

# Prolapso dos Órgãos Pélvicos

**Autor: Bercina Cando, Dra., Ginecologista, Maternidade Júlio Dinis – Porto**

Actualizado em: Julho de 2010

No prolapso dos órgãos pélvicos, a vagina e os órgãos adjacentes, uretra, bexiga, recto, intestino, saem da sua normal posição por fraqueza ou flacidez dos tecidos de suporte da região pélvica. A consequência é a protusão destes órgãos empurrando a parede vaginal, causando uma “tumefacção”.

Actualmente este reconhecido problema, tornou-se uma prioridade na saúde da mulher. Tornou-se prática clínica da maior parte dos médicos Ginecologistas, Urologistas e de Cuidados de Saúde Primários, a pesquisa de sintomas relacionados com prolapso ou incontinência urinária, que está muitas vezes relacionada ou concomitante.

Normalmente os órgãos pélvicos são sustentados por músculos e ligamentos com inserção nos ossos da bacia. Quando estes tecidos de sustentação sofrem estiramentos e enfraquecem, os prolapso podem acontecer.

Os factores de risco para este tipo de patologia são: a gravidez, os múltiplos partos, a menopausa, as histerectomias prévias, a obesidade, o trabalho pesado ao longo da vida e as alterações do tecido conjuntivo, que podem ser de causa hereditária. À medida que a população envelhece mais prolapso irão sendo diagnosticados, prevendo-se que cerca de 50 % das mulheres irão sofrer de algum grau de prolapso ao longo da sua vida. No entanto apenas 11 % apresentarão prolapso com sintomatologia, que necessite de tratamento cirúrgico

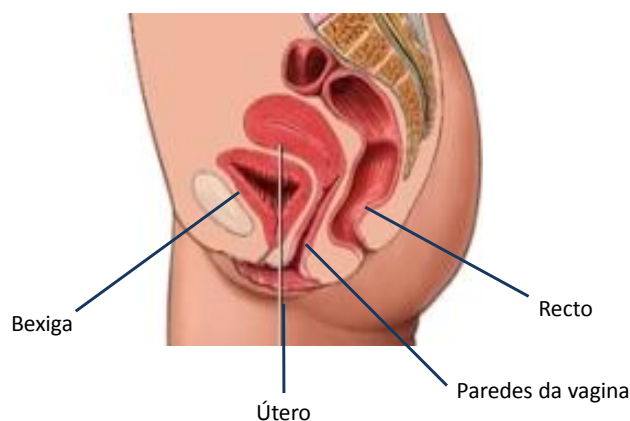


Figura 1 - Anatomia normal do Pavimento Pélvico

## **TIPOS DE PROLAPSO**

Existem vários tipos de prolapsos e na mesma paciente pode coexistir mais do que um porque os órgãos pélvicos e as suas sustentações estão inter-relacionadas:

### **Prolapso do recto – Rectocele**

Trata-se de um prolapso da parede posterior da vagina produzido pelo recto, criando uma proeminência por fraqueza dos tecidos entre o recto e a vagina e da própria vagina.

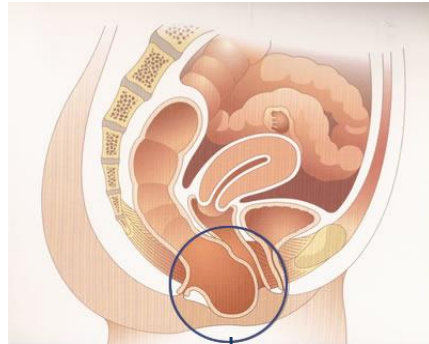


Figura 2 - Rectocele

## Prolapso da bexiga – Cistocele

Esta “queda da bexiga” ocorre quando a parede anterior da vagina perde a capacidade de sustentação. É muitas vezes acompanhada de prolapso da uretra – uretrocele. Quando ocorrem em simultâneo resulta num cistouretocele.

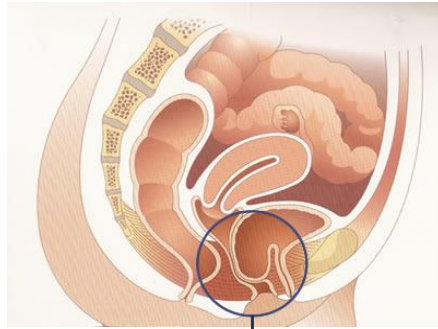


Figura 3 - Cistocele

## **Prolapso do Útero – Histerocele**

Um grupo de ligamentos na parte superior da vagina perdeu a força e capacidade de sustentação deixando que o útero desça através da mesma, podendo exteriorizar-se nos prolapsos de maior grau

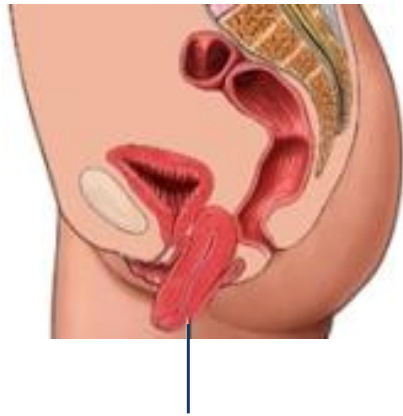


Figura 4 - Prolapso uterino

## Prolapso da cúpula vaginal

O topo da vagina “cai” através da mesma, podendo exteriorizar-se por completo, dependendo do grau de prolapso, por fraqueza dos ligamentos de sustentação e por pressão do intestino e bexiga que empurram respectivamente a parede posterior e anterior da vagina. Este tipo de prolapso ocorre mais frequentemente após uma histerectomia (remoção do útero), porque o útero providencia suporte ao topo da vagina, e a sua remoção implica corte de ligamentos e dano de estruturas nervosas, importantes na manutenção da anatomia normal.

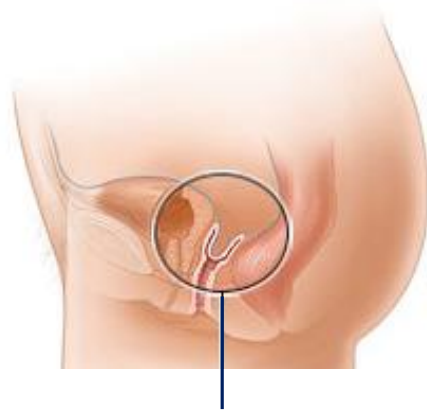


Figura 5 – Prolapso da Cúpula

## **QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS SINTOMAS?**

Algumas mulheres com pequenos prolapso poderão apresentar-se assintomáticas, mas outras poderão apresentar um considerável desconforto, e um sem número de sintomas:

Sensação de pressão, desconforto e dor pélvica - Estes sintomas no entanto diminuem ou desaparecem com a doente deitada

Sintomas urinários - no cistocele, uretrocele e prolapso uterino, as mulheres podem-se queixar de incontinência urinária ou dificuldade no início da micção, dependendo do grau de prolapso. São também frequentes sintomas de urgência e aumento da frequência urinária.

Sintomas intestinais - no rectocele, ao formar-se uma “bolsa”, mesmo acima do esfíncter anal, pode dar dor, pressão e dificuldade no esvaziamento intestinal.

Problemas nas relações sexuais - um prolapso pode causar dor por irritação dos tecidos vaginais, assim como problemas a nível psicológico

## **DIAGNÓSTICO**

Um exame ginecológico de rotina é suficiente para o seu diagnóstico. No entanto alguns exames complementares podem ajudar a esclarecer a completa natureza do problema:

**Ressonância magnética** – Usada para se obter uma imagem detalhada e em três dimensões do pavimento pélvico

**Ecografia** – Essencialmente para obter informação dos músculos peri-anais em mulheres com incontinência fecal. No entanto pode também ser requisitada para excluir patologia uterina, vesical ou renal associada.

**Estudos urodinâmicos** – Este exame informa-nos sobre a capacidade da bexiga armazenar e esvaziar urina. Num primeiro passo mede a quantidade e a força do jacto de urina. Num segundo passo é inserido um cateter na bexiga, e é introduzida uma solução salina ou água esterilizada, que permite registar o volume ao qual a doente refere repleção vesical, urgência e registar as pressões da uretra e da bexiga durante o processo. Ao mesmo tempo é pedido à doente que tussa ou faça força sobre o abdómen para excluir ou constatar perda de urina ao esforço.

**Testes de avaliação do tónus muscular** - Teste ginecológico para avaliação do tónus muscular do pavimento pélvico e dos músculos dos esfíncteres. É também utilizado para estudo dos músculos e ligamentos de suporte do útero, recto e bexiga.

**Cistouretroscopia** - Este exame é usado para visualização da uretra e bexiga, nas mulheres que apresentam sintomatologia de urgência, frequência urinária, dor vesical ou perda hemática, aparecimento de sangue na urina.

Todos estes testes ajudam o cirurgião a seleccionar o melhor método e o tipo de cirurgia a efectuar na correcção do prolapso.

## **TRATAMENTO**

As mulheres sem sintomas associados ao seu prolapso, ou com sintomas muito ligeiros, podem não precisar de tratamento, no entanto devem evitar situações que possam vir a agravar o seu grau de prolapso. A perda de peso, evitar levantar pesos e deixar de fumar são atitudes que poderão prevenir o agravamento do prolapso.

Não é claro que todos os prolapso agravem com a idade e por isso devem ser evitadas atitudes agressivas no seu tratamento.

Nas mulheres sintomáticas e com alteração da sua qualidade de vida pela presença do prolapso, a cirurgia é o único tratamento realmente eficaz e definitivo, para alívio da sintomatologia. Nos casos com sintomatologia ligeira ou que pretendam adiar ou evitar cirurgia, existem tratamentos que poderão melhorar a sua condição e muito menos invasivos que a cirurgia.

**Exercícios de Kegel:** Uma mulher com prolapso mas sem sintomatologia presente deverá ser motivada para a prática destes exercícios, na tentativa de evitar que a sua situação se agrave. Os exercícios de Kegel são contrações voluntárias dos músculos do pavimento pélvico com o objectivo de os reforçar.

**Pessários:** Para as mulheres que estão excluídas do tratamento cirúrgico, por problemas de saúde que contra-indiquem anestésias, ou para as que pretendem adiar a cirurgia e enquanto aguardam pela marcação da mesma. Trata-se de dispositivos que se inserem intra-vaginalmente e que recolocam os órgãos pélvicos no seu lugar anatómico, actuando como um suporte da área pélvica.

### **Tratamento cirúrgico**

Antes de se submeter a tratamento cirúrgico do seu prolapso, convém que as mulheres sejam submetidas a exame ginecológico completo, não só para excluir patologias concomitantes, com para que todos os defeitos sejam correctamente identificados. Devem recorrer a médicos especializados nestas patologias e na cirurgia reconstrutiva do pavimento pélvico, para que possam ter acesso às técnicas que melhores resultados possam produzir.

As técnicas cirúrgicas de reconstrução pélvica podem ser efectuadas por via vaginal ou abdominal. Respeitando as indicações e dependendo de doente para doente as duas vias podem ser igualmente eficazes. A laparoscopia, é uma via em desenvolvimento no tratamento destes problemas. A sua utilização é mais comum no tratamento de prolapso da cúpula pós histerectomia

Estas cirurgias são normalmente efectuadas com anestesia geral ou loco-regional, dependendo, de patologias concomitantes da doente, da via de abordagem, da escolha do anestesista, do cirurgião e da própria doente.

Na maior parte dos casos, e em qualquer das abordagens escolhidas os resultados serão muito melhores com o recurso ao uso de próteses – redes – que reforçarão os tecidos, criando novos ligamentos e actuando como uma plataforma para o crescimento de novo tecido. Este conceito é retirado de muitos anos de experiência no tratamento, por exemplo, de hérnias em cirurgia geral.

Como todas as cirurgias estas não são isentas de riscos ou complicações. Existem complicações intra-operatórias: perfurações vesicais, hemorragias que requerem atitudes cirúrgicas correctivas adicionais, e complicações pós-



operatórias: erosão, infecção da rede, infecções urinárias, dor com as relações sexuais, incontinência urinária de novo. No entanto quando as cirurgias são executadas em centros especializados a maior parte destas complicações acontecem em percentagens muito baixas.

Na maior parte dos casos os períodos de internamento são muito curtos e dependendo do procedimento variam entre 2 a 3 dias.

Existe também o risco de recorrência que parece ser mais elevado para os cistoceles. No entanto com o uso de próteses, este risco de recorrência é cada vez menor. Para este facto também ajudarão as medidas que já tivemos oportunidade de referir: perda de peso, evitar trabalho forçado, combater a obstipação, deixar de fumar.

No entanto sabemos que uma mulher jovem com correcção cirúrgica de prolapso terá maior probabilidade de re-operações para o mesmo ou outro tipo de prolapso. Os tecidos de sustentação estavam e continuam danificados e existe uma maior probabilidade de uma vida mais activa, com mais esforços que potenciem o aparecimento de novos prolapsos

**Medicações** - A maior parte das doentes com prolapso encontrar-se-ão na menopausa. Não é claro que a Terapêutica Hormonal de Substituição tenha um papel positivo na prevenção ou no risco de agravamento do prolapso, no entanto os estrogéneos locais em forma de creme, não só podem melhorar a sintomatologia relacionada com os prolapsos, como ter um papel positivo no pós-operatório destas doentes.

### **Fisioterapia**

**Estimulação Eléctrica** - Utiliza um dispositivo que produz uma corrente eléctrica de baixa voltagem, aplicada nos músculos do pavimento pélvico, através da vagina. Esta corrente promove a contracção dos músculos, com o objectivo de os fortalecer.

**Biofeedback** - Utiliza um sensor que avalia, enquanto a doente executa exercícios pélvicos, as contracções musculares, para determinar se esses exercícios atingem os músculos que pretendemos fortalecer.