar o pessário em caso de expulsão.
Desfecho	Durante o seguimento, fez quatro consultas no setor de alto risco e não apresentou intercorrências obstétricas, como dores pélvicas ou infecções vaginais recorrentes. A cesariana ocorreu sem intercorrências; o RN nasceu bem, com Apgar de 9/10 e peso de 2.864 g. A distopia genital foi resolvida e não houve recorrência após o parto.

ção com 16 semanas, sem fator de risco, a qual fez uso de pessário tipo anel, chegando ao termo da gestação sem complicações. Ressalta-se outro exemplo de caso clínico, no qual somente se iniciou o uso do pessário com 27 semanas após a inibição do trabalho de parto prematuro, porém, com duas semanas após a utilização do dispositivo, ocorreu a sua queda, o que resultou

em incontinência urinária. Por isso, optou-se pelo uso outro tipo de pessário, o tipo Gellhorn, mantendo-se a paciente sem intercorrências, com sua gestação chegando a termo.⁽⁸⁾

A paciente do presente relato chegou a ter queda do pessário em três episódios, porém conseguiu recolocá-lo sem complicações, mantendo-o até 36 semanas. Após duas semanas sem o pessário, entrou em trabalho de parto, porém, devido à malformação fetal, foi realizada cesariana, e no seguimento a paciente teve resolução espontânea do POP. Para Rusavy *et al.*,⁽⁹⁾ o prolapso ocorrido pela primeira vez na gestação acaba sendo corrigido após o parto, uma vez que as etiologias desse tipo de prolapso têm relação importante com as mudanças fisiológicas no assoalho pélvico e com seu enfraquecimento devido a alterações hormonais ou distúrbio congênito.

Há controvérsia quanto à via de parto, mas predomina a indicação da via abdominal com cesariana eletiva. No parto vaginal, podem existir complicações como distocia cervical, podendo levar à rotura uterina. A indução do parto com misoprostol e ocitocina deve ser evitada. Deve-se usar sulfato de magnésio tópico para relaxamento do colo ou optar por cirurgia cervical de Dührssen.^(8,10) A via de parto cesariano eletivo é mais recomendada na literatura, principalmente na presença de edema no colo uterino e quando o prolapso se iniciou na gestação atual.^(2,11) Não existem evidências de que a cesariana melhore os resultados ou traga benefícios.⁽¹²⁾ Entretanto, conforme já dito, a conduta escolhida neste caso foi via cesariana, tanto pelo prolapso quanto pela malformação cerebral do feto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O prolapso uterino na gestação é uma condição rara que pode trazer diversas complicações como trabalho de parto prematuro, infecções e abortamento. Apresenta etiologia multifatorial e não há consenso sobre o seu tratamento, mas a tendência é para a adoção de condutas mais conservadoras ou o uso de pessário vaginal. Quanto mais precocemente se instituir o tratamento conservador, melhores serão os resultados, podendo

haver gestações a termo sem intercorrências. A via de parto deve ser individualizada dependendo das situações obstétricas, com avaliação das condições maternas e fetais, e da gravidade do prolapso. No caso relatado, optou-se por repouso e uso do pessário. O parto foi cesariano por indicação fetal e também devido à presença do prolapso uterino durante a gestação.

REFERÊNCIAS

1. Tsikouras P, Dafopoulos A, Vrachnis N, Iliodromiti Z, Bouchlariotou S, Piniadis P, et al. Uterine prolapse in pregnancy: risk factors, complications and management. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014;27(3):297-302. doi: 10.3109/14767058.2013.807235
2. Arango-Buitrago V, Restrepo-Moreno M, Echavarría-Restrepo LG, Gómez-Londoño M. Prolapso de órganos pélvicos durante el embarazo tratado con pesario. *Reporte de dos casos. Ginecol Obstet Mex.* 2016;84(9):601-6.
3. Kaufman MR. Pelvic organ prolapse and pregnancy in the female bladder exstrophy patient. *Curr Urol Rep.* 2018;19(3):18. doi: 10.1007/s11934-018-0767-2
4. Zeng C, Yang F, Wu C, Zhu J, Guan X, Liu J. Uterine prolapse in pregnancy: two cases report and literature review. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2018;2018:1805153. doi: 10.1155/2018/1805153
5. Cengiz H, Ekin M, Dagdeviren H, Kaya C. Pelvic organ prolapsed complicating second trimester pregnancy: a rare condition. *GINECOeu.* 2014;10(1):14-5. doi: 10.18643/gjeu.2014.14
6. Veciana Colillas M, Monje Beltran ML, Vicedo Madrazo EM, Marqueta Sánchez JM. Prolapso genital en una gestante con antecedente de accidente de tráfico y lesión perineal severa. *Prog Obstet Ginecol.* 2012;55(5):232-4. doi: 10.1016/j.pog.2012.02.002
7. Büyükbayrak EE, Yilmazer G, Ozyapi AG, Kars B, Karşıdağ AY, Turan C. Successful management of uterine prolapse during pregnancy with vaginal pessary: a case report. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2010;11(2):105-6. doi: 10.5152/jtgga.2010.010
8. Mohamed-Suphan N, Ng RK. Uterine prolapse complicating pregnancy and labor: a case report and literature review. *Int Urogynecol J.* 2012;23(5):647-50. doi: 10.1007/s00192-011-1573-2
9. Rusavy Z, Bombieri L, Freeman RM. Procidencia in pregnancy: a systematic review and recommendations for practice. *Int Urogynecol J.* 2015;26(8):1103-9. doi: 10.1007/s00192-014-2595-3
10. Rosales-Aujang E. Prolapso uterino y embarazo. *Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex.* 2015;83(3):195-8.
11. Gutiérrez-Barquín IE, Barber Marrero MA, Martín Martínez A, Cazorla Betancor M, García Hernández JA. Gestación y prolapso uterino. *Prog Obstet Ginecol.* 2008;51(12):742-4. doi: 10.1016/S0304-5013(08)76316-7
12. Nóbrega LM, Nóbrega MM, Vidal IS, Cornetta MC, Gonçalves AK, Cobucci RN. Uterine prolapse during pregnancy: a case report. *Indian J Case Rep.* 2018;4(2):136-8.