

# ANATOMIA DA PELVE

Dr. Pedro Sérgio Magnani

De Lancey em 1992, introduziu o conceito de que o tecido conectivo suporta a pelve em três níveis: pelos ligamentos uterosacrais e cardinais, pelos ligamentos da vagina, e pelas estruturas que envolvem a uretra, levantador do ânus, músculo perineal e corpo do períneo.

O músculo levantador do ânus é o componente mais importante do assoalho pélvico e dá suporte aos órgãos pélvicos além de auxiliar na ação do esfíncter da uretra, vagina e reto.

O sistema de suspensão e sustentação das vísceras pélvicas é responsável pelo seu posicionamento adequado, garantindo a integridade de suas relações anatomo-funcionais. Esse mesmo sistema é representado por ligamentos constituídos de colágeno, tecido fibromuscular e elastina.

Os ligamentos são espessamentos da fáschia endopélvica, uma importante estrutura que é o principal instrumento anatômico de posicionamento das vísceras acima do assoalho pélvico. Tais ligamentos são os paramétrios (complexo cardinal-uterossacro), paracolpos, fáschia pubocervical e septo reto-vaginal.

O sistema de sustentação é representado pelo conjunto músculo-fascial do diafragma pélvico (m. levantador do ânus associado ao m. coccígeo) e diafragma urogenital (m. transverso profundo do períneo e suas fáschias). Fatores desencadeantes como aumento de peso, tocotraumatismos, climatério, etc. podem promover situações de sobrecarga. A musculatura pélvica se alonga de forma compensatória; porém, a fáschia endopélvica rompe-se e se desprende de seu local habitual devido à falta de elasticidade, ocasionando verdadeiras hérnias representadas pelas diversas distopias pélvicas.

O sistema de sustentação da vagina foi bem caracterizado por De Lancey (1992) que diferenciou três níveis de sustentação da vagina:

- Nível I: sustentação da porção superior da vagina pelo complexo cardinal uterossacro. Responsável pela orientação vertical superior da vagina, posicionando as vísceras pélvicas sobre os m.elevadores do ânus;

- Nível II: fáschia pubocervical, que fixa a porção média da vagina ao arco tendíneo da fáschia pélvica (anteriormente) e ao septo reto vaginal na fáschia do m. ileococcígeo (posteriormente). Responsável pela orientação do eixo horizontal médio da vagina;

- Nível III: fixa a parte inferior da vagina com a fusão da fáschia pubocervical ao diafragma urogenital, septo retovaginal ao corpo perineal e fáschia do m. pubococcígeo.

Defeitos em níveis específicos levam a diferentes tipos de lesões e distopias:

- Defeitos do nível I resultam no prolapso de cúpula vaginal, prolapso uterino ou enterocele;
- Defeitos do nível II resultam em uretrocistocele e/ou retocele;
- Defeitos do nível III levam a uretrocele ou deficiência de corpo perineal.

A avaliação clínica criteriosa dos defeitos do assoalho pélvico é fundamental para o adequado planejamento cirúrgico. Podemos identificar os seguintes defeitos com as válvulas de um espécuro:

#### Defeito central

- Ruptura da fásia pubocervical longitudinalmente abaixo da bexiga;
- Perda da rugosidade vaginal;
- Identificação através do deslocamento da parede central da vagina à manobra de esforço, quando a mesma é elevada com ajuda de uma pinça de De Lee aberta posicionada na região lateral da vagina, ou como um afilamento da parede vaginal palpável com o auxílio de uma sonda vesical.

#### Defeito lateral ou paravaginal

- Ruptura da fásia pubocervical junto ao arco tendíneo da fásia pélvica;
- Identificação através do deslocamento lateral da parede vaginal com a pinça posicionada na região central da vagina.

#### Defeito transverso

- Separação da fásia pubocervical do anel pericervical.

#### Defeito posterior

- Separação do septo retovaginal da base do complexo cardinal útero sacro (formação de retocele alta ou enterocele);
- Solução de continuidade entre o septo retovaginal e o corpo perineal (causando retocele baixa).

#### Defeito apical

- Separação do complexo cardinal útero-sacro do anel pericervical;
- Causa prolapso uterino ou de cúpula vaginal e enterocele.

#### Defeito distal

- Destruição do corpo perineal;
- Alargamento do hiato genital.

A identificação adequada dos defeitos do assoalho pélvico e das estruturas anatômicas lesadas permite o adequado reparo, que seja cirúrgico ou clínico, com menor índice de recidivas a médio e longo prazo.

Essa nova maneira de se encarar a incontinência urinária levou ao aparecimento de inúmeras técnicas cirúrgicas e tratamentos clínicos altamente eficazes.

Existem vários programas de exercícios que visam fortalecer a musculatura pélvica, mais especificamente o músculo elevador do ânus e, desta forma, levar ao fortalecimento do componente peri-uretral do esfíncter uretral externo, aumentando o tônus e melhorando a transmissão de pressões na uretra reforçando assim o mecanismo de continência.

Isso explica os bons resultados obtidos com as técnicas fisioterápicas como cinésioterapia e eletroestimulação.