

Capítulo 11 – Distopia Genital

Alessandro Henrique Antunes Lopes

Pedro Sérgio Magnani

Luiz Gustavo Oliveira Brito

Epidemiologia

Existe uma grande dificuldade em definir prolapso dos órgãos pélvicos e, conseqüentemente, se estabelecer sua etiologia. O *American College of Obstetrics and Gynecology* definiu prolapso genital como a protrusão dos órgãos pélvicos para o canal vaginal ou para o exterior da vagina. Essa é uma definição ampla que permite classificar como prolapso pequenos descensos como a mobilidade fisiológica vista na manobra de valsalva até prolapso com a saída total do órgão pelo intróito vaginal. Embora os estudos sobre a incidência de prolapso sejam deficientes, parece que 2% a 3% das mulheres apresentam prolapso sintomático dos órgãos pélvicos.

A incidência dos prolapsos genitais aumenta com a idade, atingindo seu ápice nas mulheres com mais de sessenta anos. Sendo mais freqüente nas multíparas. Pesquisas mostram que o número de partos normais, macrossomia e o hipoestrogenismo também estão relacionados à maior incidência de distopia. Quanto à raça, alguns estudos mostram menor incidência nas mulheres negras.

Etiologia

As vísceras pélvicas são mantidas em sua posição adequada na pelve por um complexo músculo-fascial dividido em sistema de suspensão e sustentação. O primeiro é formado pelos ligamentos úterossacros, cardinais, fáschia pubocervical, septo retovaginal e paracolpos que são espessamentos da fáschia endopélvica. São constituídos de colágeno, elastina e tecido fibromuscular, sendo os principais responsáveis pelo posicionamento das vísceras acima do assoalho pélvico. O sistema de sustentação é formado pelo diafragma pélvico (músculo levantador do ânus e coccígeo com suas respectivas fáschias) e pelo diafragma urogenital (músculo transverso profundo do períneo e suas fáschias).

Vários fatores podem causar danos nesses sistemas e levar ao aparecimento de prolapsos genitais como: genéticos, estilo de vida, doenças crônicas que aumentam a pressão abdominal (constipação intestinal crônica, doença pulmonar crônica, obesidade), paridade, número de partos vaginais, cirurgia prévia (histerectomia), idade avançada e defeitos congênitos.

Sabe-se que a etiologia do prolapso genital é multifatorial e bastante complexa. Porém, o parto vaginal parece ser o fator de contribuição mais significativo na sua gênese, sendo mais acentuado nos partos instrumentalizados (fórceps). O aumento crônico da pressão abdominal (como o que ocorre em pacientes com pneumopatias, que apresentam tosse constante, ou com constipação intestinal crônica) leva ao estiramento contínuo das fáschias, ligamentos e fibras musculares, causando ou incrementando os prolapsos genitais.

Uma vez que o colágeno é parte fundamental dos sistemas de suspensão dos órgãos pélvicos, doenças do colágeno, de origem genética ou adquirida, também podem ser responsáveis por prolapsos. Da mesma maneira, patologias neurológicas como meningomielocele, esclerose múltipla, *miastenia gravis* e outras podem causar alterações do assoalho pélvico por comprometimento dos músculos que compõem o diafragma pélvico.

A vida sedentária é outra causa de frouxidão dos complexos músculo-fasciais do períneo assim como lesões neurológicas locais resultante de cirurgias da pelve que envolvem extensas disseccções.

Diagnóstico

A sensação de peso e percepção de abaulamento na vulva ou vagina são as principais queixas da paciente com distopia genital, seguida por relatos de esvaziamento vesical incompleto, infecção urinária de repetição e dificuldade de evacuação.

O exame físico revelará o abaulamento da parede vaginal de acordo com o defeito pélvico existente.

Compartimento anterior: pode apresentar três tipos de defeitos de sustentação e manifestam-se com o prolapso da parede anterior da vagina, anteriormente conhecida como cistocele. São eles:

Defeito mediano ou medial da fáschia pubocervical: ocorre a ruptura longitudinal da fáschia e a bexiga protrui para o canal vaginal. No exame físico, observa-se prolapso do terço médio da parede anterior da vagina que não diminui quando se eleva os fôrnices laterais e a mucosa vaginal apresenta-se sem as rugas habituais, tornando-se lisa.

Defeito lateral ou paravaginal: quando há o desgarramento da fáschia do arco tendíneo uni ou bilateralmente, levando ao desabamento da parede vaginal anterior que sustenta a bexiga. Também compromete o terço médio da vagina, porém, o prolapso é corrigido com a manobra de elevação do fôrnice lateral durante a manobra de valsalva e, quando unilateral, apresenta-se assimétrica. As rugosidades vaginais estão mantidas.

Defeito transverso: rompimento transversal da fáschia na sua inserção no anel pericervical, apresentando-se como abaulamento do terço posterior da parede anterior vaginal.

Compartimento posterior: conhecido como retocele, pode ser causado por dois tipos de defeitos do assoalho pélvico:

Defeito médio: devido à rotura longitudinal da fáschia retovaginal provocando o prolapso da parede retal para o interior da cavidade vaginal.

Defeito transverso: causado pelo desgarramento da fáschia reto vaginal do anel pericervical, manifestando-se como abaulamento da parede vaginal posterior como no defeito médio, porém atingindo porções mais proximais da vagina, antes conhecida como retocele alta.

Compartimento apical: pode ocorrer o prolapso uterino e a enterocele, devido à rotura ou frouxidão do anel pericervical composto pelos ligamentos cardinais, uterossacos e pubocervicais. Quando a paciente é hysterectomizada, pode levar ao prolapso de cúpula vaginal.

Importante lembrar que os órgãos pélvicos apresentam uma mobilidade discreta que é normal não devendo ser considerada como prolapso (apenas variações maiores que 2 cm da situação de repouso devem ser consideradas prolapso). Por outro lado, raramente encontramos um defeito de sustentação específico e isolado, sendo comum o comprometimento em graus variados dos diversos compartimentos pélvicos.

Uma vez visualizado um prolapso genital ao exame físico, o próximo passo a ser dado é a quantificação desta alteração, uma vez que a conduta terapêutica dependerá dessa avaliação.

Classificação dos Prolapsos

Existem duas classificações para quantificar o prolapso genital: uma é qualitativa, através da inspeção visual, chamada de Baden-Walker, criada em 1968; outra, chamada de POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), criada em 1996 pela Sociedade Internacional de Continência (ICS), que quantifica a distância de cada prolapso. Ambas utilizam o mesmo ponto de referência (carúncula himenal). Porém, o POP-Q surgiu devido à enorme variabilidade inter e intraobservador do prolapso durante o exame físico, dificultando a padronização de resultados clínicos durante a publicação das pesquisas. Atualmente, é o método mais utilizado. Em ambos os métodos, lembrar de utilizar sempre a pior gradação durante o exame físico.

Baden-Walker ou Sistema Intermediário

Foi o sistema mais usado até 1996. Ele apresenta a carúncula himenal como ponto de referência, e a classificação do prolapso é subjetiva, visual. A avaliação do grau do prolapso deve ser feita sempre durante a manobra de valsalva.

Divide-se em quatro graus:

- Grau 0 – sem prolapso.
- Grau 1 – prolapso chega pelo menos na metade da distância do caminho entre o local original e a carúncula himenal.
- Grau 2 – prolapso está ao nível da carúncula himenal.
- Grau 3 – prolapso ultrapassou a carúncula himenal, porém não exteriorizou completamente o órgão.
- Grau 4 – é o prolapso total do órgão.

Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q)

Esse sistema também usa a carúncula himenal como ponto de referência, e utiliza nove pontos, que serão discriminados abaixo. A anotação se dá em um painel onde a linha do meio não se delimita sinais. Todo ponto na primeira e terceira linha apresenta um sinal (positivo ou negativo), e a distância do ponto de maior prolapso para a carúncula himenal é registrado em centímetros com um espelho, régua graduada ou histerômetro.

Aa	Ba	C
Hg	cp	Cvt
Ap	Bp	D

a – compartimento anterior

p – compartimento posterior

Ba – ponto de maior prolapso do compartimento anterior

Bp – ponto de maior prolapso do compartimento posterior

C – ponto de maior prolapso do colo uterino

Hg – hiato genital – distância do meato uretral até a fúrcula vaginal

Cp – corpo perineal – distância da fúrcula vaginal até o esfíncter anal

Cvt – comprimento vaginal total

D – fundo de saco de Douglas

Os pontos Aa e Ba estão convencionalmente a 3 cm da uretra, no mesmo lugar em pacientes que não apresentam prolapso, tanto no compartimento anterior como no posterior. Quando existe prolapso, o ponto Aa separa do Ba, e para estagiar o prolapso e definir conduta, utiliza-se o Ba.

A classificação do POP-Q se dá em graus:

Grau 0 – sem prolapso

Grau 1 – o ponto de maior prolapso (Ba, Bp, C, D) encontra-se a menos de 1 cm atrás da carúncula himenal

Grau 2 – o ponto de maior prolapso (Ba, Bp, C, D) encontra-se entre 1 cm antes e 1 cm depois da carúncula himenal

Grau 3 – o ponto de maior prolapso (Ba, Bp, C, D) encontra-se depois de 1 cm da carúncula himenal e é menor que a diferença entre a vaginometria e 2 cm.

Grau 4 – o ponto de maior prolapso (Ba, Bp, C, D) encontra-se depois de 1 cm da carúncula himenal e é maior que a diferença entre a vaginometria e 2 cm.

Os valores encontrados durante o POP-Q podem ser registrados de maneira linear ao invés da utilização do painel descrito acima.

Tratamento cirúrgico

Os objetivos da correção cirúrgica das distopias são o alívio dos sintomas, reconstrução do assoalho pélvico o mais próximo possível da normalidade com conseqüente melhora das condições evacuatórias, miccionais e sexuais. Embora a fisioterapia e outras condutas não cirúrgicas, como o uso de pessários, possam levar a uma melhora relativa nos