



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.MED-GIN.012 – Página 1/13	
Título do Documento	<b>DISTOPIAS GENITAIS</b>	Emissão: 21/12/2021	Próxima revisão:
		Versão: 2	21/12/2023

## 1. AUTORES

- Dayana Maia Saboia
- José Ananias Vasconcelos Neto
- Têmis de Castro Dias

## 2. SUMÁRIO

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) refere-se ao descenso desses órgãos pela cavidade vaginal podendo até se exteriorizar. Ocorre, mais comumente, com o útero e/ou os diferentes compartimentos vaginais e seus órgãos vizinhos, como bexiga, reto ou intestino.

As mulheres com prolapso podem apresentar sintomas que afetam as atividades diárias, as funções sexuais, miccionais e defecatórias, além de gerar um impacto negativo sobre a imagem corporal.

## 3. SIGLAS E CONCEITOS

CP: corpo perineal

CVT: comprimento vaginal total

HG: hiato genital

FSE: ligamento sacroespinal

POP: prolapso de órgãos pélvicos

TMAP: treinamento dos músculos do assoalho pélvico

US: ultrassom

## 4. OBJETIVOS

Discutir os aspectos diagnósticos e a abordagem terapêutica dos POP.

## 5. JUSTIFICATIVA

Estudos avaliam que cerca de 25% das mulheres norte-americanas são afetadas por distúrbios do assoalho pélvico, como POP e incontinências fecal e urinária. Sua prevalência aumenta com a idade, sendo que, entre os 20 e os 59 anos, a incidência dobra a cada década, com seu pico entre 70 e 79 anos. Calcula-se que, ao longo da vida, as mulheres tenham 13% de chance de serem submetidas à correção cirúrgica do prolapso e, destas, cerca de 6-30% têm chance de necessitar de um segundo procedimento.

Ademais, defeitos da parede vaginal anterior são significativamente mais comuns (cerca de 33- 34%) do que da parede posterior (18%) ou defeitos apicais (14 %). No entanto, é válido notar que a vagina é um órgão contínuo e defeitos no ápice contribuem para o prolapso de outros compartimentos.

## 6. FISIOPATOLOGIA E FATORES DE RISCO

O suporte anatômico das estruturas pélvicas nas mulheres é promovido por uma interação entre os músculos do assoalho pélvico, os ligamentos de tecido conjuntivo e a pelve óssea. O diafragma pélvico formado pelo complexo do músculo elevador do ânus (músculos pubococcígeo,



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.MED-GIN.012 – Página 2/13	
Título do Documento	<b>DISTOPIAS GENITAIS</b>	Emissão: 21/12/2021	Próxima revisão:
		Versão: 2	21/12/2023

puborretal e iliocóccigeo) e o músculo coccígeo oferece suporte primário para os órgãos pélvicos, fornecendo uma base firme, porém elástica sobre a qual os órgãos pélvicos repousam. A fásia endopélvica estabiliza os órgãos pélvicos na posição correta para que sejam suportados pelos músculos pélvicos.

Um sistema de três níveis integrados de suporte vaginal foi descrito por DeLancey. Cada nível de sustentação é responsável pela elevação de seguimentos vaginais distintos, que, quando alterados, resultam em prolapso da parede vaginal apical, anterior e posterior:

- Nível 1 – Responsável pela elevação do compartimento apical da vagina. Consiste na fixação dos ligamentos cardinal e uterossacrais ao colo uterino e à vagina superior. A perda do suporte de nível 1 contribui para o prolapso apical (prolapso uterino ou de cúpula).
- Nível 2 - Fixa a vagina média, ao longo de sua extensão, à fásia do arco tendíneo pélvico, por meio dos ligamentos paravaginais que são contíguos ao complexo cardinal/uterossacral na espinha isquiática. A perda de suporte do nível 2 contribui para o prolapso da parede vaginal anterior.
- Nível 3 - Corpo perineal, dando suporte ao terço distal da vagina. A lesão nessa área contribui para prolapso da parede vaginal anterior e posterior, alargamento do introito e descenso perineal.

A etiologia do prolapso vem se mostrando multifatorial, sendo resultado de uma combinação de fatores anatômicos, fisiológicos, genéticos, reprodutivos e de estilo de vida atuando em conjunto ao longo dos anos. Seguem alguns:

#### 6.1. Paridade

Parto vaginal é o fator de risco mais citado. O estudo Oxford Family Planning, por exemplo, descobriu que, em comparação com a nuliparidade, o risco de internação hospitalar por POP aumentou acentuadamente após o primeiro e segundo nascimento (respectivamente quatro e oito vezes), e então aumentou menos rapidamente para nascimentos subsequentes, sendo o risco maior cerca de nove vezes para o terceiro parto e 10 vezes para o quarto.

O parto com fórceps também parece aumentar o risco de desenvolvimento de POP e incontinência. Em um estudo com quase 450 mulheres, aquelas com parto com fórceps tiveram o dobro da probabilidade de apresentar sintomas relativos a POP em comparação com as que não tiveram parto a fórceps.

Outros fatores relacionados ao parto associados ao prolapso incluem macrosomia, prolongamento do segundo estágio do trabalho de parto e idade materna menor que 25 anos no primeiro parto.

#### 6.2. Idade avançada

Há aumento progressivo na taxa de prolapso com o aumento da idade. Cada 10 anos adicionais de idade confere um risco aumentado de prolapso de 40%. O aumento da incidência pode ser resultado de processos fisiológicos e degenerativos do envelhecimento, como os efeitos do hipoestrogenismo, levando a alterações na manutenção do tecido conectivo e da matriz extracelular necessária à sustentação dos órgãos pélvicos.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.MED-GIN.012 – Página 3/13	
Título do Documento	<b>DISTOPIAS GENITAIS</b>	Emissão: 21/12/2021	Próxima revisão:
		Versão: 2	21/12/2023

### 6.3. Obesidade

Mulheres com sobrepeso e obesas apresentam risco aumentado de POP quando comparadas com as de peso normal. Em uma meta-análise relatando o efeito do peso no risco de prolapso, mulheres com sobrepeso e obesas tiveram um risco aumentado de quase 40-50 por cento.

### 6.4. Raça e etnia

Mulheres negras e asiáticas apresentam os menores riscos, e as hispânicas e as brancas parecem ter risco mais alto, por provável diferenças na composição do colágeno entre raças, além das diferenças raciais na pelve óssea, que podem representar um impacto importante.

### 6.5. Aumento da pressão abdominal

Constipação crônica e outras condições que causam pressão intra-abdominal elevada repetitiva, como doença pulmonar obstrutiva crônica, ocupações que envolvem levantamento de peso são prováveis fatores de risco para POP, podendo ocasionar lesão por estiramento do nervo pudendo.

### 6.6. Anormalidades do colágeno

Mulheres com articulações hiper móveis têm maior prevalência de prolapso do que mulheres com mobilidade articular normal, como em alguns distúrbios do tecido conjuntivo (por exemplo, síndrome de Ehlers-Danlos), sugerindo que anormalidades de colágeno podem desempenhar um papel em ambos os distúrbios. Uma possibilidade é que essas mulheres possam metabolizar o colágeno de forma que haja uma diminuição no colágeno tipo I e um aumento no colágeno tipo III, que resultaria em menor resistência à tração.

### 6.7. História familiar

A existência de fatores de risco hereditários para doenças do assoalho pélvico já foi reconhecida, e vários estudos confirmaram a agregação familiar de POP. Três grandes meta-análises demonstraram um impacto significativo da história familiar sobre o desenvolvimento ou recorrência de POP com odds ratio variando entre 1,84 a 2,64 com um parente de primeiro grau afetado. Foi identificado quatro variantes por meio de meta-análise de estudos de genes candidatos significativamente associados com POP (ESR1 gene, FBLN5 gene, PGR gene e COL1A1 gene).

### 6.8. Histerectomia

O papel da histerectomia no desenvolvimento de POP subsequente é controverso e depende de vários fatores, como idade, presença de prolapso antes da histerectomia e tipo de abordagem cirúrgica.

## 7. HISTÓRIA CLÍNICO E EXAME FÍSICO

Pacientes com POP podem apresentar sintomas relacionados especificamente às estruturas prolapsadas ou com sintomas associados, incluindo disfunção urinária, defecatória ou sexual. Os



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.MED-GIN.012 – Página 4/13	
Título do Documento	<b>DISTOPIAS GENITAIS</b>	Emissão: 21/12/2021	Próxima revisão:
		Versão: 2	21/12/2023

principais sintomas estão descritos na tabela abaixo:

**Tabela 1- Sintomas relacionados ao prolapso de órgãos pélvicos**

SINTOMAS RELACIONADOS AO PROLAPSO GENITAL
<p><b>VAGINAIS</b> Sensação de peso ou de “bola” na vagina; dor pélvica; sangramento vaginal, corrimento vaginal; infecção (que podem estar relacionados à ulceração da mucosa); necessidade de manobra “digital” para efetuar a micção ou evacuação de forma adequada e dor lombar.</p>
<p><b>ANORRETAIS</b> Sensação de “bola” anal/retal; constipação; disfunção ou bloqueio evacuatório; necessidade de manobra digital para auxílio à evacuação; esforço evacuatório; resíduo fecal perianal (<i>soiling</i>); incontinência para flatos e/ou fezes.</p>
<p><b>URINÁRIOS</b> Hesitação; fluxo urinário lento comparado ao padrão anterior; micção intermitente; miccional; jato urinário pulverizado ou dividido; sensação de esvaziamento vesical incompleta; aumento da frequência urinária; micção dependente de posição; gotejamento pós-micção; disúria; retenção urinária e urgência.</p>
<p><b>SEXUAIS</b> Dispareunia; obstrução; perda da libido; frouxidão vaginal.</p>

O diagnóstico é confirmado pelo exame físico, com a mulher em posição ginecológica, realizando, inicialmente, a inspeção estática, seguido de aplicação da manobra de Valsalva, que, com o auxílio de um espéculo vaginal, tem como intuito isolar as paredes vaginais e reproduzir o grau máximo de prolapso.

Em 1996, a International Continence Society definiu um sistema de Quantificação de Prolapso de Órgão Pélvico (POP-Q), com o intuito de permitir que pesquisadores relatem os achados de forma padronizada e de fácil reprodução. O prolapso de cada segmento é avaliado e mensurado em relação ao hímen com uma espátula graduada. A posição anatômica dos seis pontos definidos deve ser obtida em centímetros acima do hímen (números negativos) ou abaixo (números positivos), com o plano himenal considerado Ponto Zero. Outros reparos anatômicos incluem o comprimento vaginal total (CVT), hiato genital (HG) e corpo perineal (CP). Todos esses pontos devem ser medidos sob Valsalva, exceto o CVT. Segue abaixo a descrição de cada um desses pontos.

**Tabela 2- Medidas do POP-Q**

<b>Ponto Aa</b>	Localizado na parede vaginal anterior, 3 cm no sentido proximal do meato uretral externo, o que corresponde à localização proximal do colo vesical. O valor descritivo da posição deste ponto pode variar de -3 a no máximo +3 cm
<b>Ponto Ba</b>	Representa o ponto de maior prolapso da parede vaginal anterior, localizado entre o ponto Aa e o ápice vaginal. Mede -3 cm na ausência de prolapso.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN.012 – Página 5/13
Título do Documento	DISTOPIAS GENITAIS		Emissão: 21/12/2021
			Versão: 2
			Próxima revisão: 21/12/2023
<b>Ponto C</b>	Representa o ponto mais distal do colo do útero ou da cúpula vaginal (em mulheres hysterectomizadas).		
<b>Ponto D</b>	Representa a localização do fundo de saco de Douglas na paciente com colo uterino. É justamente o nível da fixação dos ligamentos uterossacros no colo uterino. Este ponto não existe em mulheres hysterectomizadas e serve, essencialmente, para diferenciar o prolapso uterino da hipertrofia de colo.		
<b>Ponto Ap</b>	Localizado na Parede vaginal posterior, 3 cm acima da carúncula himenal. Análogo ao Ponto Aa, também pode variar de -3 a no máximo +3 cm		
<b>Ponto Bp</b>	Representa o ponto de maior prolapso da parede vaginal posterior, localizado entre o ponto Ap e o ápice vaginal. Mede -3 cm na ausência de prolapso.		
<b>Hiato Genital (HG)</b>	Medida da distância da metade do meato uretral externo até a fúrcula vaginal (carúnculas himenais).		
<b>Corpo Perineal (CP)</b>	Medida da distância da metade do esfíncter anal até a fúrcula vaginal (carúnculas himenais)		
<b>Comprimento Vaginal Total (CVT)</b>	Medida da distância da carúncula himenal à cúpula vaginal ou fórnice vaginal posterior, com redução do prolapso.		

Os seis pontos e as três medidas devem ser registrados de forma padronizada em um diagrama tipo “jogo da velha”, conforme a figura (Figura 1).

**Figura 1- Diagrama tipo jogo da velha**

Parede anterior <b>Aa</b>	Parede anterior <b>Ba</b>	Colo / cúpula <b>C</b>
Hiato genital <b>HG</b>	Corpo perineal <b>CP</b>	Comp. vaginal total <b>CVT</b>
Parede posterior <b>Ap</b>	Parede posterior <b>Bp</b>	Fornix posterior <b>D</b>

Após a realização das medidas, o prolapso é estadiado, conforme a classificação:

**Estádio 0:** Ausência de prolapso de estruturas pélvicas, ou seja, os pontos Aa, Ap, Ba, Bp estão em -3 cm e os pontos C e D estão entre o comprimento total da vagina e o comprimento total da vagina menos dois centímetros [-CVT até -(CVT-2)];



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-GIN.012 – Página 6/13	
Título do Documento	DISTOPIAS GENITAIS	Emissão: 21/12/2021	Próxima revisão:
		Versão: 2	21/12/2023

**Estádio I:** Quando os pontos Ba e Bp atingem -2 cm ou quando os pontos C e D variam de -2 até - (CVT - 3);

**Estádio II:** Ponto de maior prolapso entre -1 a +1;

**Estádio III:** Ponto de maior prolapso variando de +2 até + (CTV-3);

**Estádio IV:** Ponto de maior prolapso variando de + (CTV-2) até + CVT.

## 8. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

Os procedimentos auxiliares de diagnóstico são realizados principalmente para avaliação da função vesical ou intestinal, embora testes adicionais sejam ocasionalmente usados para avaliar melhor o próprio prolapso.

A ultrassonografia (US) 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 dos órgãos pélvicos, avaliação dos músculos do assoalho pélvico, achados pós-operatórios, balneamento do hiato genital e avulsão do levantador do ânus. Existem ainda as modalidades tridimensional e quadridimensional com limites superando a bidimensional, devido às imagens com maior resolução. Elas permitem a gravação em tempo real do exame (com possibilidade de realização de cortes semelhantes aos tomográficos), promovendo uma documentação aprimorada da anatomia funcional. A imagem multislice ou tomográfica é mais adequada para o diagnóstico padronizado de avulsão do levantador do ânus. Uma vantagem da US 3D/4D em relação à ressonância é a possibilidade de realizar uma avaliação 3D (ou 4D) em tempo real das estruturas do assoalho pélvico durante manobras funcionais. A ressonância magnética, por sua vez, identifica estruturas ligamentares e musculares com muita precisão, porém com o paciente em decúbito dorsal, o que dificulta a realização de uma avaliação dinâmica. A defecografia demonstra a anatomia anorretal e distúrbios da evacuação retal.

## 9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

Para mulheres assintomáticas ou levemente sintomáticas, o tratamento expectante é ideal. Entretanto, para mulheres com prolapso importante ou para aquelas com sintomas importantes, pode-se optar entre o tratamento conservador ou o cirúrgico, com a escolha dependendo de múltiplos fatores, como tipo e gravidade dos sintomas, idade, desejo de engravidar, comorbidades clínicas, presença ou ausência de função sexual ativa e fatores de risco para recorrência.

### 8.1. Tratamento conservador

#### 8.1.1. Pessários Vaginais

Os pessários vaginais são dispositivos inseridos na vagina para fornecer suporte estrutural a um ou mais compartimentos vaginais. Eles são uma opção terapêutica de primeira linha, baixo custo e não cirúrgica para o tratamento dos prolapso de órgãos pélvicos.

Existe uma variedade de modelos e tamanhos de pessários. Estes são classificados quanto aos modelos em pessários de suporte e pessários de preenchimento. Os pessários de suporte ficam ao longo da vagina, com o componente



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.MED-GIN.012 – Página 7/13	
Título do Documento	<b>DISTOPIAS GENITAIS</b>	Emissão: 21/12/2021	Próxima revisão:
		Versão: 2	21/12/2023

posterior ancorado no fórnice posterior e o componente anterior logo abaixo da sínfise púbica, fornecendo assim uma plataforma de suporte para os órgãos pélvicos e um apoio para a uretra nos momentos de aumento da pressão abdominal. Os pessários de preenchimento suportam POP mais avançados por aderirem mais fortemente ao tecido vaginal, por isso possuem um maior risco de lesão mecânica e podem ser mais difíceis de inserção e retirada.

Dentre as principais indicações para uso de pessário estão o 1. alívio imediato dos sintomas do POP, 2. pacientes em programação cirúrgica; 3. pacientes sem condições clínicas para serem submetidas a um procedimento cirúrgico, 4. mulheres com POP que desejam engravidar ou já estão grávidas e 5. prevenção do aumento do estadiamento do prolapso.

De uma forma geral, qualquer mulher pode se beneficiar com o uso dos pessários vaginais. Contudo, os profissionais de saúde são aconselhados a investigar a presença de infecção vaginal ativa, erosão vaginal, ulceração ou atrofia vaginal grave antes da inserção do dispositivo. Além disso, o profissional deve atentar para a capacidade de autocuidado da paciente, rede de apoio e presença de cuidador responsável principalmente em mulheres com demência ou outras condições que podem levar ao acompanhamento irregular ou negligência nos cuidados com o pessário.

Alguns fatores são mencionados na literatura como preditores do sucesso do tratamento com pessário, dentre eles estão a idade das pacientes (mulheres idosas parecem se beneficiar mais com o uso dos pessários em comparação às mulheres mais jovens), ausência de cirurgias pélvicas prévias, maior número de partos, POP do compartimento vaginal posterior com um estadiamento menor e POP menos volumoso.

Idade mais jovem, canal vaginal encurtado ( $\leq 6$  centímetros), hiato genital largo (8 cm), pacientes com artrite, mobilidade deficiente e obesidade são citados como fatores preditores de insucesso no tratamento com pessários vaginais. Apesar destes achados, nossa experiência clínica tem revelado que mesmo mulheres com cirurgias anteriores para correção de POP ou com estadiamentos mais avançados se beneficiam com o tratamento. Dessa forma, a seleção do pessário também deve ser baseada em tentativa-erro.

Para seleção do pessário adequado devem ser levados em conta a experiência clínica do prestador de cuidados e algumas características individuais e de estilo de vida da paciente, como vida sexual ativa e presença de ciclo menstrual. Não há um formato específico que seja melhor para todas as pacientes, contudo, o pessário anel deve ser experimentado primeiro devido à facilidade de inserção e remoção e, na falha do mesmo, outros pessários devem ser indicados.

Após a avaliação digital das medidas e suporte vaginal, o profissional deve inserir o pessário adequado na vagina aplicando cuidadosamente pressão na parede vaginal posterior e/ou obliquamente, evitando pressionar a uretra e diminuindo a resistência com a aplicação de lubrificante na borda do pessário. O teste pode ser considerado bem-sucedido quando houver ajuste satisfatório do dispositivo no canal vaginal com redução do prolapso acima das carúnculas himenais, comodidade da paciente e ausência de



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.MED-GIN.012 – Página 8/13	
Título do Documento	<b>DISTOPIAS GENITAIS</b>	Emissão: 21/12/2021	Próxima revisão:
		Versão: 2	21/12/2023

extrusão do pessário com manobra de Valsalva, deambulação e diurese.

Um seguimento ambulatorial de rotina é necessário para ensino-aprendizagem dos cuidados relativos ao dispositivo, acompanhamento da adaptação e prevenção e tratamento de complicações. Dentre as principais ações de cuidado com o pessário estão o estabelecimento de intervalo adequado para remoção e higiene do dispositivo e reposição rotineira de estrogênio tópico. Não há consenso sobre a periodicidade da retirada do dispositivo para limpeza, contudo, poderá ser feita toda noite, semanalmente ou mensalmente, a depender do tipo utilizado.

As complicações mais comuns com o uso do pessário são corrimento vaginal, erosão/lesão no epitélio vaginal em decorrência da pressão exercida pelo dispositivo e sangramentos.

#### 8.1.2. Fisioterapia

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) vem demonstrando melhorias no estágio POP e nos sintomas associados ao POP. Em uma meta-análise de 13 estudos, TMAP foi associado a uma maior melhora nos escores de sintomas de prolapso e estágio POP. No entanto, a resposta é individual. Pacientes com prolapso dos estádios I ou II apresentam melhor resposta e a adesão aos exercícios também é determinante na resposta.

### 8.2. Tratamento cirúrgico

#### 8.2.1. Compartimento apical

Está sendo cada vez mais reconhecido que a base para o sucesso na correção do prolapso é a suspensão do ápice (e não apenas as correções de paredes vaginais anterior e posterior), realizada por meio de diversos procedimentos, incluindo sacrocolpopexia abdominal, fixação ao ligamento sacroespinal (FSE) ou suspensão da cúpula vaginal com ligamento uterosacral (culdoplastia de McCall), além do tratamento obliterativo.

Encontra-se em questionamento em relação à preservação ou não do útero para correção de prolapso apical. Uma metanálise evidenciou que os maiores benefícios da histeropreservação foram a redução da duração da cirurgia e perda de sangue, porém houve maior taxa de recidiva. Um outro estudo, com cinco anos de seguimento, observou menor taxa de recorrência anatômica, do compartimento apical, nas pacientes submetidas a histeropexia no ligamento sacroespinal em comparação com histerectomia vaginal e fixação da cúpula no ligamento uterosacral.

#### 8.2.2. Sacrocolpopexia abdominal

Essa cirurgia consiste na fixação do compartimento apical (cúpula vaginal ou colo uterino) no ligamento longitudinal anterior (promontório), utilizando de uma tela inabsorvível, com taxas de sucesso variando de 78% a 100%, considera-se essa técnica como a padrão-ouro, para o prolapso apical. Tem como principal vantagem os melhores resultados anatômicos nos quesitos de durabilidade ou recidiva. A via laparoscópica apresenta menos perda sanguínea no intraoperatório e recuperação mais curta, porém



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.MED-GIN.012 – Página 9/13	
Título do Documento	<b>DISTOPIAS GENITAIS</b>	Emissão: 21/12/2021	Próxima revisão:
		Versão: 2	21/12/2023

com maior taxa de recorrência de prolapso do compartimento anterior comparado a abordagem via abdominal. Ensaio com 112 mulheres evidenciou uma recorrência de 18% no compartimento anterior, comparada com 2% na técnica aberta.

#### 8.2.3. Fixação ao ligamento sacroespinal (FSE)

O ápice vaginal é suspenso uni ou bilateralmente até o FSE por abordagem vaginal. Na maioria dos casos, observa-se boa satisfação com essa técnica, conforme observado em um estudo de metanálise que incluiu 17 artigos randomizados e observacionais, identificando apenas 13% de pacientes não satisfeitas com a técnica. Entre as complicações associadas à FSE estão dor na nádega em cerca de 3% das pacientes, por envolvimento de ramos do nervo ciático, que cruzam o ligamento sacroespinal e lesão vascular em 1% das pacientes.

#### 8.2.4. Fixação no ligamento uterossacro

Nesse procedimento, o ápice vaginal é fixado no ligamento uterossacro até a parte ipsilateral da cúpula vaginal e repete-se o passo no ligamento contralateral, podendo ser realizado por via vaginal ou laparoscópica. A taxa de sucesso dessa técnica é de aproximadamente 80%. Devido ao risco de lesão dos ureteres em 10 a 15%, a cistoscopia torna-se obrigatória, durante este procedimento.

#### 8.2.5. Tratamento obliterativo

Os procedimentos obliterativos são reservados para mulheres com múltiplas comorbidades, que não podem tolerar uma cirurgia mais extensa e que não planejam uma futura relação sexual vaginal. As vantagens da colpocleise nesta população é que geralmente tem uma curta duração operatória, um baixo risco de morbidade perioperatória e um risco extremamente baixo de recorrência do prolapso. As complicações mais frequentes relatadas foram sangramento e disfunções do trato urinário.

#### 8.2.6. Compartimento anterior

Para correção cirúrgica do compartimento anterior (colporrafia anterior), o procedimento de escolha é a correção sítio específica preferencialmente utilizando o tecido nativo, sendo reservado o uso de tela vaginal somente em casos selecionados, como prolapso recorrente, ausência de fásia. Essas restrições ocorreram devido às complicações associadas ao uso da mesma, tendo como exemplo, exposição e ou contração da tela, resultando em quadro álgico.

#### 8.2.7. Compartimento posterior

Na abordagem cirúrgica dos prolapso do compartimento posterior (colporrafia posterior), deve-se realizar a correção sítio específica, suturando o fásia retovaginal no local de sua desinserção, sejam nos defeitos centrais, laterais (arco tendíneo) ou transversos (anel pericervical ou corpo perineal). A perineoplastia, quando houver

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-GIN.012 – Página 10/13	
Título do Documento	DISTOPIAS GENITAIS	Emissão: 21/12/2021	Próxima revisão:
		Versão: 2	21/12/2023

presença de rotura perineal, completa o reparo do compartimento posterior.

Ademais, não existem evidências para o uso de tela sintética ou absorvível no reparo do prolapso posterior.

## 10. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

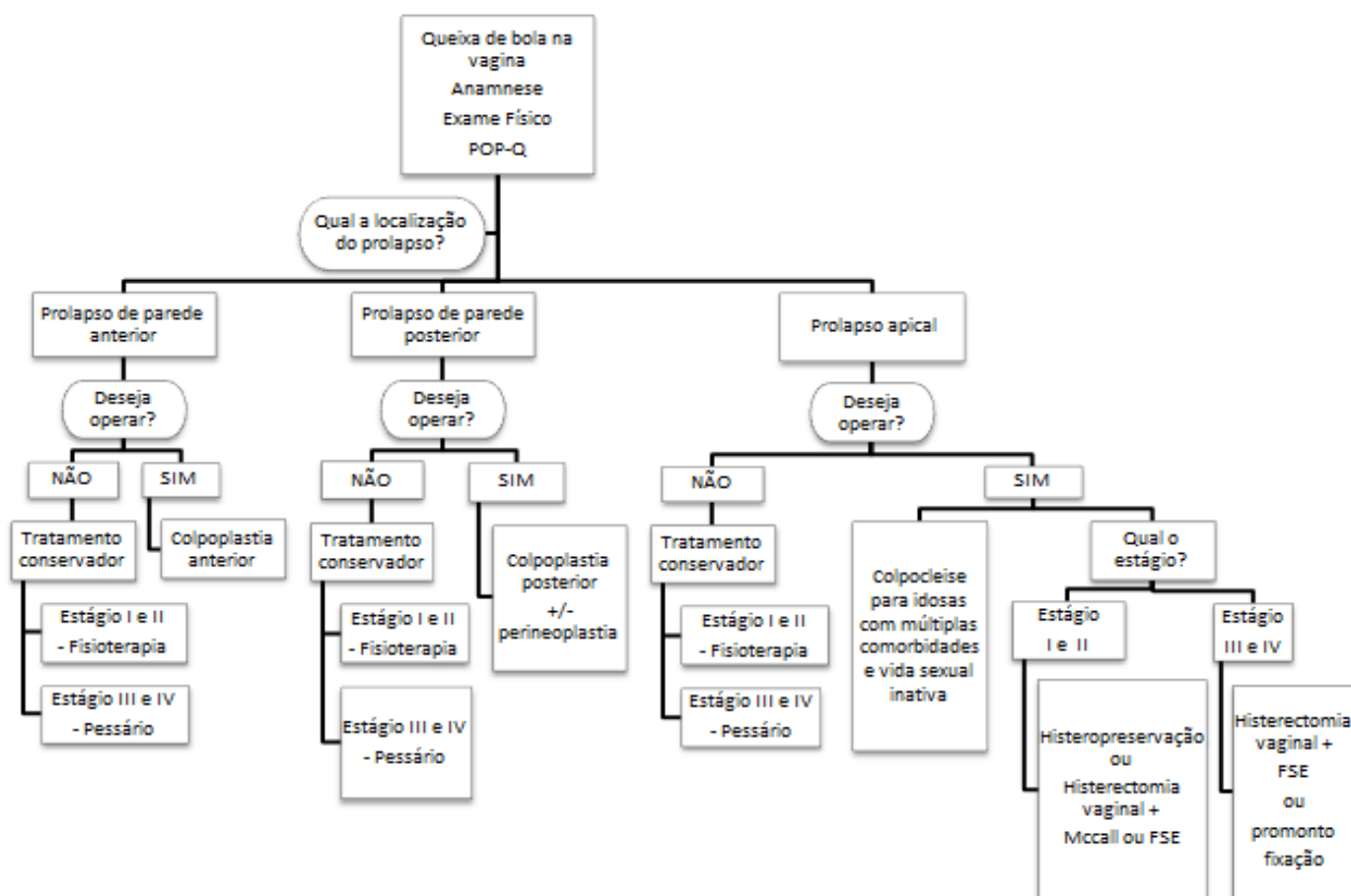
Devem ser internadas as mulheres submetidas a procedimentos cirúrgicos de correção de POP.

## 11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

Mulheres com melhora do padrão de POP após tratamento clínico ou cirúrgico podem ter alta ambulatorial.

## 12. FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 – Manejo das pacientes com distopia genital.





SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN.012 – Página 11/13
Título do Documento	DISTOPIAS GENITAIS		Emissão: 21/12/2021
			Versão: 2
			Próxima revisão: 21/12/2023

### 13. MONITORAMENTO

Por apresentar uma alta taxa de reoperação (8,5–58%), é importante observar os principais fatores de risco para a recorrência do prolapso após a cirurgia restauradora. Uma metanálise descreveu que os principais fatores de risco são 1. presença de avulsão do músculo elevador do ânus (OR: 2,76), 2. Estadio do POP-Q pré-operatório 3–4 (OR: 2.11) e 3. Histórico familiar (OR 1,84).

### 14. REFERÊNCIAS

- Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, Goldman HB, Huser M, Milani AL, Moran PA, Schaer GN, Withagen MI. International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J*. 2016 Feb;27(2):165-94.
- Rogers RG, Fashokun TB. Prolapso de órgão pélvico em mulheres: epidemiologia, fatores de risco, manifestações clínicas e manejo. In: Brubaker L, Eckler K ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: UpToDate, 2020 Feb.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Prolapso dos órgãos pélvicos. São Paulo: FEBRASGO; 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 51/ Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).
- Ramos JGL, Schmidt AP, Picoloto ASB. Prolapsos genitais. In: Pandolfi, P. E. Rotinas em Ginecologia. Porto Alegre: Artmed, 2017, p: 519-539.
- Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 1160.
- Stepp KJ, Walters, MD. Anatomia do trato urinário inferior, assoalho pélvico e reto. *Uroginecologia e Cirurgia Reconstructiva Pélvica*. 2016; 4ª edição; pp 15-31.
- DeLancey JO. Aspectos anatômicos da eversão vaginal após histerectomia. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 1717.
- L., Hoffman, Barbara, et al. Prolapso de órgão pélvico. *Ginecologia de Williams*. 2014; 2ª edição; pp 650-675.
- Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiologia do prolapso genital: observações do Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 579.
- Handa VL. Efeito da gravidez e do parto na incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos. In: Brubaker L, Eckler K ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: UpToDate, 2020 Mar.
- Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, et al. Distúrbios do assoalho pélvico após parto vaginal: efeito da episiotomia, laceração perineal e parto operatório. *Obstet Gynecol* 2012; 119: 233.
- Swift S, Woodman P, O'Boyle A, et al. Estudo do suporte do órgão pélvico (POSST): a distribuição, definição clínica e condição epidemiológica dos defeitos do suporte do órgão pélvico. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 795.
- Giri A, Hartmann KE, Hellwege JN, et al. Obesidade e prolapso de órgãos pélvicos: uma revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais. *Am J Obstet Gynecol* 2017.
- Allen-Brady, K., Chua, J.W.F., Cuffolo, R. et al. Systematic review and meta-analysis of genetic association studies of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* (2021).

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.MED-GIN.012 – Página 12/13	
Título do Documento	<b>DISTOPIAS GENITAIS</b>	Emissão: 21/12/2021	Próxima revisão:
		Versão: 2	21/12/2023

15. Dallas K, Elliott CS, Syan R, Sohlberg E, Enemchukwu E, Rogo-Gupta L. Association between concomitant hysterectomy and repeat surgery for pelvic organ prolapse repair in a cohort of nearly 100,000 women. *Obstet Gynecol.* 2018;132(6):1328–36.
16. Meriwether KV, Balk EM, Antosh DD, Olivera CK, Kim-Fine S, Murphy M, et al. Uterine-preserving surgeries for the repair of pelvic organ prolapse: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2019;30(4):505–22.
17. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, Shull BL, Smith AR. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Jul;175(1):10-7.
18. Fashokun TB, Rogers RG. Prolapso de órgão pélvico em mulheres: avaliação diagnóstica. In: Brubaker L, Eckler K ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: UpToDate, 2021 Feb.
19. Dietz HP. Ultrasound in the assessment of pelvic organ prolapse. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2019 Jan;54:12-30.
20. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. Incontinence. 6a ed. Bristol: International Continence Society; 2017.
21. Abdulaziz M, Stothers L, Lazare D, Macnab A. An integrative review and severity classification of complications related to pessary use in the treatment of female pelvic organ prolapse. *Can Urol Assoc J.* 2015;9(5-6):E400-6.
22. Mendes, LC. Melhora sintomática e anatômica do prolapso de órgãos pélvicos em usuárias de pessários vaginais. 2020. 63 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médico-Cirúrgicas) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.
23. Li C, Gong Y, Wang B. A eficácia do treinamento dos músculos do assoalho pélvico para prolapso de órgão pélvico: uma revisão sistemática e meta-análise. *Int Urogynecol J* 2016; 27: 981.
24. De Oliveira SA, Fonseca MC, Bortolini MA, Girão MJ, Roque MT, Castro RA. Hysteropreservation versus hysterectomy in the surgical treatment of uterine prolapse: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2017;28(11):1617–30.
25. Schulten SF, Detollenaere RJ, Stekelenburg J, IntHout J, Kluivers KB, van Eijndhoven HW. Sacrospinous hysteropexy versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension in women with uterine prolapse stage 2 or higher: observational follow-up of a multicentre randomised trial. *BMJ.* 2019;366 :l5149)
26. Costantini E, Mearini L., Lazzeri M, et al. Laparoscopic Versus Abdominal Sacrocolpopexy: A Randomized, Controlled Trial. *J Urol* 2016; 196: 159.
27. Morgan DM, Rogers MA, H uebner 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.
28. Feldner PCJ, Sartori MJF, Girão MJBC. Prolapso Genital. *Tratado de Uroginecologia e Distúrbios do Assoalho Pélvico.* 2015. 1ª edição; pp 523-534



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN.012 – Página 13/13
Título do Documento	DISTOPIAS GENITAIS		Emissão: 21/12/2021
			Versão: 2
		Próxima revisão: 21/12/2023	

29. Jelovsek, JE. Prolapso de órgão pélvico em mulheres: escolha de um procedimento cirúrgico primário. In: Brubaker L, Eckler K ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: UpToDate, 2020 Mar.
30. Mahajan, ST. Prolapso de órgão pélvico em mulheres: reparo cirúrgico do prolapso da parede vaginal anterior. In: Brubaker L, Eckler K ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: UpToDate, 2020 Fev.
31. Park AJ, Muir TW, Paraiso MFR. Tratamento cirúrgico de defeitos vaginais posteriores. In: Brubaker L, Eckler K ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: UpToDate, 2019 Out.
32. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1997 Apr;89(4):501-6.
33. Benson JT, Lucente V, McClellan E. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: a prospective randomized study with long-term outcome evaluation. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Dec;175(6):1418-21; discussion 1421-2.
34. Diwadkar GB, Barber MD, Feiner B, Maher C, Jelovsek JE. Complication and reoperation rates after apical vaginal prolapse surgical repair: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2009 Feb;113(2 Pt 1):367-73.
35. Denman MA, Gregory WT, Boyles SH, Smith V, Edwards SR, Clark AL. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 May;198(5):555.e1-5.
36. Friedman T, Eslick GD, Dietz HP. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2018 Jan;29(1):13-21.

## 15. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2	21/12/2021	Alteração completa.

### REVISÃO

Pâmela Mendes Arruda