

TEORIA INTEGRAL

Dr. Pedro Sérgio Magnani

Introdução

Em 1976 a ICS – Sociedade Internacional de Continência Urinária, publicou o seu primeiro relato sobre os conceitos modernos relacionados aos mecanismos de continência urinária, baseados em achados urodinâmicos.

Inicialmente o grande enfoque estava na avaliação da posição adequada do colo vesical como supra-púbica ou intra-abdominal. Quando o colo vesical se encontrava abaixo da borda inferior da sínfise púbica, a pressão intra-abdominal se transmitia apenas à bexiga, mas não à uretra proximal. Assim, a pressão vesical suplantava a uretral levando a perda de urina.

De Lancey e posteriormente, em 1990, Petrus, desenvolveram a teoria integral, e introduziram o conceito de um mecanismo extrínseco ativado por musculatura pélvica específica, que por estímulos inibitórios e facilitadores, coordenam um sistema de forças que atua sobre a vagina e permite o fechamento e abertura uretral.

De acordo com essa teoria, a elasticidade e posição da vagina, bem como os ligamentos, fascias e músculos são os principais responsáveis pelo mecanismo de continência urinária.

Tal enfoque levou a uma verdadeira revolução no diagnóstico e no tratamento da

incontinência urinária feminina.

O que diz a teoria Integral?

A teoria integral considera como componente central do mecanismo de continência a elasticidade vaginal. Ela e o sistema de sustentação e de suspensão da vagina e dos órgãos pélvicos geram uma força anterior que mantém a uretra fechada durante o repouso. Uma espécie de base de apoio para a uretra.

A elasticidade vaginal depende da integridade tecidual, dos componentes vascular e conjuntivo, que estão relacionados diretamente com o estímulo hormonal, e de particularidades constitucionais como tipo de colágeno e componentes da matriz extracelular de cada indivíduo.

O sistema de suspensão é composto principalmente pela fásia endopélvica que se continua lateralmente com a fásia púbica do arco tendíneo. Ela fornece o apoio para a uretra sobre a parede vaginal anterior (Efeito hammock descrito por De Lancey).

A frouxidão vaginal, além de não permitir a adequada compressão da uretra, para promover seu fechamento durante períodos de aumento transitório da pressão intra-abdominal, também prejudica a transmissão neural, que coordena o funcionamento vesical-esfincteriano, fazendo com que a bexiga não consiga se manter estável durante o enchimento, gerando a hiperatividade vesical.

Zonas de sustentação vaginal e efeito sobre a continência urinária.

A zona anterior (nível 1) é composta pelo ligamento pubo-uretral (efeito hammock) . A força resultante anterior depende da integridade deste ligamento, que permite a compressão da uretra contra a parede vaginal anterior durante o aumento transitório da pressão abdominal, e também é responsável por manter a estabilidade da zona sensitiva do colo vesical durante o enchimento, impedindo o estímulo aferente precoce.

A zona média (nível 2) é composta pela fásia endopélvica do arco tendíneo. Um defeito desta região resulta na procidência de parede vaginal anterior, tornando a força resultante inferior (para baixo) dominante, mantendo a parede posterior da uretra “aberta” com perda urinária.

A zona posterior tem como seus principais componentes o ligamento útero sacro e os paramétrios. Sua integridade permite a adequada resposta reflexa dos estímulos processados pelo córtex e transmitidos para a musculatura do assoalho pélvico. O relaxamento da musculatura do assoalho pélvico permite que a força resultante posterior promova a abertura da uretra, e sua contração comprime a uretra contra a zona anterior, permitindo seu fechamento. Além disso, se houver lesão destes ligamentos posteriores, durante o repouso ocorrerá o estiramento e estímulo precoce dos receptores do colo vesical, culminando com sintomas de hiperatividade vesical.

Conclusão:

Embora a teoria integral ainda encontre opositores ela mostra uma visão mais ampla e embasada, cientificamente, do mecanismo de continência do que as anteriores fundamentadas em tratamentos empíricos e sem fundamentos fisiológicos. Ela explica por que as cirurgias tradicionais como a perineoplastia apresentavam índices tão altos de recidiva.