

Distopias genitais

Julio Cesar Rosa e Silva

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

FMRP - USP

2014

O que é distopia genital ou prolapso de órgão pélvico?

Protusão de qualquer um dos órgãos pélvicos para o canal vaginal ou para o exterior da vagina

ACOG Bulletin nº 85: Pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* (2007); 110(3):717-29.
National Association for continence (2013). <http://www.nafc.org/prolapse/>

Classificando os prolapsos em uma graduação de 0 a 4 e considerando 2 ou maior significante (sintomático x assintomático).

Definição de distopia genital

Qualquer projeção descendente do útero ou da parede vaginal anterior ou posterior ou apical para dentro do espaço potencial da vagina (sintomático x assintomático).

Classificando os prolapsos em uma graduação de 0 a 4 e considerando 2 ou maior significante (sintomático x assintomático).

- Prevalência (depende da definição e do desenho do estudo)
 - 2-3% são sintomáticos
 - 22% entre 18-83 anos
 - 50% entre 50-83 anos
 - WHI: 41% entre 50-79 anos tinham algum tipo de prolapso, sendo 34% parede anterior, 19% parede posterior e 14% do útero

- 300.000 procedimentos cirúrgicos ao ano
- 1,5 a 5 casos por 1.000 mulheres/ano
 - 58% em mulheres <60 anos
 - 13% nova cirurgia em menos de 5 anos
 - 29% nova cirurgia
- 1 bilhão de dólares de custo annual
- 20% das mulheres em fila de espera para cirurgia ginecológica

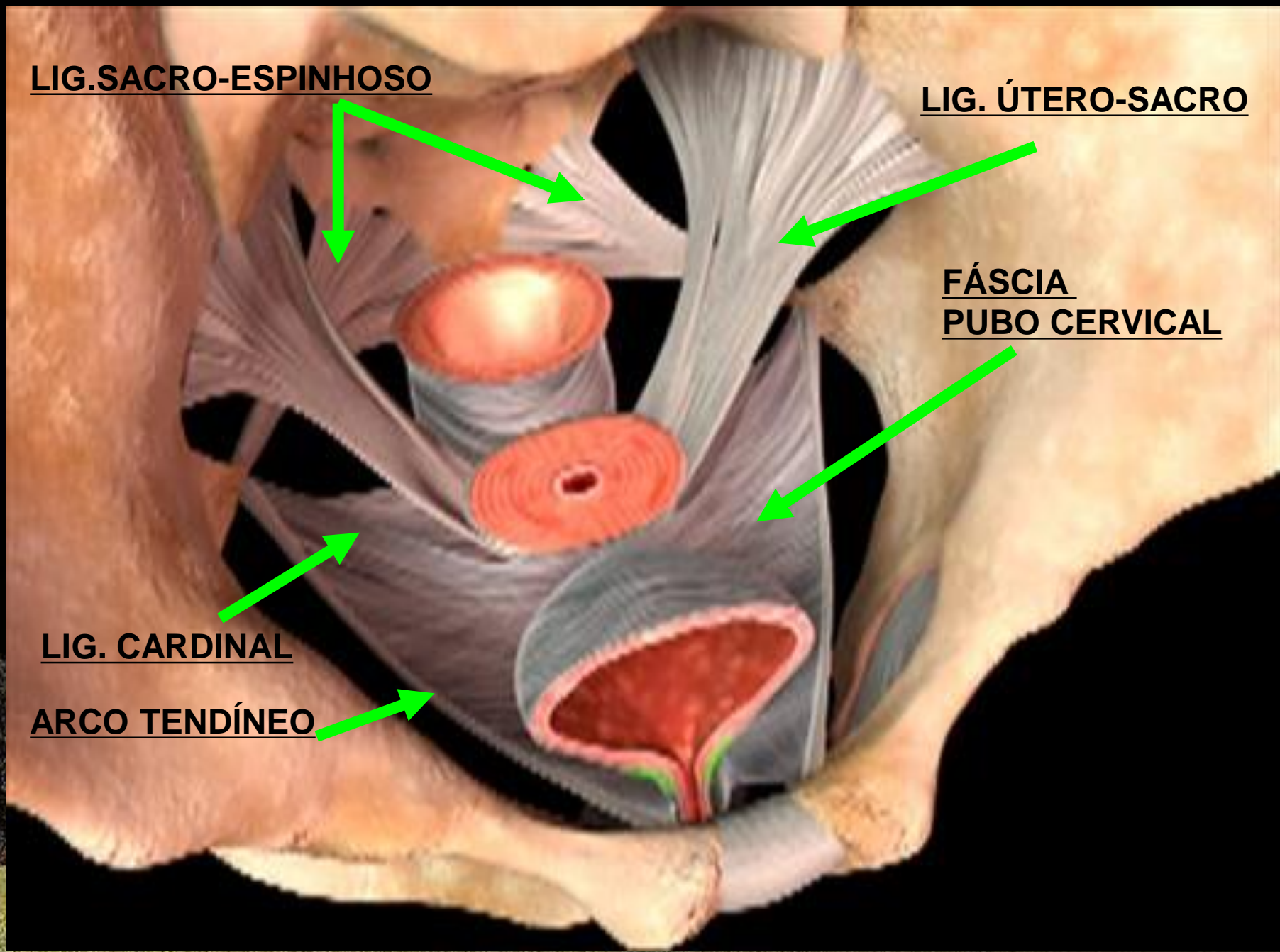
LIG. SACRO-ESPINHOSO

LIG. ÚTERO-SACRO

FÁSCIA
PUBO CERVICAL

LIG. CARDINAL

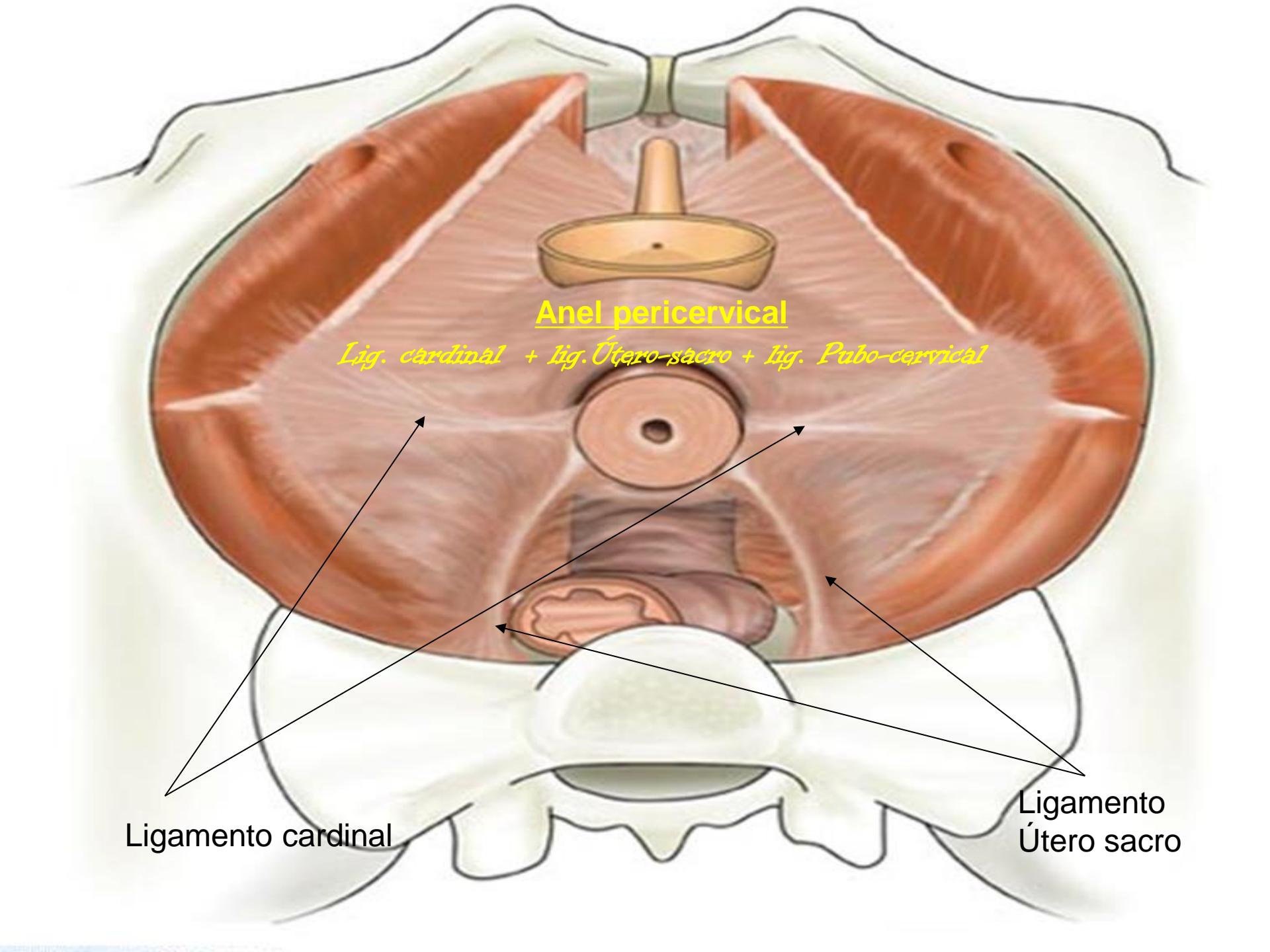
ARCO TENDÍNEO



ESTRUTURAS DE SUSPENSÃO E SUSTENTAÇÃO PÉLVICA

APARELHOS DE SUSTENTAÇÃO

- Localizados entre o assoalho pélvico e a região perineal
- Tecido muscular e fáscias (aponeurose)
- Diafragma pélvico, urogenital com a fáscia endopélvica como tecido de permeio
- Principal aparelho é o pélvico e o principal músculo é o levantador do ânus



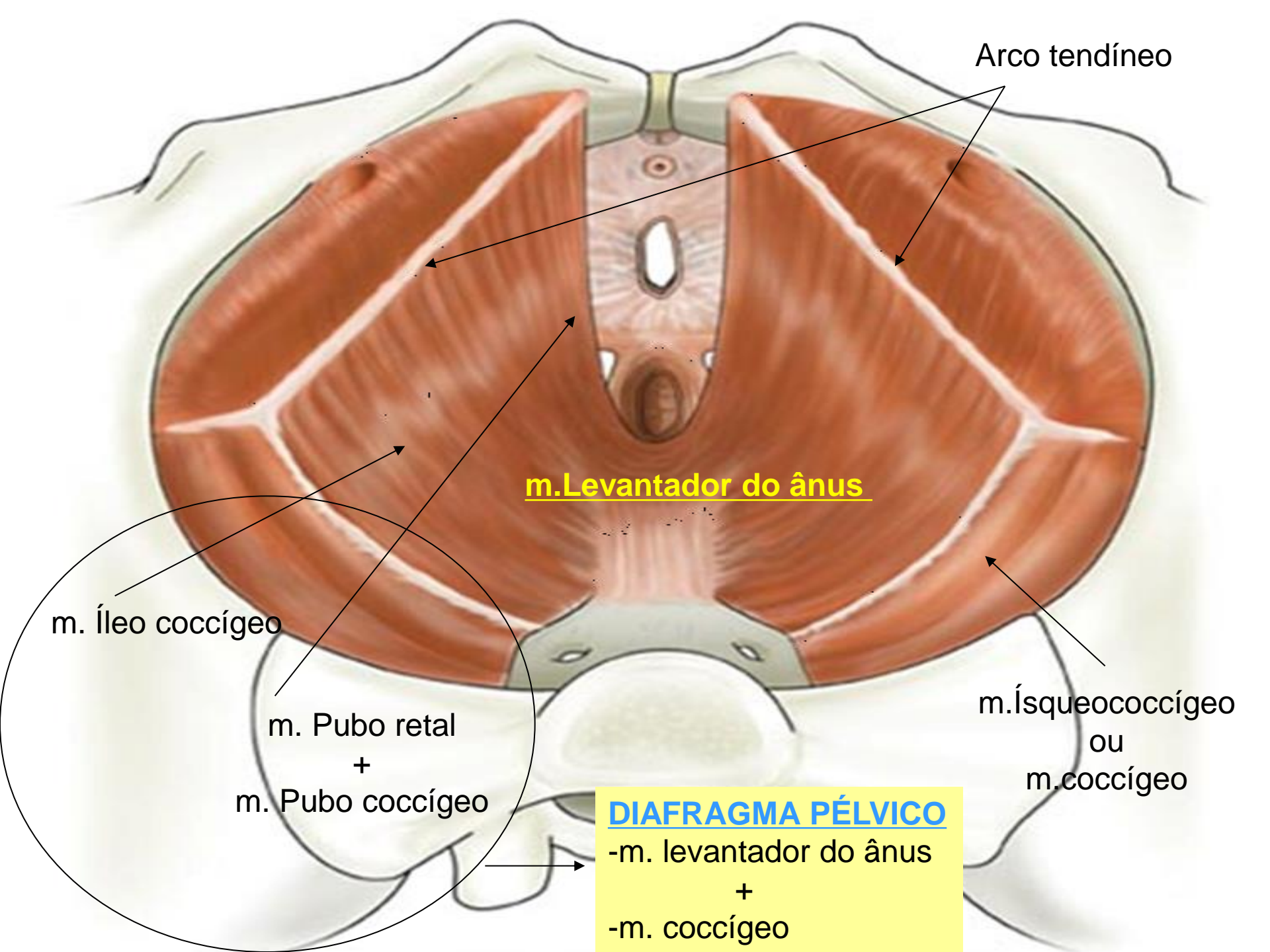
Anel pericervical

This diagram illustrates the female pelvic floor from an anterior view. The central focus is the cervix, which is surrounded by a ring of ligaments known as the pericervical ring. This ring is composed of the cardinal ligaments, the uterovesical ligament, and the uterine sacrotuberous ligaments. The diagram also shows the uterus, the bladder, and the rectum, along with the pelvic bones and the levator ani muscle. The pericervical ring is shown as a thick, fibrous band that encircles the cervix and extends laterally to the pelvic walls. The ligaments are shown as thick, fibrous bands that connect the cervix to the pelvic bones and the sacrum. The diagram is color-coded to show different tissues: the cervix is pink, the uterus is reddish-brown, the bladder is light pink, the rectum is dark brown, and the pelvic bones are white. The levator ani muscle is shown as a broad, fan-shaped muscle that forms the floor of the pelvic cavity. The diagram is labeled with various anatomical structures, including the pericervical ring, the cardinal ligament, the uterovesical ligament, and the uterine sacrotuberous ligament.

Lig. cardinal + lig. Útero-sacro + lig. Pubo-cervical

Ligamento cardinal

Ligamento
Útero sacro



Arco tendíneo

m. Levantador do ânus

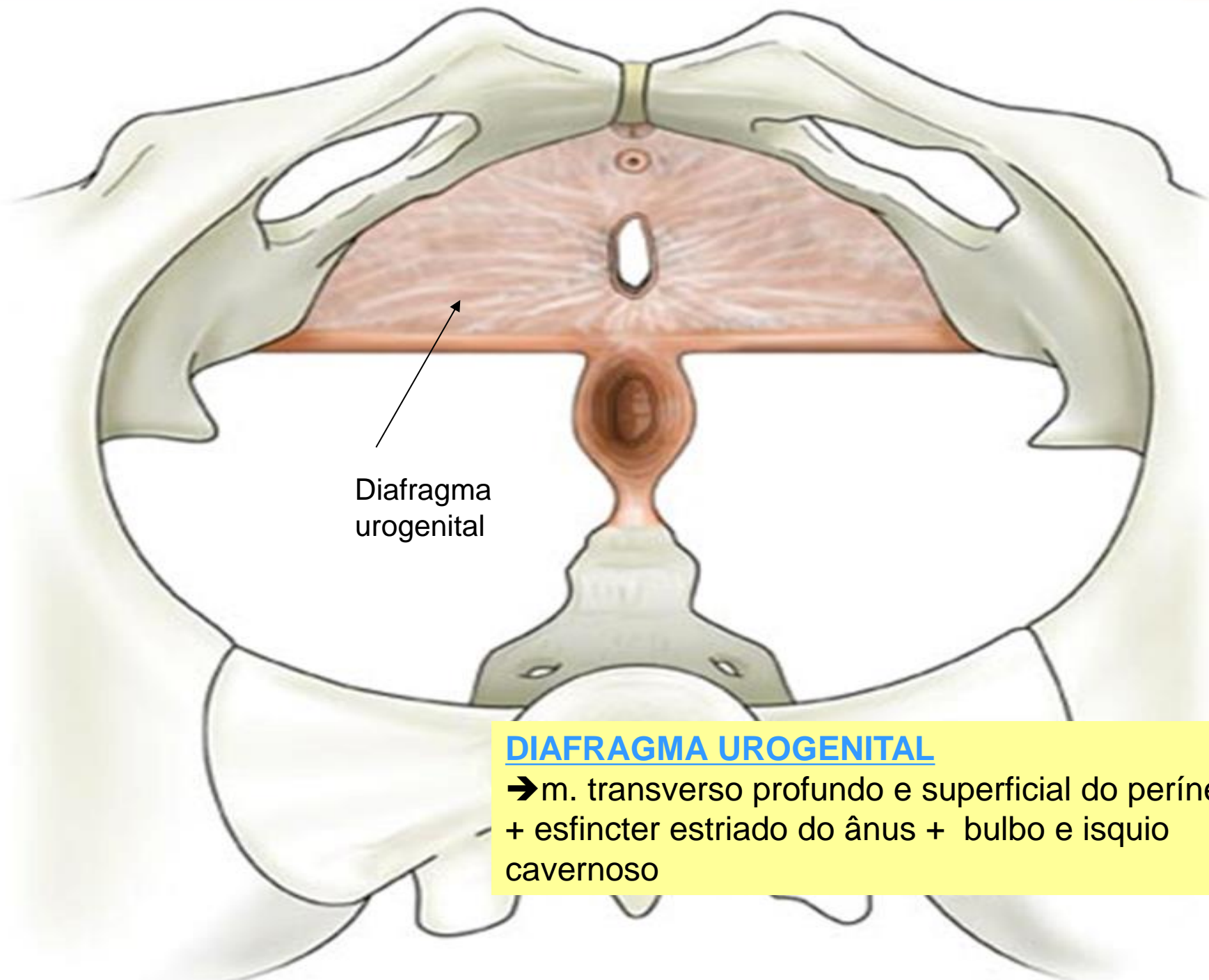
m. Íleo coccígeo

m. Pubo retal
+
m. Pubo coccígeo

m. Ísqueococcígeo
ou
m. coccígeo

DIAFRAGMA PÉLVICO

-m. levantador do ânus
+
-m. coccígeo



Diafragma
urogenital

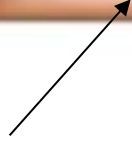
DIAFRAGMA UROGENITAL

→ m. transverso profundo e superficial do períneo
+ esfíncter estriado do ânus + bulbo e isquio
cavernoso

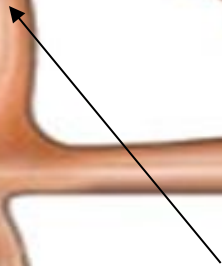
m. Isquio cavernoso



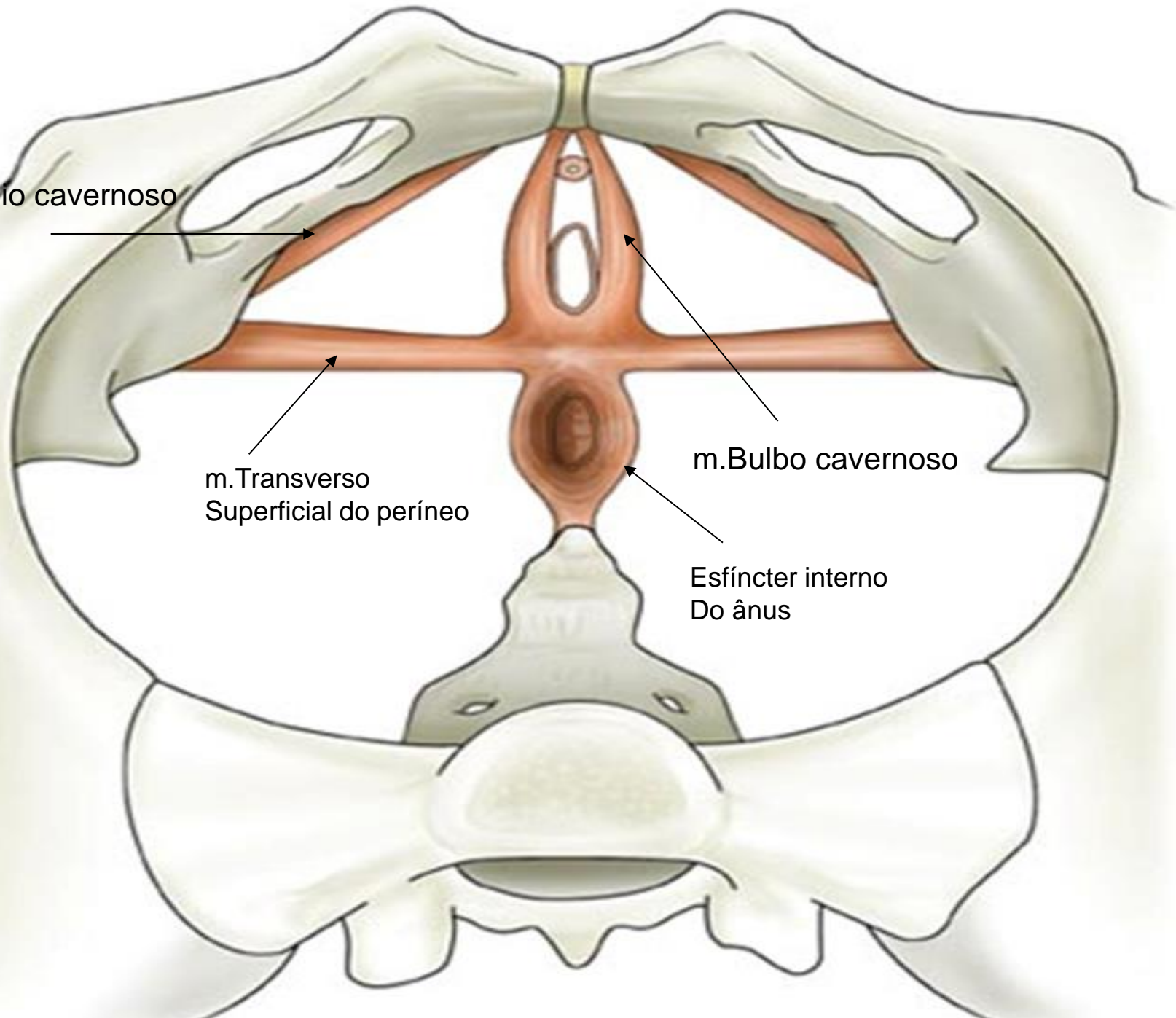
m. Transverso
Superficial do períneo



m. Bulbo cavernoso



Esfínter interno
Do ânus



- Fatores de risco mais significativos
 - Idade (75% na pós-menopausa)
 - Parto vaginal (lesão muscular e neuropatia) / macrosomia
 - 4-5x (2,5x após um parto a 12x após 4 ou mais partos)
 - Apenas 2% ocorrem em nulíparas
 - Hipoestrogenismo
 - Baixo nível educacional
 - Cirurgias prévias (histerectomia)
 - História familiar / deficiência de colágeno e elastina
- Fatores de risco menos significativos
 - Constipação/tosse crônica, obesidade, tabagismo, esforço físico intenso e crônico
- Fatores de risco controversos
 - Defeitos congênitos, raça, atividades de impacto, espinha bífida

- Sensação de peso ou bola ou abaulamento na vagina
- Incontinência urinária associada
- Necessidade de manobras de redução manual do prolapso
- Sensação de esvaziamento incompleto (urinário ou fecal)
- Frouxidão vaginal
- *Flactus vaginalis*
- Incontinência coital
- Dor perineal ou pélvica

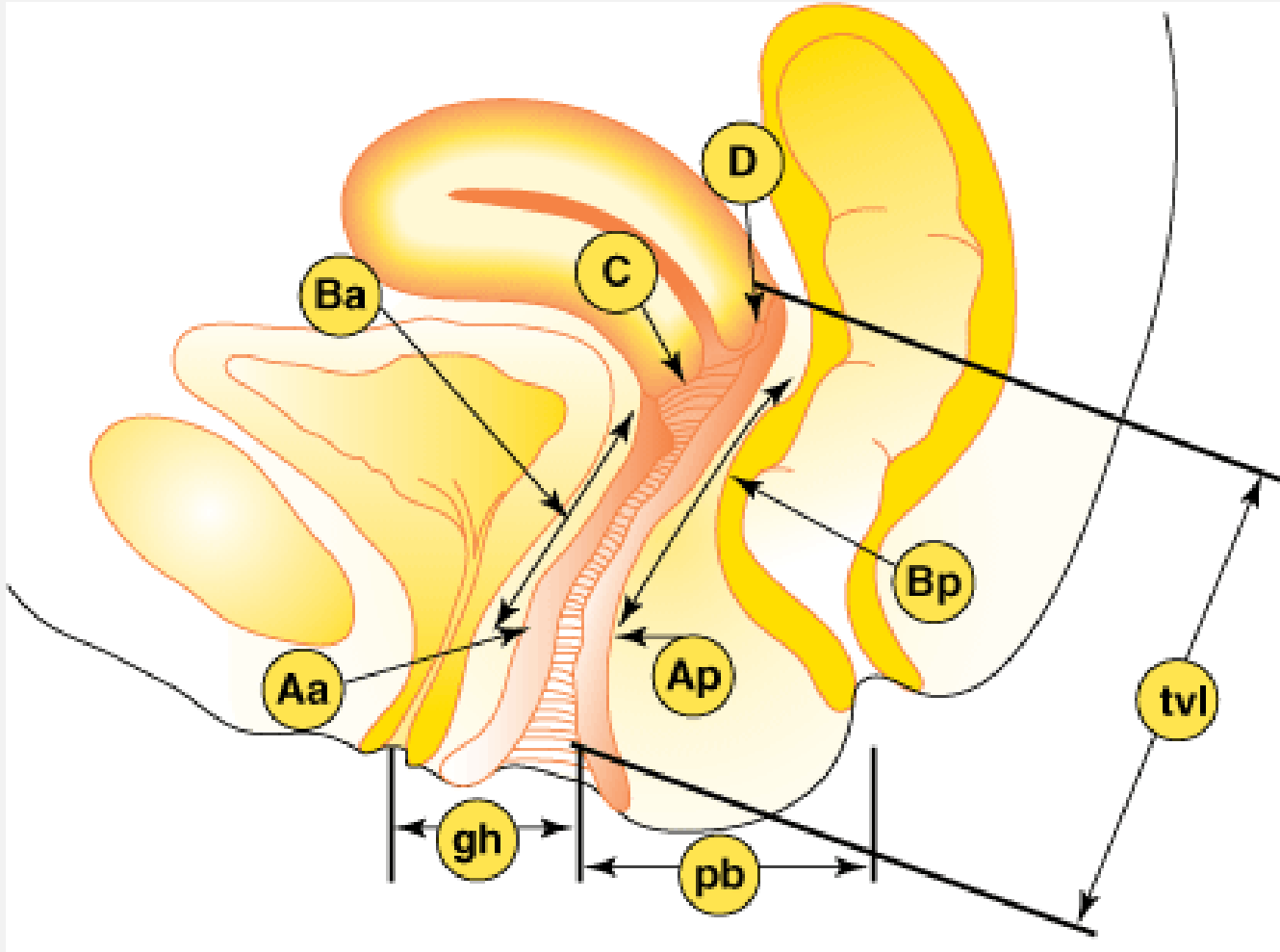
- Mulheres assintomáticas x relevância clínica (?)
- Exame físico deve ser realizado com manobra de esforço (posição ginecológica e ortostática)
- Histerômetro e espéculo (uma das abas) para quantificar o prolapso
- Prolapso apenas se deslocamento de ao menos 2cm da projeção habitual do órgão genital
- Maioria dos defeitos são combinados



- Baden-Walker (1968)
- POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification System*) (1996)

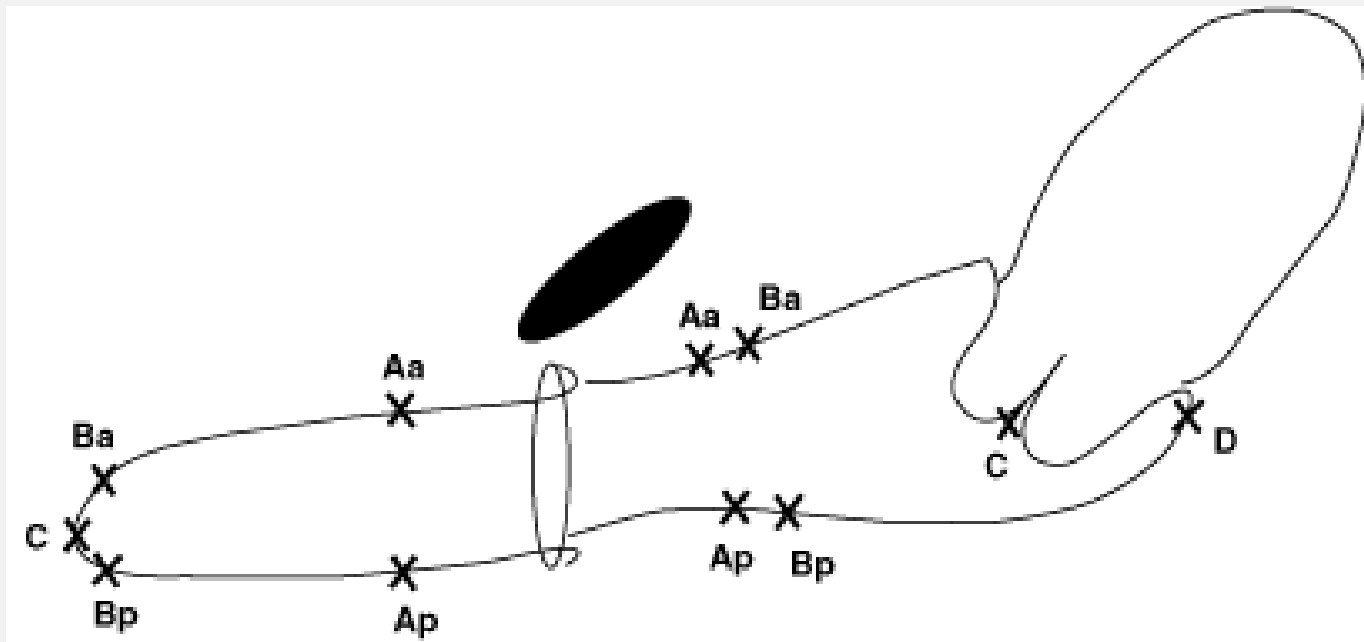
International Continence Society, American Urogynecology Society, Society of Gynecologic Surgeons

- Grau 0
 - Sem prolapso
- Grau 1
 - Pelo menos até a metade da distância entre o local inicial e a carúncula himenal
- Grau 2
 - Quando chega à carúncula himenal sem ultrapassá-la
- Grau 3
 - Quando ultrapassa a carúncula parcialmente
- Grau 4
 - Quando ultrapassa a carúncula em todo o seu conteúdo



- Hg – Hiato genital
 - Distância (cm) entre o meato uretral até a fúrcula vaginal
- Cp – Corpo perineal
 - Distância (cm) da fúrcula vaginal até o esfíncter anal externo
- CVT – Comprimento vaginal total
 - Medido em repouso. Se paciente com prolapo, reduzir e aferir
- Prolapsos internos à carúncula
 - Sinal negativo
- Prolapsos externos à carúncula
 - Sinal positivo

- Aa – parede anterior da vagina, 3cm proximal ao introito
- Ap – parede posterior da vagina, 3cm proximal ao introito
- Ba – parede anterior da vagina, ponto de maior prolapso
- Bp – parede posterior da vagina, ponto de maior prolapso
- C – apical, útero
- D – apical, fórnice posterior da vagina (não existe caso seja hysterectomizada)
 - Aa e Ap sem utilidade clínica significativa para o prolapso

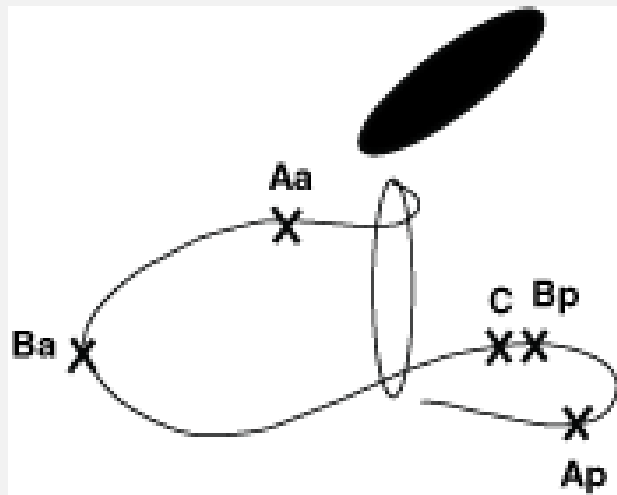


+3	+8	+8
Aa	Ba	C
4.5	1.5	8
gh	pb	tl
Ap	Bp	
+3	+8	-

A

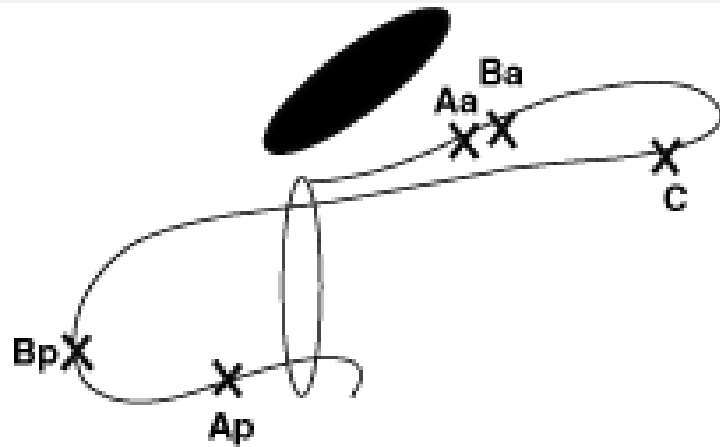
-3	-3	-8
Aa	Ba	C
2	3	10
gh	pb	tl
Ap	Bp	D
-3	-3	-10

B



+3	Aa	+6	Ba	-2	c
4.5	gh	1.5	ph	6	tvI
-3	Ap	-2	Bp	-	

A

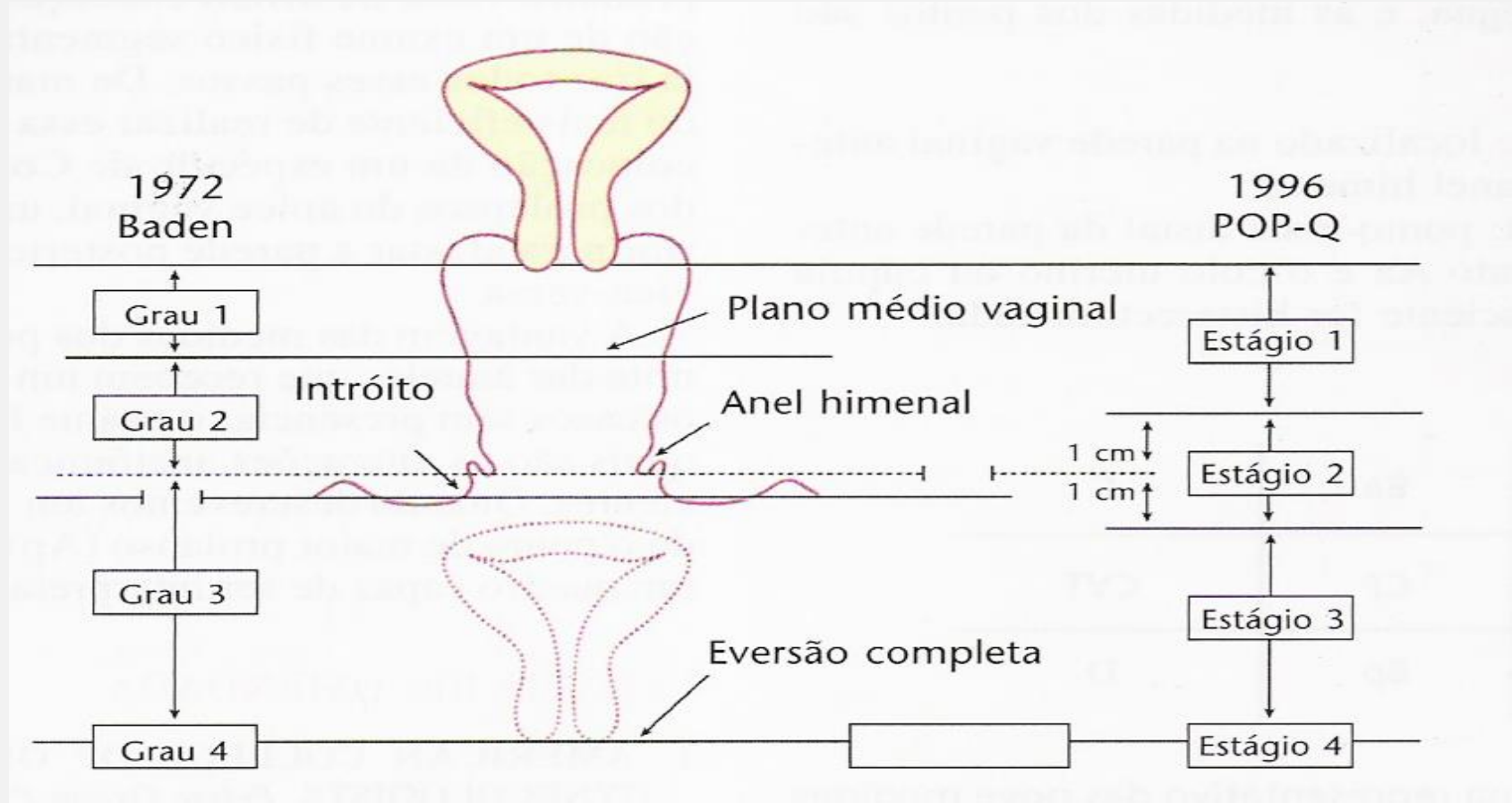


-3	Aa	-3	Ba	-6	c
4.5	gh	1	pb	8	tvI
+2	Ap	+5	Bp	-	

B

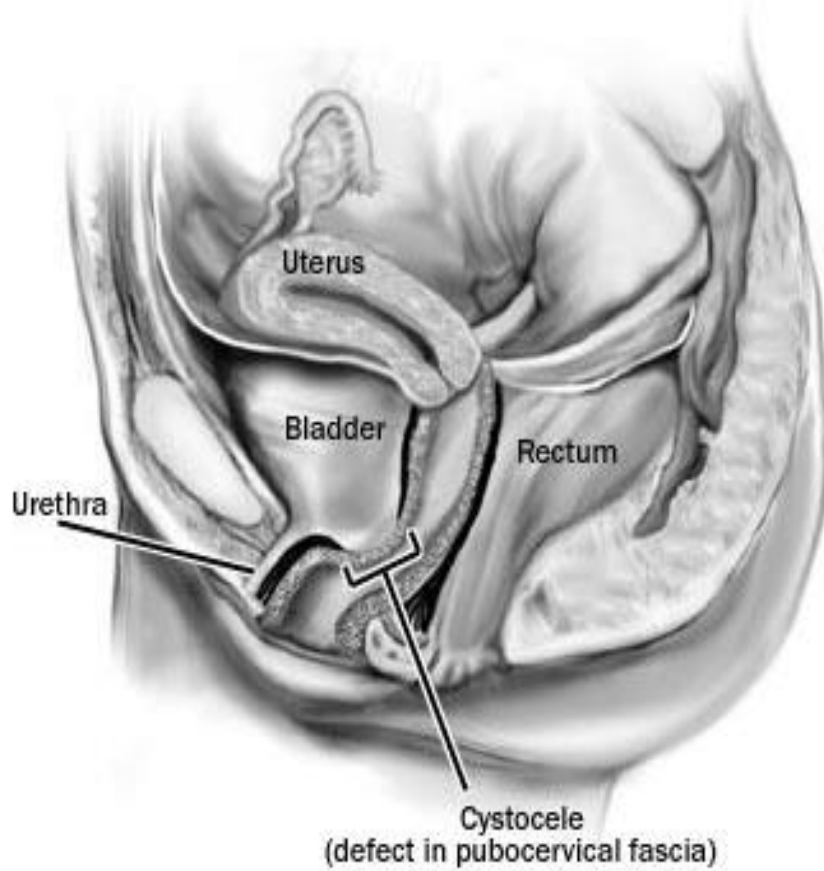
- Grau 0
 - Sem prolapso
- Grau 1
 - Ba, Bp, C ou D está a menos de -1cm da carúncula himenal
- Grau 2
 - Ba, Bp, C ou D está no mínimo em -1cm, mas não mais que +1cm da carúncula himenal
- Grau 3
 - Ba, Bp, C ou D está a mais que +1cm, mas menos que a diferença (CVT-2)cm
- Grau 4
 - Ba, Bp, C ou D está no mínimo em +1cm e maior ou igual que a diferença de (CVT-2)cm

Classificações



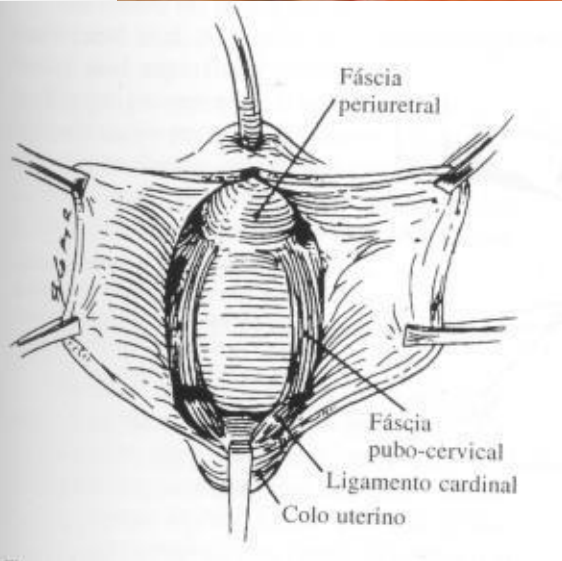
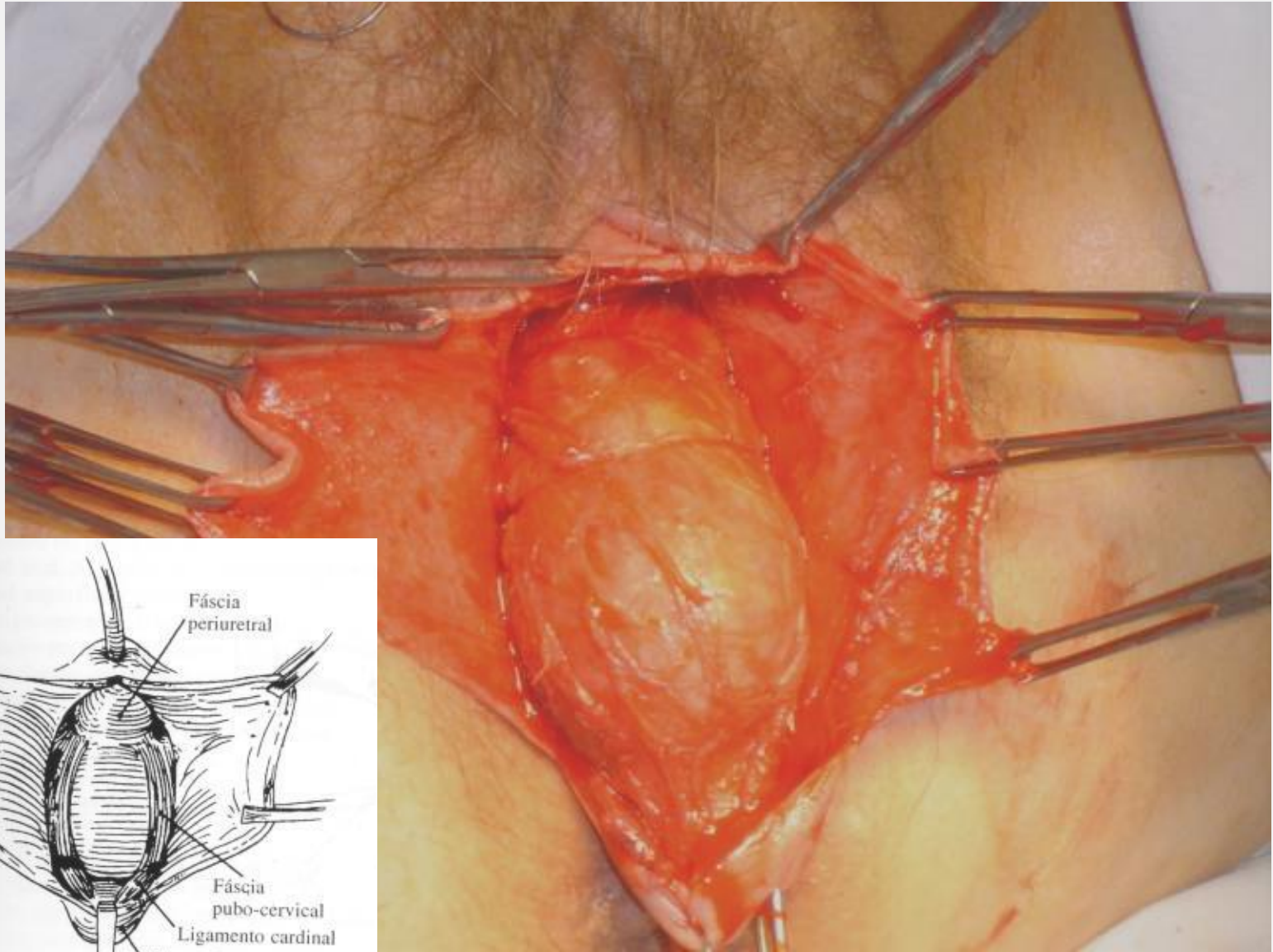
- Defeito do compartimento anterior
 - Cistocele (defeito central ou lateral ou transverso)
- Defeito do compartimento posterior
 - Retocele
- Defeito do compartimento central ou apical
 - Prolapso uterino, de cúpula vaginal e enterocele
- Defeito do compartimento distal
 - Rotura perineal

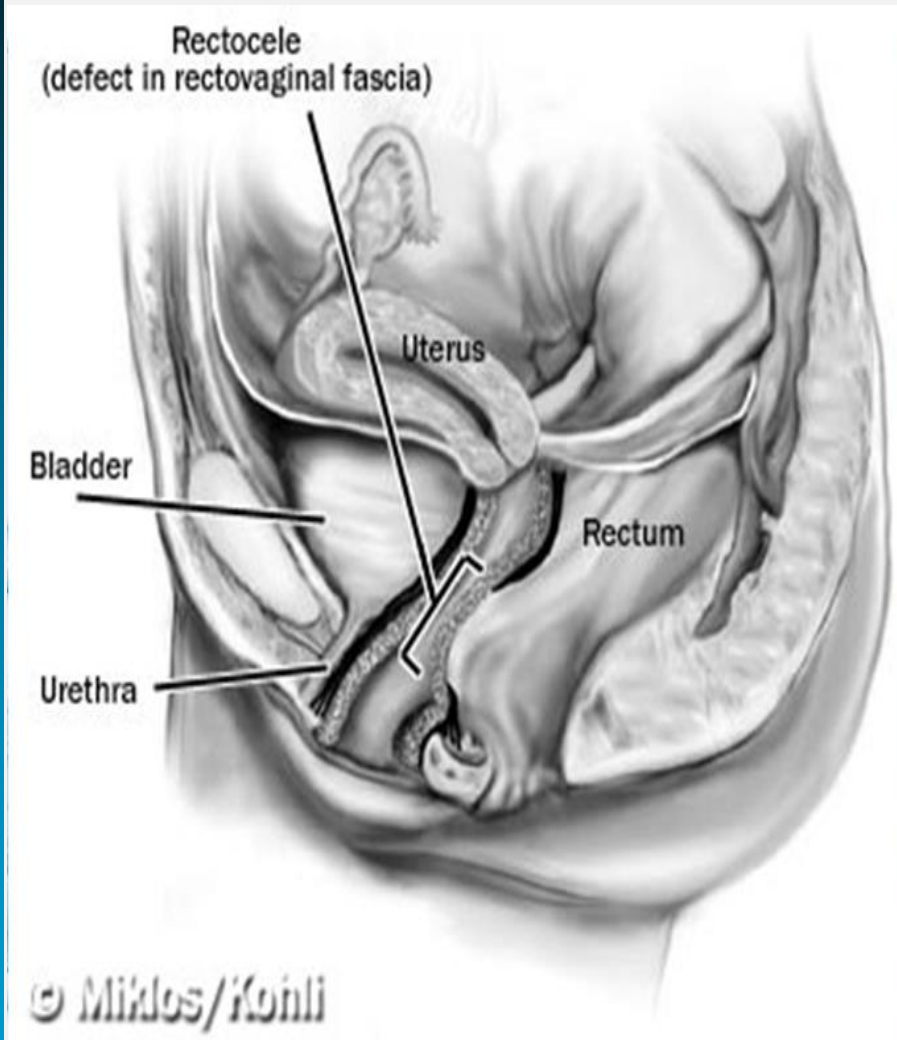
© Miklos/Konli



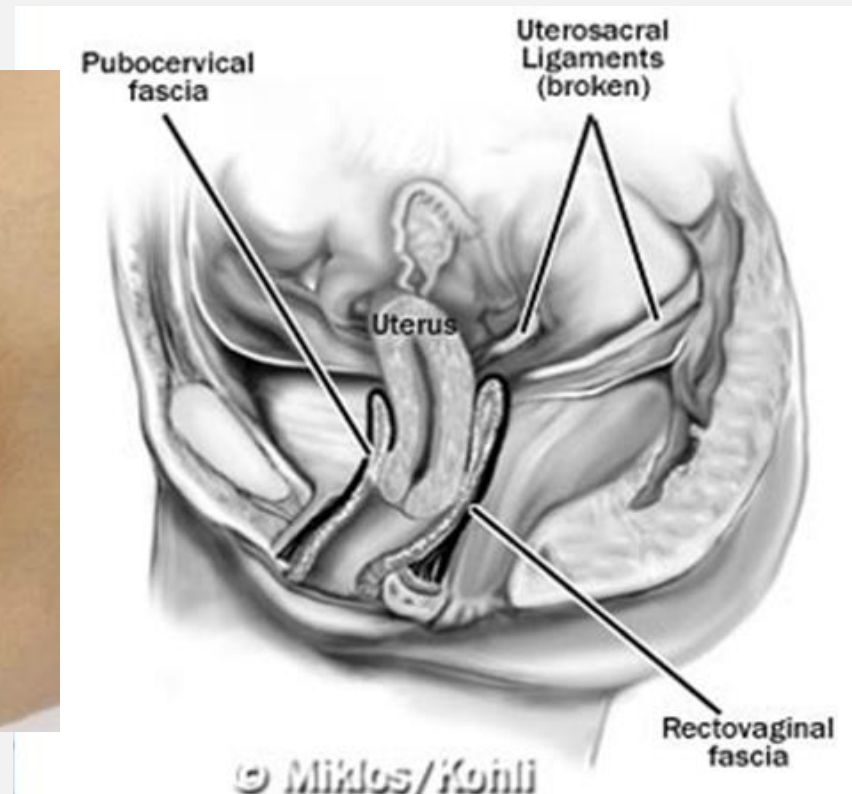
XXXXXX







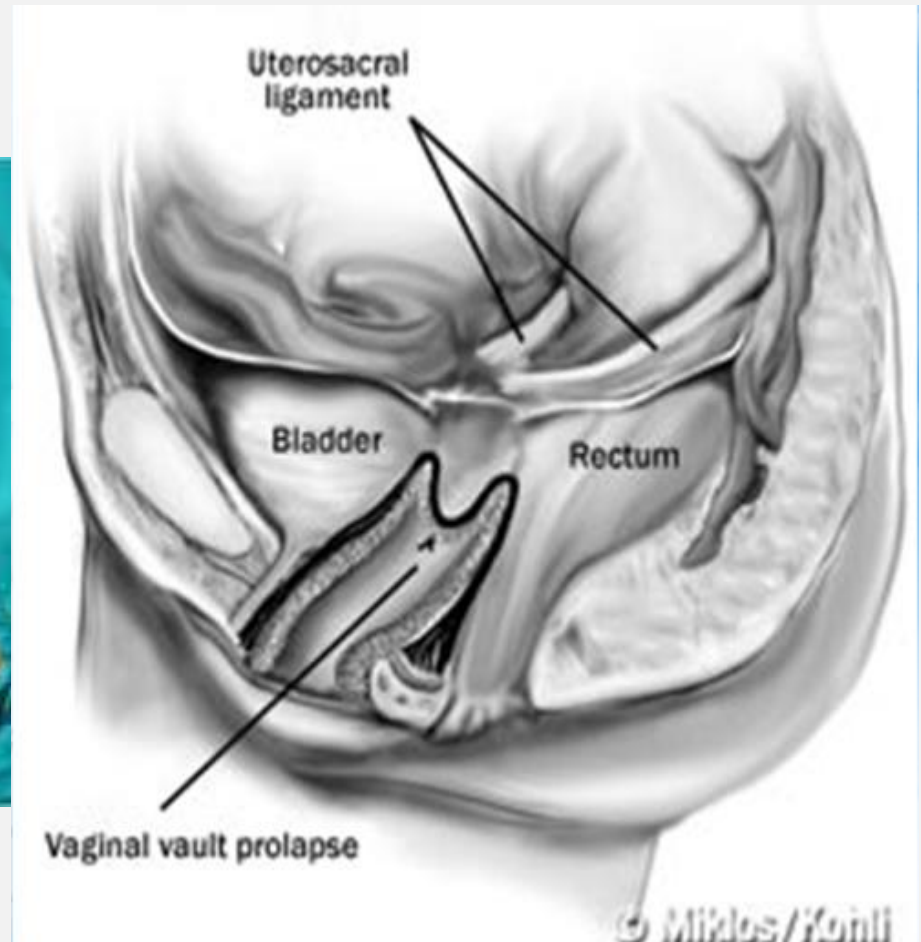
Prolapso uterino



© Miklos/Konli

- Diagnóstico diferencial do prolapso uterino x alongamento hipertrófico do colo do útero
 - Medida com histerômetro do canal endocervical
 - Suspeitar se canal endocervical maior que 5cm
 - Em pacientes jovens discutir amputação do colo ou cirurgia de Manchester (amputação + fixação anterior do paramétrio)

Prolapso de cúpula



- Grau 1

- Quando atinge pele e mucosa

- Grau 2

- Quando atinge plano muscular ou a meio caminho do esfíncter externo do ânus

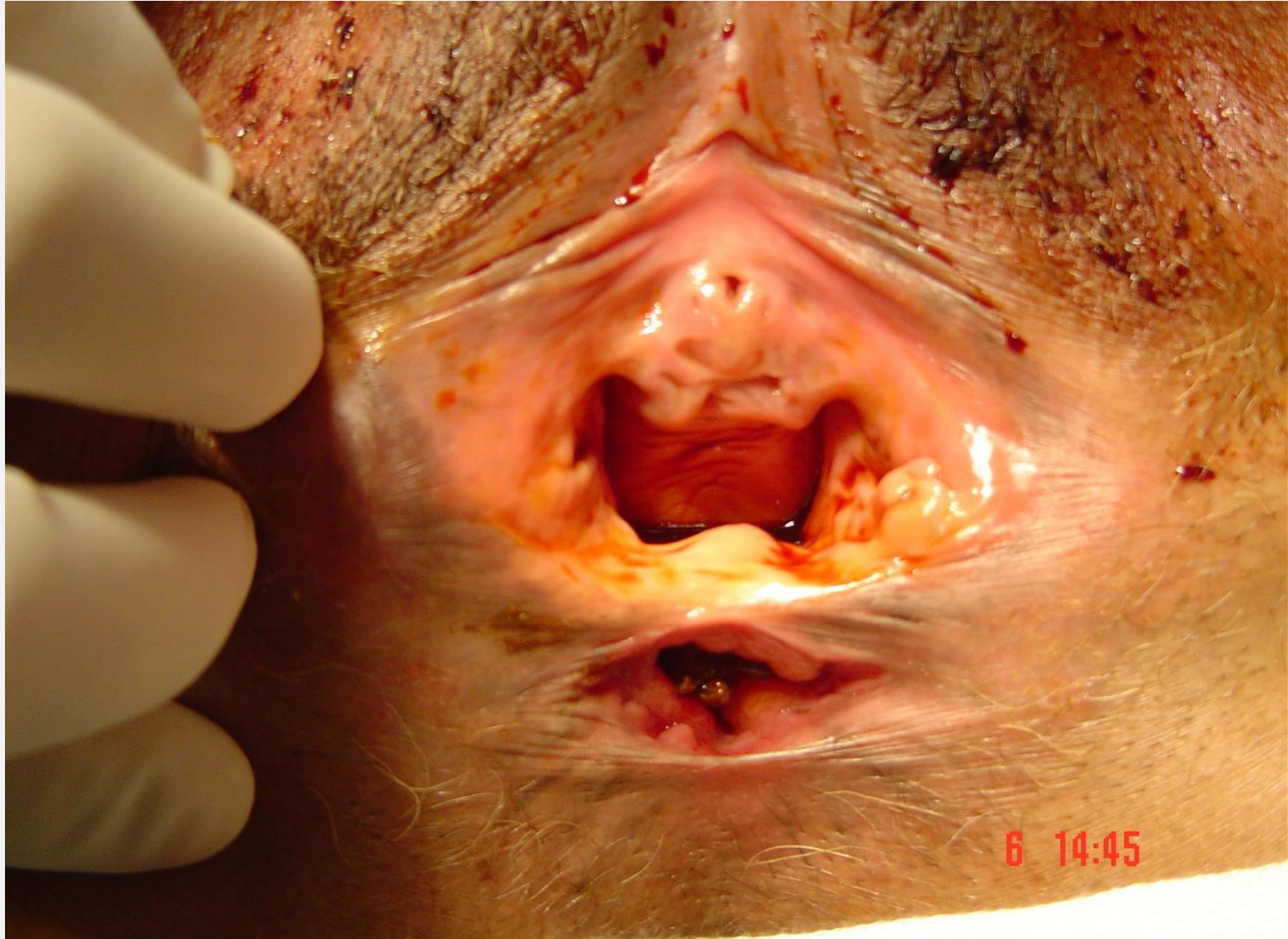
- Grau 3

- Quando atinge o esfíncter externo do ânus sem seccioná-lo ou prejudicar seu funcionamento

- Grau 4

- Quando comunica-se com o esfíncter externo do ânus e mucosa retal**

Rotura perineal



Rotura perineal

