



**PROCOLOS DE CONDUTAS DO CENTRO DE
REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE
RIBEIRÃO PRETO (CRSMRP-MATER)**

**VOLUME UM:
PROTOCOLO CIRÚRGICO**

**FUNDAÇÃO DE APOIO AO ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA DO HOSPITAL
DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO,
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FAEPA)
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Agosto/2020

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Protocolos de condutas de centro de referência da
saúde da mulher de Ribeirão Preto (CRSMRP-MATER),
1 [livro eletrônico] : protocolo cirúrgico / Ana
Carolina Tagliatti Zani Mantovi ... [et al.] ;
Elaine Christine Dantas Moisés. -- 1. ed. --
Ribeirão Preto, SP : Centro de Referência da
Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - MATER, 2020.
PDF

Outros autores : Caio Antônio de Campos Prado,
Caroline Ramos de Oliveira, Fernando Passador
Valério, Pedro Sérgio Magnani.

Outros colaboradores.
ISBN 978-65-992292-0-6

1. Ginecologia 2. Medicina 3. Obstetrícia -
Cirurgia 4. Protocolos médicos 5. Saúde da mulher I.
Prado, Caio Antônio de Campos. II. Oliveira, Caroline
Ramos de. III. Valério, Fernando Passador. IV.
Magnani, Pedro Sérgio.

20-43986

CDD-618.1
NLM-WP-120

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde da mulher : Ginecologia : Medicina 618.1

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

EDITORES

Ana Carolina Tagliatti Zani Mantovi

Mestre pela da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), Especialista em Videoendoscopia Ginecológica e Diretora de Atenção à Saúde do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto (CRSMRP-Mater)

Caio Antônio de Campos Prado

Médico ginecologista e obstetra da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) e do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP e Diretor de Atenção à Saúde do CRSMRP-Mater

Elaine Christine Dantas Moisés

Professora Doutora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP e Diretora Geral do CRSMRP-Mater

AUTORES

Ana Carolina Tagliatti Zani Mantovi

Mestre pela FMRP-USP, Especialista em Videoendoscopia Ginecológica e Diretora de Atenção à Saúde do CRSMRP-Mater

Caio Antônio de Campos Prado

Médico ginecologista e obstetra da FAEPA e do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP e Diretor de Atenção à Saúde do CRSMRP-Mater

Caroline Ramos de Oliveira

Enfermeira, especialista em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Mestre em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP) e Gerente de Qualidade do CRSMRP-Mater

Fernando Passador Valério

Mestre pela FMRP-USP e Médico Assistente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da FMRP-USP

Pedro Sérgio Magnani

Doutor pela FMRP-USP, Médico Assistente do Setor de Cirurgia Ginecológica do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do HC-FMRP-USP e Médico Assistente do CRSMRP-Mater

ÍNDICE

INTRODUÇÃO GERAL	5
PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA	10
VIDEO-HISTEROSCOPIA	20
VIDEOLAPAROSCOPIA	35
LEIOMIOMATOSE UTERINA	51
CIRURGIA UROGINECOLÓGICA	67
CISTOS PARAURETRAIS, VAGINAIS E VULVARES	83
ENDOMETRIOMA DE PAREDE	87
HIPERTROFIA DE PEQUENOS LÁBIOS	91
AVALIAÇÃO E CUIDADOS PÓS-CIRÚRGICOS	94

INTRODUÇÃO GERAL

1. Perfil Assistencial

O Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto (CRSMRP-MATER) presta assistência integral à saúde da mulher e da criança, com perfil multiprofissional de assistência em consultas ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos, internação, atendimentos aos partos em gestações de risco habitual e intermediário, atendimentos interdisciplinar nas áreas de mastologia, uroginecologia, ginecologia, obstetrícia e neonatologia, em caráter ambulatorial ou de urgência/emergência, exames especializados e assistência em situações especiais, como às adolescentes e planejamento familiar, recebendo alunos dos cursos de graduação em medicina e enfermagem. Além disso, é campo de estágio para programas de residência médica e pesquisas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) entre outras instituições de ensino.

O CRSMRP-MATER é referência regional em saúde da mulher e materno-infantil para os 26 municípios que integram o Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII), abrangendo uma população estimada de 1.400.000 habitantes. A oferta de serviços fica concentrada no Complexo Regulador Regional dos Serviços de Saúde (CROSS), devendo a paciente chegar ao CRSMRP-Mater devidamente referenciada da Atenção Básica.

2. Perfil Assistencial do Ambulatório de Cirurgia Ginecológica

São atendidas MULHERES entre 11 e 80 anos (o CRSMRP-Mater **não** atende pacientes do sexo masculino). Na primeira consulta, a equipe médica preenche a Ficha Ginecológica (constante no Prontuário Eletrônico da instituição) confirmando a história clínica que motivou o encaminhamento da paciente, checando os exames complementares já realizados e realizando o exame físico direcionado. Nesta primeira consulta, o médico atendente determina se: a) a paciente preenche critérios clínicos para seguimento em nível secundário de

atenção à saúde; e b) a paciente apresenta indicação de procedimento cirúrgico. Quando qualquer desses dois critérios não está presente, deve ser entregue uma contrarreferência à paciente com a justificativa e as orientações para seguimento ou encaminhamento correto; a paciente deve levar esse documento ao profissional que a encaminhou da atenção básica.

As cirurgias realizadas neste serviço são de baixa e média complexidade. Para a classificação da complexidade da cirurgia são avaliadas: o diagnóstico realizado, as morbidades concomitantes que demandem recursos terciários, como Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), e a eventual necessidade de profissionais de outras especialidades não atuantes no CRSMRP-Mater.

Toda paciente a ser submetida a uma intervenção cirúrgica deverá:

- Assinar termo de consentimento livre e esclarecido para realização do procedimento, preferencialmente em data anterior à data da realização do procedimento, ou seja, na consulta pré-operatória e não no dia da cirurgia.

- Ser avaliada pela equipe de médicos anestesistas com classificação do risco anestésico e assinatura do termo de consentimento para realização da anestesia. As pacientes são classificadas de acordo com o Protocolo de Risco Cirúrgico da Sociedade Americana de Anestesiologistas (*American Society of Anesthesiologists – ASA*). Apenas pacientes classificadas como ASA I e II podem realizar o procedimento no CRSMRP-Mater.

3. Avaliação pré-operatória geral

Os ambulatórios de assistência ginecológica do CRSMRP-Mater são organizados com perfil de alta resolutividade e predominantemente cirúrgico. O intuito é que as pacientes sejam avaliadas e rapidamente agendadas para procedimento caso haja indicação ou contrarreferenciadas à rede com sugestões para seguimento nos casos em que a indicação for de controle clínico. Dessa forma, a responsabilidade pela coleta e resultados dos exames pré-operatórios básicos é da unidade solicitante. Os exames pré-operatórios foram organizados em um quadro para melhor visualização.

Quadro 1: Resumo de exames pré-operatórios recomendados. Fonte: autoria própria.

	Todas as pacientes	Cirurgias / Patologias ginecológicas de Maior Porte (Prolapsos genitais, Miomatose uterina para histerectomia ou miomectomia e massas anexiais)	IMC >=30	Idade >= 50 anos	Hipertensão leve ou controlada**, Diabetes ou doença sistêmica controlada	Coronariopatia, Hipertensão grave**, Diabetes descontrolado, Nefropatias ou outras doenças
Colpocitologia do último ano	Sim (exceto encaminhamento para Mastologia)					
Ultrassonografia pélvica	Sim (nos casos em que a indicação de procedimento seja decorrente do exame de imagem)					
Hemograma completo	Sim					
Glicemia de Jejum	(Em caso de sintomas de Diabetes)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Hemoglobina Glicosilada					Sim (Diabetes)	Sim (Diabetes)
Coagulograma (TP - INR e TTPa)		Sim				
Urina Tipo 1 e Urocultura	Apenas para casos de Incontinência Urinária					
Eletrcardiograma				Sim	Sim	Sim
TSH / T4I					Casos de hipotireoidismo	Casos de hipotireoidismo
Uréia e Creatinina				Sim	Sim	Sim
Outros exames que demonstrem controle da doença de base					Quando aplicável	Quando aplicável
Avaliação de Risco Cirúrgico*						Sim
Mamografia e/ou Ultrassom de Mamas	Todas para Mastologia benigna					

Legendas de siglas: IMC: Índice de Massa Corporal; TP-INR: Tempo de Protrombina – Razão Normalizada Internacional; TTPa: Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada; TSH: Hormônio Tireoestimulante; T4I: Tireoglobulina 4 Fração Livre.

* Avaliação de risco deverá ser feita por cardiologista, clínico geral ou médico que a acompanhe da patologia de base, contendo eventuais recomendações perioperatórias. Casos com avaliação de risco baixo ou moderado poderão ser encaminhadas ao CRSMRP-Mater e casos de risco alto encaminhados ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HC-FMRP-USP).

** Casos de Hipertensão Arterial com necessidade de 3 ou mais medicações para controle e/ou com Pressão Arterial Sistólica maior ou igual a 160 milímetros de Mercúrio (mmHg) e/ou Pressão Arterial Diastólica maior ou igual a 100mmHg, enquadrar como Hipertensão grave para fins relacionados a este encaminhamento.

4. Cirurgias Realizadas

As principais patologias atendidas são:

- Incontinência urinária
- Prolapso genital (cistocele, retocele, prolapso uterino e de cúpula vaginal)
- Flacidez vaginal
- Hipertrofia de pequenos lábios com sintomas de desconforto ou dispareunia

- Cisto de Glândula de Bartholin
- Cisto de Glândula de Skeene
- Lesões vulvares e/ou vaginais e/ou perineais
- Retirada de corpo estranho vaginal
- Endometrioma de parede abdominal
- Leiomiomatose uterina para miomectomia ou hysterectomia (abdominal ou vaginal)
- Massas anexiais de baixo risco de malignidade segundo critérios internacionais de IOTA (*International Ovarian Tumor Analysis*)
- Massas anexiais sugestivas de teratoma ao ultrassom;
- Espessamento endometrial para investigação de doenças do endométrio por videohisteroscopia;
- Pacientes com suspeita de pólipos endometrial ao ultrassom;
- Pacientes para retirada de Dispositivo Intrauterino (DIU) sem o fio visível;
- Investigação de malformação mülleriana (uterina);
- Sangramento uterino pós-menopausa;
- Mioma submucoso sintomático.
- Casais que desejam anticoncepção definitiva feminina (Laqueadura Tubária) já avaliados por equipe multiprofissional no serviço de origem são encaminhados ao CRSMRP-Mater para realizar o procedimento cirúrgico, portando as avaliações já realizadas.
- Lesões palpáveis na mama, com documentação de exame(s) radiológico(s) demonstrando Classificação de BIRADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) 3 ou 4A para realização de biópsia ou exérese. Casos com alta suspeita de malignidade ou lesões não palpáveis deverão ser encaminhados a serviço de referência. O ambulatório também avaliará casos de mama axilar acessória.

5. Referências

1. Doyle DJ, Goyal A, Bansal P, et al. American Society of Anesthesiologists Classification (ASA Class) [Updated 2020 Jul 4]. In: StatPearls [Internet].

Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441940/>

2. Magny SJ, Shikhman R, Keppke AL. Breast, Imaging, Reporting and Data System (BI RADS) [Updated 2020 Feb 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459169/>
3. Kaijser J, Bourne T, Valentin L, Sayasneh A, Van Holsbeke C, Vergote I, et al. Improving strategies for diagnosing ovarian cancer: a summary of the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) studies: Adnexal tumors. *Ultrasound Obstet Gynecol.* janeiro de 2013;41(1):9–20

PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA

Ana Carolina Tagliatti Zani Mantovi
Caroline Ramos de Oliveira
Caio Antônio de Campos Prado

1. Introdução

Nas últimas décadas, o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas tem possibilitado o tratamento de patologias mais complexas, bem como possibilitado que um maior número de procedimentos cirúrgicos seja realizados. Assim, ocorre também um potencial aumento de erros que podem resultar em eventos adversos ao paciente, levando a incapacidade e morte. Do ponto de vista do sistema de saúde, os erros podem levar a prolongamento da internação, sobrecarga das equipes, aumento de custos e processos litigiosos.

Segundo dados da literatura, em média 50% dos eventos adversos em pacientes hospitalizados se relacionam a cirurgias. Cerca de 7 milhões de pacientes sofrem complicações cirúrgicas a cada ano, o que provocaria algo próximo a um milhão de óbitos durante ou após uma grande cirurgia. A taxa de mortalidade pós-cirúrgica varia de 0,4% a 0,8% em países desenvolvidos e de 5% a 10% em países em desenvolvimento. Obviamente, a maior parte dos óbitos decorre de complicações inerentes à cirurgia e condições clínicas dos pacientes, mas erros e falhas certamente contribuem para parcela importante das sequelas e mortes.

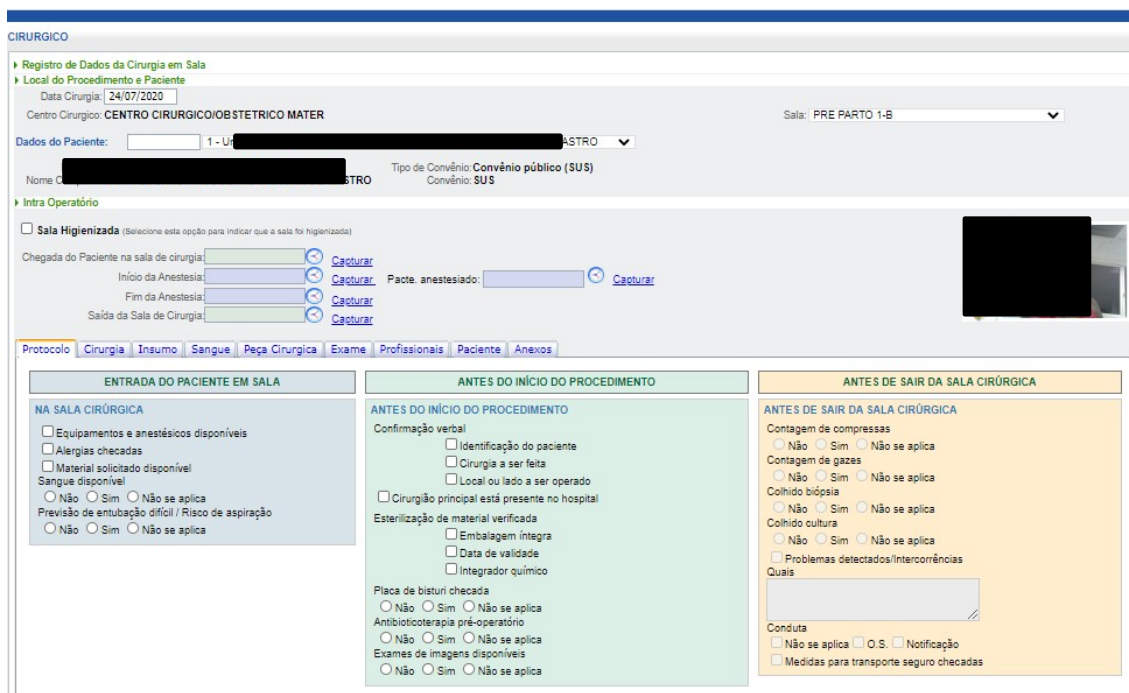
Revisões retrospectivas de prontuários, notificações de ocorrências e de indicadores de bancos de dados institucionais permitiram conhecer os eventos adversos mais comuns em pacientes cirúrgicos: infecções, hemorragias e complicações de próteses. Observou-se, também, falha na comunicação entre profissionais, complicações anestésicas, sepse, realização de cirurgias em pacientes trocados ou em regiões anatômicas erradas (lateralidade) e o esquecimento de materiais cirúrgicos no organismo do paciente. Esses três últimos, considerados erros graves, podem causar incapacidades ou o óbito, sendo considerados como eventos que nunca deveriam ocorrer (*never events*).

Em 2007-2008, a organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma lista de checagem padrão, elaborada por especialistas, para auxiliar as equipes cirúrgicas a

minimizar erros e danos aos pacientes operados. A orientação para a prática é que essa lista seja preenchida em todas as cirurgias por um profissional, checando verbalmente o cumprimento dos itens estabelecidos com os demais profissionais envolvidos (cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem) em três fases: antes da indução anestésica (entrada); antes da incisão cirúrgica, antes da saída do paciente da sala operatória. Auditorias de resultado da implantação da lista de checagem de cirurgia segura demonstraram redução de até 50% da mortalidade pós-operatória.

2. O Protocolo

Baseia-se na Lista de Verificação de Cirurgia Segura e no Manual de Cirurgia Segura, desenvolvidos pela OMS e adaptados para a nossa instituição (figura 1).



The screenshot displays a web-based interface for a surgical safety checklist. At the top, it is titled 'CIRURGICO'. Below this, there are sections for 'Registro de Dados da Cirurgia em Sala' and 'Local do Procedimento e Paciente', including fields for 'Data Cirurgia' (24/07/2020) and 'Centro Cirurgico' (CENTRO CIRURGICO/OBSTETRICO MATER). The 'Dados do Paciente' section shows a patient name and 'Tipo de Convênio: Convênio público (SUS)'. The 'Intra Operatório' section includes a checkbox for 'Sala Higienizada' and several 'Capturar' buttons for recording times like 'Chegada do Paciente na sala de cirurgia', 'Início da Anestesia', 'Fim da Anestesia', and 'Saída da Sala de Cirurgia'. Below these are three main checklist panels: 'ENTRADA DO PACIENTE EM SALA' (NA SALA CIRÚRGICA), 'ANTES DO INÍCIO DO PROCEDIMENTO', and 'ANTES DE SAIR DA SALA CIRÚRGICA'. Each panel contains a list of items with radio buttons for 'Não', 'Sim', or 'Não se aplica'. The 'ANTES DE SAIR DA SALA CIRÚRGICA' panel also includes a 'Condução' section with options for 'Não se aplica', 'O.S.', and 'Notificação'.

Figura 1: Lista de verificação de segurança cirúrgica adaptada para a Mater.
Fonte: Prontuário Eletrônico próprio da instituição.

Cada uma das fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Para a utilização da Lista de Verificação, que em nossa instituição está disponível no sistema informatizado de gerenciamento do centro cirúrgico, uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens; em nossa instituição, a responsabilidade pela condução está designada à circulante de sala. Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá

confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa.

Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de cirurgia até a sua solução. A literatura também demonstra que, para o sucesso em obter redução de complicações e óbitos, é necessária a adesão e engajamento de toda a equipe em sala e a sua aplicação em 100% dos procedimentos, independente de sua complexidade. O preenchimento descomprometido da lista de checagem apenas como cumprimento de uma tarefa burocrática é desencorajado por ser ineficaz. Além disso, a responsabilidade pelas informações contidas é coletiva e atribuída a todos os profissionais presentes em sala e não apenas da circulante que o preencheu.

Não devemos nos esquecer de que a segurança do paciente e do procedimento cirúrgico vem de um conjunto de ações em que a comunicação adequada entre a equipe e a paciente e entre os membros da equipe é essencial. Por isso, todo e qualquer evento que possa facilitar a ocorrência de falha humana deve ser evitado, como, por exemplo, a mudança de ordem das cirurgias ao longo do dia. Por outro lado, comportamentos que promovam a percepção rápida de um potencial erro devem ser promovidos, como a conversa clara e objetiva com a paciente a ser operada, confirmando sempre as informações da paciente e do procedimento. Embora a um primeiro olhar isso possa parecer um processo repetitivo, ele é crucial para minimizar a ocorrência de falhas.

2.1. Pré-cirúrgico:

a.) **Revisar verbalmente com a própria paciente sua identificação;**

Sempre realizar dupla identificação com nome completo, registro HC (número único utilizado para identificação de pacientes em todos os hospitais do Complexo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HC-FMRP-USP) ou data de nascimento – a conferência da identificação do paciente, sempre deve ser com 2 itens, conforme protocolo interno do Núcleo de Segurança do Paciente sobre identificação do paciente. Quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função.

- b.) **Verificar se a paciente tem alergias e comunicar equipe médica imediatamente;**
- c.) **Confirmar se a paciente retirou próteses (dentária), adornos e demais objetos de valor;**

Em conjunto com o paciente solicitar que coloque em saco plástico, identifique e orientar que deixe sob os cuidados do acompanhante, ainda na enfermaria pré-cirúrgica.

- d.) **Verificar se os exames pré-cirúrgicos, anotações e reserva de hemoderivados estão corretos;**
- e.) **Preparar a paciente para procedimento cirúrgico.**

2.2. Antes da indução anestésica

- a.) **Revisar verbalmente com a própria paciente sua identificação;**

Sempre realizar dupla identificação com nome completo, registro HC ou data de nascimento – a conferência da identificação do paciente, sempre deve ser com 2 itens. Quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função.

- b.) **Confirmar a disponibilidade das medicações e equipamentos necessários à cirurgia;**

Antes mesmo de a paciente entrar em sala, as medicações disponibilizadas ao anesthesiologista, os equipamentos e materiais dispensados para a cirurgia devem ser conferidos. Além disso, nos casos de necessidade de reserva de hemocomponentes, a agência transfusional deverá ter confirmado sua disponibilidade.

- c.) **Confirmar que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos;**

Os itens (a) e (b) deverão ser checados através de frase padrão, dentro dos critérios do “Padrão Mater de Qualidade”, como no exemplo a seguir: “Bom dia, meu nome é ***, sou técnica de enfermagem da Mater e serei responsável pelos cuidados da sala durante sua cirurgia. Por segurança, precisamos checar algumas informações: seu nome e data de nascimento são *** (ler o nome a partir do

disponível na tela aberta no sistema de cirurgia)”. Após confirmar o nome e a data de nascimento, segue a confirmação da cirurgia: “A senhora será submetida à cirurgia de ***, que consiste em ***” (descrever a cirurgia, órgão abordado e a lateralidade, quando houver). A confirmação verbal da paciente deverá ser acompanhada da checagem da pulseira de identificação.

d.) Confirmar o consentimento para cirurgia e a anestesia;

Os Termos de Consentimento - cirúrgicos e anestésicos - devem ser assinados pelo paciente ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos por médico membro da equipe cirúrgica, antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento cirúrgico e preferencialmente antes da internação. Os termos deverão ser checados pelo profissional que busca a paciente para a cirurgia e pelo profissional que a recebe em sala, em sistema de dupla checagem. Dentro da sala, a circulante, o cirurgião e o anestesista devem confirmar verbalmente o consentimento, antes do início dos procedimentos.

e.) Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação;

A identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por médico membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento. A demarcação deverá ser realizada no corpo do paciente em local que indica a estrutura a ser operada com o uso de caneta dermatográfica. E a participação da paciente na marcação é prática de segurança, principalmente em casos de lateralidade, portanto, deve ser realizada em conjunto médico/paciente.

O local da incisão deverá ser marcado com uma linha tracejada, enquanto a projeção do órgão ou da lesão a ser operada deverá ser marcada com um alvo (um círculo e um ponto no centro dele – Figura 2). As cirurgias vaginais dispensam marcação da incisão.

No momento da abordagem da paciente para marcação, deverá ser usada frase padrão, dentro dos critérios do “Padrão Mater de Qualidade”, como no exemplo a seguir: “Bom dia, meu nome é ***, sou médico (a) da Mater e faço parte da equipe que irá operá-la. A senhora será submetida à cirurgia de ***, que consiste em *** (descrever a cirurgia, o órgão abordado, enfatizando a lateralidade, quando houver). Por segurança, precisamos fazer a marcação do local da cirurgia, a senhora

autoriza?” O condutor deverá confirmar que o cirurgião fez a demarcação do local da cirurgia no corpo da paciente.

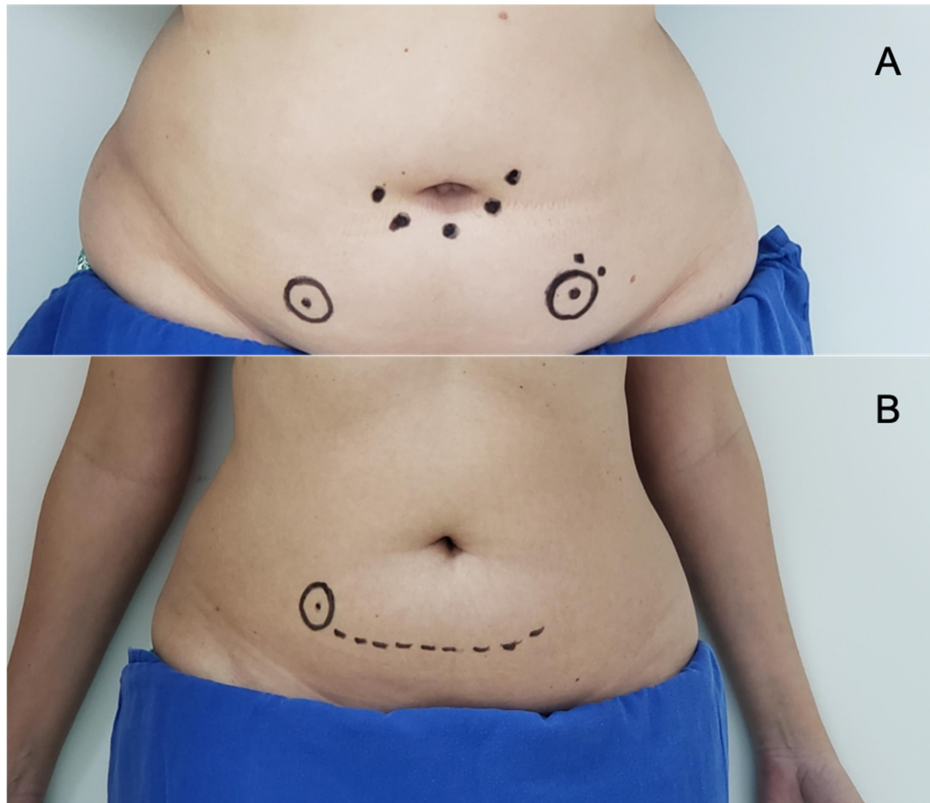


Figura 2: Exemplos de marcação para cirurgias. Situação A: Laqueadura tubária bilateral videolaparoscópica com incisão principal infraumbilical e acessória em fossa ilíaca esquerda.
Situação B: Ooforectomia direita com incisão à Pfannenstiel
Fonte: Acervo próprio da instituição. Consentimento para uso de imagem fornecido pela modelo.

- f.) **Confirmar a conexão e funcionamento de um monitor multiparâmetro e se a localização da placa de bisturi está correta;**
- g.) **Revisar verbalmente com o anestesiológico:** o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

O condutor deverá confirmar em voz alta se o paciente possui uma alergia conhecida, mesmo tendo conhecimento prévio, e, caso positivo, confirmar se o anestesiológico tem conhecimento e se a alergia em questão representa um risco para o paciente. Se algum membro da equipe cirúrgica tiver conhecimento sobre uma alergia que o anestesiológico desconheça, esta informação deverá ser

comunicada. Além disso, o condutor deverá confirmar verbalmente com o anestesiológista se o paciente possui uma via aérea difícil e se há risco de aspiração. Toda essa comunicação deverá utilizar a estratégia de “alça fechada”:

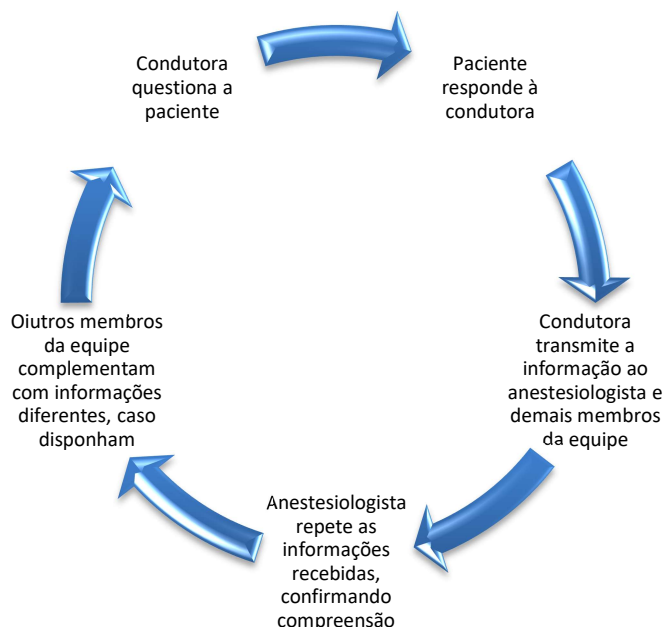


Figura 3: Estratégia da alça fechada. Fonte: autoria própria.

2.3. Antes da incisão cirúrgica (pausa cirúrgica):

a.) **Apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função;**

O condutor solicitará que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar os nomes e funções que cada um desempenhará no procedimento. Em situações de urgência em que haja necessidade de acionar um auxiliar externo que não estava presente desde o início, assim que possível, o condutor deverá confirmar sua identificação e função. O ato anestésico somente deve ter início quando verificada a presença e disponibilidade de todos os executores do ato cirúrgico.

b.) **Confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto;**

c.) **Revisão verbal, uns com os outros, da estratégia cirúrgica;**

- d.) **Confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos antes da incisão cirúrgica;**
- e.) **Confirmação da disponibilidade dos exames de imagens necessários.**

2.4. Antes de o paciente sair da sala de cirurgia:

a.) **Confirmação do procedimento que foi realizado;**

Nesse momento deve ser checado e registrado se houve a necessidade de realizar alguma cirurgia diferente da planejada ou complementação em relação ao previamente estabelecido devido a achados no intraoperatório.

b.) **Conclusão da contagem de compressas e instrumentais;**

A contagem de compressas e instrumentais é fundamental em todas as cirurgias e partos, principalmente nas cirurgias abdominais, a contagem de compressas deve ser realizada no momento em que se inicia o fechamento do peritônio enquanto nas cirurgias vaginais deve ser realizada no término da sutura vaginal.

c.) **Identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida;**

As amostras de biópsia ou cultura coletadas durante a cirurgia devem ser identificadas com o nome completo da paciente e seu registro com anotação da origem do material. Esse processo deve sofrer dupla checagem: um profissional anota, outro profissional confere em voz alta e beira leito.

d.) **Revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas;**

O término de um procedimento cirúrgico deve automaticamente disparar o processo de segurança dos procedimentos seguintes. Caso algum material estivesse faltando na caixa, a central de materiais deve ser imediatamente notificada verbal e documentalmente para providenciar checagem e reposição. Se houve problema em algum equipamento, deve ser providenciada a Ordem de Serviço para seu conserto ou reposição. Ao identificar que alguma falha de material ou equipamento pode prejudicar a realização de um procedimento futuro, a equipe

cirúrgica e a central de agendamento devem ser prontamente avisados para providenciar a reorganização da escala cirúrgica.

- e.) Revisão do plano de cuidado e as providencias quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

3. Estratégias de Monitoramento e Indicadores

a. Notificação dos casos de identificação errada de pacientes

Todos os incidentes envolvendo identificação de pacientes devem ser notificados em impresso próprio de Eventos Adversos e depositados na urna para posterior investigação e implementação de recomendações após investigação com foco na correção de processos.

b. Notificações de eventos adversos ou quase erros relacionados ao procedimento cirúrgico

Todos os incidentes no decorrer do procedimento, como falha ou quebra de equipamentos, perda de instrumentais e etc. devem ser notificados em impresso próprio de Eventos Adversos para posterior investigação e implementação de recomendações após investigação, com foco na correção de processos.

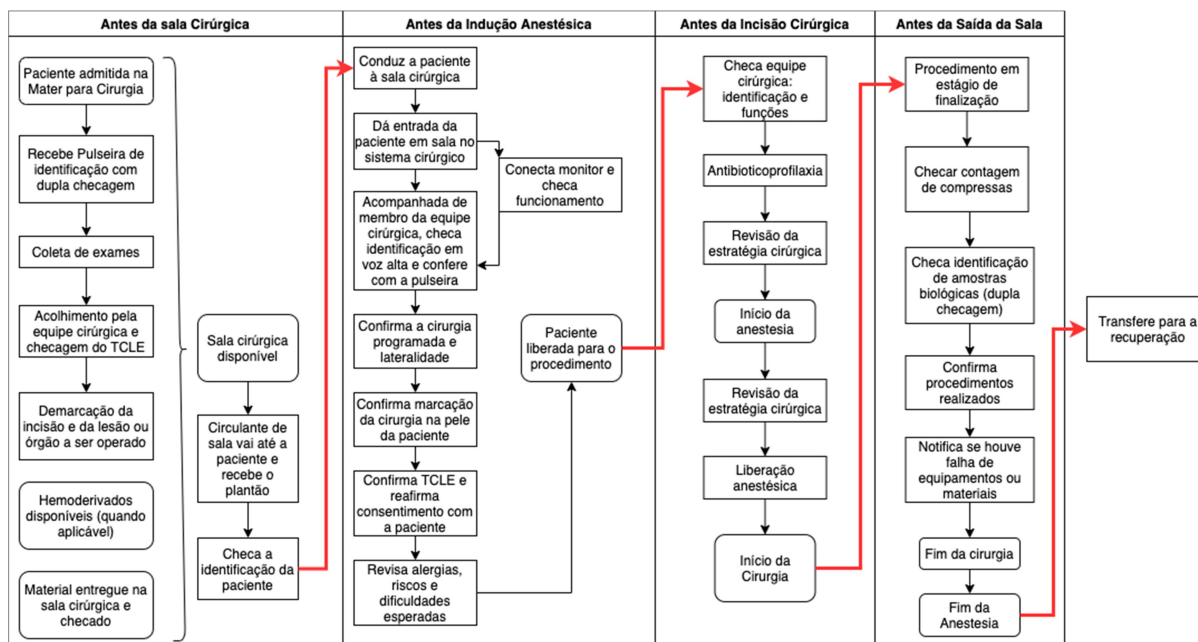
c. Indicadores

Mecanismos de monitoramento e auditorias rotineiras devem ser realizados nas instituições para verificar o cumprimento deste protocolo. Na Mater, serão documentados e acompanhados:

- Número de eventos adversos devido às falhas na identificação do paciente cirúrgicos;
- Taxa de adesão à lista de checagem (meta-alvo inicial de 95% ou mais para as cirurgias eletivas e de 85% ou mais para as cirurgias de urgência, mas com metas reavaliadas anualmente conforme desempenho);
- Taxa de devolução de amostras biológicas do centro cirúrgico por falha de identificação (meta-alvo: nenhuma devolução).

4. Fluxo resumido do Protocolo de Cirurgia Segura

Fluxo 1: Resumo do Protocolo de Cirurgia Segura. Fonte: autoria própria.



5. Referências

1. <http://www.ebserh.gov.br/documents/220250/2486114/16.+Folder+informativo+sobre+Cirurgia+Segura+-+HULW.pdf/6f89da40-f839-4cc4-985b-42b30ec34feb> - consultado em 01/11/2018.
2. Armond, Guilherme. Segurança do Paciente: como garantir qualidade nos serviços de saúde. Rio de Janeiro: DOC Contetnt, 2016. 1ª edição.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE: ANEXO 03. Protocolo para Cirurgia Segura. ANVISA/FIOCRUZ/2013.
4. Fudickar A, Hörle K, Wiltfang J, Bein B. The effect of the WHO Surgical Safety Checklist on complication rate and communication. Dtsch Arztebl Int. 2012;109(42):695-701. doi:10.3238/arztebl.2012.0695
5. Gitelis ME, Kaczynski A, Shear T, et al. Increasing compliance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist-A regional health system's experience. Am J Surg. 2017;214(1):7-13. doi:10.1016/j.amjsurg.2016.07.024

VÍDEO-HISTEROSCOPIA

Ana Carolina Tagliatti Zani Mantovi

1. Video-histeroscopia Diagnóstica

1.1. Indicações

A histeroscopia diagnóstica está indicada como padrão-ouro para a avaliação da cavidade endometrial nos seguintes casos:

- Espessamento endometrial pós-menopausa. Em mulheres sem terapia hormonal (TH), a referência de espessura endometrial ao ultrassom é de 4 mm(1,2). Acima deste valor, há indicação de prosseguir a investigação. Para pacientes em uso de TH, **NÃO** há referência consensual na literatura de valor de normalidade, assim, em casos de sangramento na vigência do uso de TH, cada caso deve ser individualizado e a avaliação do ultrassonografista deve contemplar a ecogenicidade e a regularidade endometrial, além da espessura por si só.

- Suspeitas de lesões endometriais focais, independente do status hormonal da paciente: lesões polipoides, nodulares ou espessamentos focais ao ultrassom.

- Sangramentos uterinos anormais refratários ao tratamento clínico independente de achados ultrassonográficos para obtenção de amostra endometrial para biópsia.

- Falhas de implantação em pacientes em tratamento de reprodução assistida.

- Abortamento de repetição

1.2. Avaliação Pré-Operatória

Todas as pacientes indicadas para histeroscopia diagnóstica devem ser submetidas a exame ginecológico para descartar alterações cervicais e infecções vulvo-vaginais. Também são necessários: ultrassonografia pélvica, preferencialmente transvaginal, e colpocitologia atualizada de acordo com o protocolo do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Para pacientes no menacme, o

exame apresenta maior acurácia se realizado na fase folicular, em que o endométrio se encontra menos espesso, com menor risco de encobrir eventuais lesões pequenas.

1.3. Contraindicações

- Gestação e infecção dos órgãos genitais.
- Situações que demandam maior cuidado (recomenda-se que o exame seja realizado pelo médico mais experiente, a fim de reduzir riscos de perfuração): paciente sem coitarca, malformações uterinas, procedimento(s) prévio(s) em colo uterino (cirurgias, radioterapia).

1.4. Materiais necessários

Tabela 1: Materiais necessários para a realização de Histeroscopia Diagnóstica

Material	Descrição
Óptica para histeroscopia	Equipamento utilizado para acesso visual à cavidade uterina. Pode ser rígida ou flexível, com angulações variáveis se sua extremidade e com diâmetro de 2,9 a 4 milímetros.
Camisa para óptica	Envolve a óptica e apresenta canal para entrada do meio de distensão utilizado.
Fibra óptica	Equipamento responsável pela transmissão da luz para o interior da cavidade uterina. Acopla-se à óptica e à fonte de luz.
Câmera	Acoplada à óptica, permite a captação da imagem que será processada e transmitida ao monitor.
Pinça para biópsia orientada ou dirigida	Utilizada para a realização de biópsia de lesões focais.
Cureta de Novak.	Utilizada para a realização de biópsia de lesões difusas. Quando acoplada a uma seringa de 20ml, permite a realização de um vácuo no interior da cavidade, aspirando material biológico.
Armário para videocirurgia contendo:	- Monitor - Fonte de Luz - Processador de Imagem
Bolsa pressórica para soro fisiológico	Para garantir pressão de entrada do meio de distensão utilizado no CRSMRP-Mater (Soro fisiológico 0,9%).
Materiais descartáveis:	- Equipo de soro - Seringa de 20 ml

Material para exame Vaginal e dilatação
de colo

- Gaze
- Capa para a câmera
- Espéculo
- Pozzi
- Velas de Hegar (número 1 a 5)

1.5. Passos Técnicos

- Preparo para o exame: Posição ginecológica com as nádegas poucos centímetros fora da mesa. Não é necessário antissepsia vulvovaginal para realização do procedimento diagnóstico.

- Realização de toque vaginal bimanual e descrição na ficha operatória do mesmo: o toque vaginal auxilia na avaliação de posição e o tamanho do útero e a avaliação da mobilidade uterina pode auxiliar na escolha da via no caso de indicação futura de histerectomia.

- Descrição da técnica:

1- Passagem de espéculo

2- Pinçamento de lábio anterior do colo uterino com Pozzi

Observação: caso seja preferência do examinador ou caso paciente sem coitarca, essas duas etapas podem ser dispensadas e o exame pode ser realizado através de vaginoscopia. Para úteros retroversofletidos, o pinçamento do lábio posterior do colo uterino pode ser mais eficaz.

3- Introdução da óptica no orifício externo do colo uterino e progressão da mesma pelo canal endocervical mantendo a visualização do mesmo sempre às 6h na tela.

Pode ser necessária a dilatação do orifício externo (OE) com velas de Hegar até 5 mm. Lembrar que a dilatação deve ser apenas do OE, a passagem pelo orifício interno deve ser sempre sob visualização direta para reduzir o risco de perfuração.

4- Avaliação sistematizada da cavidade uterina:

- Amplitude e forma

- Presença de lesões focais: classifica-las quanto ao número, tipo (nodular, polipoide, séssil, pediculada), grau, vascularização e estimar tamanho.

- Presença de lesões difusas: classificar extensão (paredes acometidas e se atinge canal endocervical) e vascularização.

- Avaliação do tipo de endométrio (Quadro 2).

- Visualização dos cornos uterinos e óstios tubários.

5- Avaliação do canal endocervical (descrever se houver lesão focal) e classificação das criptas (normoproliferadas, aplainadas, hiperproliferadas).

6- Realização de biópsia

Lesões difusas devem ser biopsiadas com cureta de Novak. Lesões focais devem ser biopsiadas com pinça de biópsia de forma guiada ou dirigida. Cavidades de aspecto macroscópico normal não necessitam de biópsia, exceto em casos de sangramento uterino anormal de difícil controle.

Quadro 2: Correlação entre achados histeroscópicos e as fases do ciclo menstrual

ENDOMÉTRIO	Regenerativo	Proliferativo Inicial	Proliferativo Tardio	Ovulatório	Secretor Inicial	Secretor Tardio	Sinais menstruais	Menstrual
DIA DO CICLO	2 – 4	5 – 10	11 – 15	16 – 18	19 – 21	22 – 25	26 – 28	
COR	Vermelho intenso	Amarelo ocre	Ocre-avermelhado a róseo	Ocre brilhante	Branco brilhante	Branco Brilhante	Branco cinzento	Vermelho-violáceo intenso
SUPERFÍCIE	Uniforme e rugosa	Plana, lisa e uniforme	Plana, lisa e uniforme	Plana, lisa, regular	Ondulada, uniforme, irregular	Lisa, ondulada, esponjosa	Plana	Desigual
ESPESSURA (mm)	0 – 1	2 – 5	6 – 7	6 – 7	8 – 9	>7	<7	0 – 1
GLÂNDULAS	Isoladas	Pontilhadas, espaçadas	Ponteado branco evidente	Espessadas com relevo confluyente	Em forma de losangos proeminentes	Ausentes	Ausentes	Ausentes
VASOS	Ausentes	Capilares finos	Rede vascular de calibre fino a mediano	Rede vascular que começa a desaparecer	Ausentes	Ausentes	Ausentes	Ausentes
IMPRESSÃO	Não	Mínima	Hemorrágica	Hemorrágica	Serosa	Serosa	Hemorrágica	Ausente

Fonte: Adaptado de Campolungo, A; Nogueira AA. Padrões de Normalidade da Cavidade Uterina à Histeroscopia Panorâmica. Medicina, v.32, p.229, 1999.

1.6. Manejo das Complicações

1.6.1. Laceração cervical

Lacerações cervicais durante a histeroscopia diagnóstica são, em geral, pequenas e de fácil manejo. Se não houver sangramento ativo nem distorção anatômica, não é necessário nenhum tipo de abordagem. Havendo sangramento ativo, pode-se comprimir o local (utilizar sempre um instrumento de preensão, como o Cheron, com gaze ou compressa pequena) ou sutura. No caso da distorção anatômica, é necessária a sutura, preferir fio absorvível. Em geral, a laceração cervical não impede a realização do exame.

1.6.2. Falso Trajeto

Complicação mais comum da histeroscopia diagnóstica, principalmente em colos estenosados ou úteros com acentuada flexão. Quando identificada, o trajeto deve ser corrigido prontamente e, em alguns casos, é necessário reprogramar o exame (com intervalo mínimo de 15 dias) por impossibilidade de identificar o trajeto.

A continuidade do exame sem a segurança de estar com a óptica dentro do canal endocervical pode levar à perfuração uterina.

Nas pacientes em que há sucesso em realizar a avaliação da cavidade a despeito do falso trajeto, não deve ser realizada biópsia às cegas (com cureta de Novak) ou não dirigida, pois há grande risco de que o instrumental inserido sem guia percorra o falso trajeto perfure o útero, ocasionando complicações decorrentes de lesões de órgãos intra-abdominais.

Pacientes com história prévia de falso trajeto se beneficiam de alguns cuidados: programar o exame com a óptica de Bettocchi, que é 2 mm menos espessa que a convencional; programar o exame com o cirurgião mais experiente da equipe. Se essa paciente necessitar de histeroscopia cirúrgica, é importante o uso de misoprostol para preparo do colo e minimizar riscos de complicações na dilatação cervical (vide próximo capítulo).

1.6.3. Perfuração Uterina

A maior parte das perfurações uterinas ocorre por dificuldade na passagem da óptica pelo canal endocervical, principalmente quando o cirurgião realiza manobras bruscas. Nesses casos, a perfuração ocorre geralmente em fundo uterino, paredes anterior (úteros retroversofletidos) ou posterior (úteros anteversofletidos) e não há necessidade de nenhuma conduta adicional. O exame deve ser interrompido imediatamente e não se deve realizar nenhum tipo de biópsia. Novo exame pode ser programado para 30 dias.

Nas suspeitas de perfuração de paredes laterais, é necessário manter a paciente hospitalizada por 24h para observação de sintomas devido ao risco de lesão vascular.

1.7. Recomendações sobre a Biópsia

Lesões difusas devem ser biopsiadas com cureta de Novak. Lesões focais devem ser biopsiadas com pinça de biópsia de forma guiada ou dirigida(3). Cavidades de aspecto macroscópico normal não necessitam de biópsia, exceto em casos de sangramento uterino anormal de difícil controle.

1.8. Possíveis achados e condutas

1.8.1. Septos uterinos

Septos uterinos, por se tratarem de malformações mulleriana, não necessitam de biópsia para confirmação diagnóstica. Sempre correlacionar o achado histeroscópico com os achados ultrassonográficos para diferenciação entre septo e duplicidade de cavidade (útero bicorno). Tal diferenciação é imprescindível para a indicação de septoplastia em casos selecionados de infertilidade (decisão de abordagem do septo deve ser tomada em conjunto com o serviço de reprodução em que a paciente faz seguimento). Não há indicação de septoplastia para pacientes assintomáticas.

1.8.2. Pólipo endometrial

Lesão pediculada ou sésil. Pode ser classificado como funcional, atrófico, glandular ou hiperplásico, sem implicação no quadro clínico e conduta para a paciente.

Tabela 2: Condutas frente ao achado de pólipo endometrial.

Achado	Anatomopatológico	Conduta
Lesão polipoide típica	Biópsia não representativa de pólipo e sem atipias	Propor à paciente novo exame para biópsia da lesão.
Lesão polipoide típica	Pólipo endometrial sem atipias(4–6)	Discutir opções terapêuticas com a paciente a depender da indicação do exame: - Deseja retirada e não tem contraindicação: programar histeroscopia cirúrgica. - Assintomática e sem desejo de abordagem: realizar seguimento clínico em UBS e reencaminhar se sintoma. Não é necessário seguir com US. - Sangramento uterino anormal ou infertilidade: programar histeroscopia cirúrgica.

OBS: Há alguns estudos na literatura que defendem a retirada de lesões maiores de 1,5cm mesmo que assintomáticas pelo risco de associação com malignidade.

1.8.3. Leiomioma Submucoso

Leiomiomas são tumores benignos de origem nas células musculares lisas (miométrio) e, em geral, causam sangramento uterino anormal, principalmente quando possuem componente submucoso.

Tabela 3: Conduta frente ao achado de leiomioma submucoso.

Achado	Anatomopatológico	Conduta
Lesão nodular	Leiomioma submucoso ou achado não representativo*	- Sintomática/infertilidade: programar histeroscopia cirúrgica. - Assintomática: discutir desejo de abordagem cirúrgica com a paciente

*Por se tratar de lesão mais endurecida que o pólipó e o próprio endométrio, a dificuldade em se conseguir amostra representativa na biópsia não é incomum. Nesses casos, a opinião do cirurgião é de grande valia.

1.8.4. Hiperplasia endometrial (7)

É um diagnóstico ginecológico relativamente comum e conhecido como precursor de carcinomas endometriais. Em mulheres no menacme, está associada a distúrbios ovulatórios, como a síndrome do ovário policístico. Na pós-menopausa, é associada a condições com aumento do nível de estrógeno circulante, como terapia hormonal e obesidade. Os dados de literatura que relacionam a presença da hiperplasia à coexistência de câncer são limitados, mas o que se leva em consideração na maioria dos serviços de referência é a tabela a seguir:

Tabela 4: Condutas frente ao achado de Hiperplasia Endometrial.

Classificação ¹	Risco de progressão para carcinoma endometrial ²	Opções de Tratamento
Simples	1%	Terapia Hormonal
Complexa	3%	Terapia Hormonal ou Cirurgia
Simples com atipias	8%	Cirurgia. Hormonioterapia para pacientes que desejam preservar a fertilidade ou tenham risco cirúrgico elevado.
Complexa com atipias	29%	

¹Sistema de Classificação Recomendado pela Organização Mundial de Saúde em 1994.

² Kurman RJ, Kaminski PF, Norris HJ. The behavior of endometrial hyperplasia: a long-term study of "untreated" hyperplasia in 170 patients. Cancer. 1985;56:403–412.

O tratamento medicamentoso da hiperplasia tem como foco o controle do sintoma (sangramento) e a prevenção da progressão da lesão. Recomenda-se o uso da progesterona isolada, não havendo diferença de eficácia entre as vias e dosagens disponíveis atualmente. O tratamento deve ser realizado por 6 meses, com nova biópsia endometrial então. Após o resultado dessa segunda biópsia, havendo resolução da hiperplasia, recomenda-se manutenção do tratamento por 12 meses. Se a hiperplasia persiste, pode-se optar por trocar o progestágeno usado ou aumentar sua dosagem por outros 6 meses (repetindo novamente a biópsia) ou indicar histerectomia. O risco de recorrência após finalização do tratamento é grande porque, no geral, o fator de risco predisponente a esse tipo de lesão permanece presente nas pacientes.

1.8.5. Cavidade uterina normal sem necessidade de Biópsia

Para procedimentos sem intercorrências e exames sem necessidade de biópsia, não há necessidade de retorno ambulatorial. Deve ser entregue à paciente uma descrição completa do exame para que ela leve ao médico que a encaminhou ao CRSMRP- Mater.

1.8.6. Suspeita de malignidade

Tabela 5: Condutas frente ao achado ou suspeita de malignidade.

Achado	Anatomopatológico	Conduta
Achados suspeitos de malignidade	Endométrio sem atipias	Considerar repetir exame e biópsia devido à discordância.
Qualquer achado	Neoplasia maligna endometrial	Encaminhar ao serviço terciário para seguimento.

1.9. Recomendações específicas

Atentar para a eventual possibilidade de retirada completa de lesões focais, principalmente as polipoides, durante a biópsia na histeroscopia diagnóstica. Correlacionar sempre a descrição do achado, com a descrição do procedimento e o anatomopatológico. Quando o cirurgião descreve ter realizado a retirada completa

da lesão e não há malignidade no anatomopatológico, não há necessidade de histeroscopia cirúrgica ou ultrassonografia.

1.10. Outros procedimentos realizados durante a Histeroscopia Diagnóstica

1.10.1. Retirada de DIU

A visualização direta do dispositivo intrauterino facilita a sua retirada nos casos de insucesso no uso da pinça de Hartmann ambulatorialmente. Não há necessidade de agendar retorno ambulatorial para essas pacientes, que recebem alta hospitalar diretamente da internação, com recomendações de seguimento ginecológico de rotina na Atenção Primária à Saúde.

1.10.2. Lise de sinéquias frouxas

Casos de sinéquias intrauterinas frouxas podem ser facilmente resolvidos durante o procedimento diagnóstico, seja pela própria distensão cavitária na introdução do soro fisiológico, seja pela passagem romba da própria óptica sob visualização nas áreas com sinéquia. Casos de sinéquias frouxas não necessitam de terapia adjuvante pós-procedimento de lise, se não houver nenhum outro motivo para seguimento no CRSMRP-Mater, podem receber alta diretamente da internação e com seguimento na atenção primária.

Sinéquias uterinas densas, geralmente encontradas em pacientes com síndrome de Asherman, podem requerer uso de tesoura (Bettocchi) ou energia (ressectoscópio) para serem desfeitas. A segurança para a realização desse tipo de procedimento é maior se lançamos mão do ultrassom portátil para nos guiar durante a abordagem, pois, em geral, a distorção anatômica intracavitária é grande, assim como o risco de perfuração uterina.

LEMBRETE: Toda paciente que recebe alta do CRSMRP-Mater diretamente da internação deve ser orientada quanto a isso no momento em que estiver plenamente consciente. Lembrar que as histeroscopias diagnósticas na instituição são geralmente realizadas sob sedação, sendo necessário aguardar

um tempo após o término do procedimento para que a paciente recobre a consciência plena.

1.11. Recomendações pós-Histeroscopia Diagnóstica

Não é necessário nenhum tipo de repouso físico.

O retorno deve ser agendado em 7 a 10 dias nos casos de lesões suspeitas de malignidade e em 30 a 40 dias nos casos sem suspeita.

2. Video-histeroscopia Cirúrgica

2.1. Indicações

Conforme descrito previamente, a histeroscopia cirúrgica pode ser indicada quando, na diagnóstica, se identificam: pólipos endometriais, leiomiomas submucosos, septos uterinos e sinéquias intrauterinas densas.

2.2. Avaliação Pré-Operatória

Na programação da histeroscopia cirúrgica, é importante a cuidadosa revisão da descrição da histeroscopia diagnóstica realizada previamente:

- Casos de leiomiomas uterinos de grande volume (nódulos maiores que 4cm) se beneficiam do uso de análogo de GnRH (Hormônio Liberador de Gonadotrofina) pré-operatório (programar a abordagem cirúrgica para 2-3 meses após a aplicação do análogo).

- Pacientes com descrição de dificuldade na passagem da óptica pelo canal endocervical devem receber misoprostol vaginal pré-cirúrgico (vide abaixo).

2.3. Preparo Cervical com Misoprostol(8)

O preparo cervical com misoprostol é realizado com administração vaginal de 400mcg de misoprostol 3 a 4 horas antes do procedimento. A droga facilita a

dilatação cervical com as velas de Hegar, minimizando o risco de ocorrência de lacerações de colo. Não há necessidade de antecipar a internação: internar no horário habitual, com prescrição e aplicação imediata e entrada em sala cirúrgica ao final do período. Está indicado nas seguintes situações:

- Paciente com desejo reprodutivo
- Paciente com relato de dificuldade na passagem da óptica na histeroscopia diagnóstica
- Paciente com laceração de colo na histeroscopia diagnóstica.

ATENÇÃO: Não existem dados na literatura que corroborem haver benefício no uso de misoprostol para realização de histeroscopia diagnóstica.

2.4. Materiais necessários

Os mesmos materiais descritos na Tabela 1 acrescidos de:

Tabela 6: Materiais necessário para a realização de Histeroscopia Cirúrgica com Ressectoscópio

Material	Descrição
Velas de Hegar (número 4,5 a 9,5)	Utilizadas para a dilatação do canal endocervical e do orifício interno do colo uterino.
Canal de trabalho e ressectoscópio	Equipamento dentro do qual é colocada a óptica da histeroscopia e que apresenta canais de entrada e saída do meio de distensão utilizado e canal para passagem da alça monopolar. Acopla-se às mangueira de entrada e saída e ao cabo de energia monopolar.
Alça monopolar	Equipamento utilizado para a ressecção do tecido.
Bisturi elétrico	Gerador da energia utilizada para a ressecção.
Bomba para irrigação automática	Regula o fluxo e a pressão de entrada do meio de distensão utilizado no procedimento. É um dispositivo que traz segurança ao procedimento.
Mangueira para conexão entre canal de trabalho, bomba de irrigação e frasco do meio de distensão.	É específica para o modelo da bomba de irrigação automática.
<ul style="list-style-type: none"> - Mangueira para saída do líquido (mangueira de aspiração comum) - Frasco para coleta e medição de quantidade de líquido na saída - Glicina (ou outro meio líquido não condutor de energia elétrica) 	

2.5. Passos técnicos

Toda histeroscopia cirúrgica se inicia com uma histeroscopia diagnóstica. O material da histeroscopia cirúrgica deve ser aberto em campo apenas após confirmação da presença da lesão a ser abordada, minimizando desgastes desnecessários dos equipamentos. Realizar a antissepsia e colocação dos campos antes da realização da histeroscopia diagnóstica.

- 1- Passagem de espéculo
- 2- Pinçamento de lábio anterior do colo uterino com Pozzi
- 3- Introdução da óptica no orifício externo do colo uterino e progressão da mesma pelo canal endocervical mantendo a visualização do mesmo sempre às 6h na tela.
- 4- Identificação e confirmação da lesão previamente descrita.
- 5- Dilatação cervical com velas de Hegar até número 9.
- 6- Introdução do canal de trabalho com mandril posicionado (romba).
- 7- Retirada do mandril e passagem do ressectoscópio. Recomenda-se uso da menor potência no gerador de energia necessária para a lesão (em geral, é possível realizar quase todos os procedimentos com potência entre 40 e 60watts).
- 8- Exérese da lesão por fatiamento (lesões polipoides pediculadas podem ser excisadas diretamente no pedículo).
- 9- Retirada de fragmentos de lesão de dentro da cavidade endometrial.
- 10- Retirada de todo o equipamento e revisão da hemostasia do colo uterino.

OBSERVAÇÃO: Lesões de grande volume ou septos uterinos extensos podem necessitar de mais de um tempo cirúrgico para resolução completa.

2.6. Manejo das Complicações

2.6.1. Laceração cervical

As lacerações cervicais durante a dilatação endocervical com velas de Hegar tendem a ser mais extensas e, no geral, demandam sutura para hemostasia e restauração da anatomia. Há casos em que o procedimento deve ser suspenso por impossibilidade da introdução do canal de trabalho em colos extensamente lacerados. Nestes casos, deve-se preferir que o procedimento seja realizado pelo cirurgião mais experiente da equipe.

2.6.2. Perfuração uterina

Pode ocorrer em três momentos, com condutas específicas, além da suspensão imediata do procedimento, em cada situação:

- Durante a realização da histeroscopia diagnóstica (vide capítulo anterior).
- Na dilatação endocervical: principalmente em colos atróficos e úteros de pequeno volume, pode ocorrer passagem excessiva da vela de Hegar com perfuração da parede uterina. Como se trata de perfuração de maior diâmetro, com maior risco de sangramento, recomenda-se manter observação por 24 horas. Um novo procedimento deve ser programado para 60 dias após para adequada cicatrização da perfuração.
- Durante o uso do ressectoscópio: mais frequente em úteros de pequeno volume e em lesões com maior componente intramural. Casos se identifique a perfuração durante o uso de energia, o procedimento deve ser prontamente descontinuado e realizar laparoscopia diagnóstica para identificação exata do local da perfuração e avaliar se houve lesão de órgãos adjacentes, com condutas específicas caso tenha ocorrido. Esse risco deve sempre ser exposto à paciente na consulta pré-operatória. Também nesses casos a paciente deve permanecer 24 horas em observação e deve-se aguardar 60 dias para novo procedimento.

2.6.3. Complicações Relacionadas ao Meio de distensão

O meio de distensão mais utilizado em nosso serviço é a Glicina a 1,5%, que não conduz corrente elétrica, permitindo usar a energia monopolar. A sobrecarga por passagem excessiva de líquido para o intravascular ocorre principalmente em lesões de grande volume e pode provocar hiponatremia e hiposmolaridade, com sintomas como confusão mental e amaurose. Em geral, os sintomas revertem com a correção

do distúrbio hidroeletrolítico, que pode ocorrer espontaneamente em casos leves ou necessitar de diuréticos nos casos mais graves. A prevenção dessas complicações pode ser feita tomando-se alguns cuidados:

- Limitação da pressão de infusão do líquido (entre 100 e 120mmHg).
- Controle do volume de líquido que entra e sai da paciente. Quando a diferença entre entrada e saída chega a 1000ml, recomenda-se terminar o procedimento tão logo seja possível ou, caso não haja como prever o término, programar a finalização em segundo tempo cirúrgico.
- Controle do tempo de exposição à glicina. Caso o tempo desde o início da infusão da glicina chegue a 45 minutos e não haja previsão de término do procedimento nos próximos 15 minutos, a segurança é maior se programamos a finalização para outro tempo cirúrgico.

Na disponibilidade de ressectoscópio com energia bipolar, pode-se utilizar o soro fisiológico como meio de distensão. Nesse caso, o risco de complicação é muito menor.

2.7. Recomendações Pós-Operatórias

Exceto nos casos de complicações citados previamente, a Histeroscopia Cirúrgica é um procedimento ambulatorial, a paciente pode receber alta hospitalar após alimentar-se, caso não apresente nenhuma intercorrência (como vômitos, hipotensão).

Não há recomendação de repouso físico prolongado. Recomenda-se repouso sexual por 7 dias. É importante orientar a paciente sobre os sinais de alerta para que busque o serviço de saúde se necessário (febre, sangramento vaginal excessivo, odor fétido proveniente da vagina, dor abdominal intensa). É comum haver sangramento de 7 a 10 dias após o procedimento, mesmo nas pacientes na pós-menopausa. Nas pacientes no menacme, também é comum que o primeiro fluxo menstrual pós-procedimento seja diferente do habitual (em quantidade e na coloração).

Se não houver suspeita de malignidade, o retorno pode ser agendado em 30 a 40 dias.

3. Referências

1. Moodley M, Roberts C. Clinical pathway for the evaluation of postmenopausal bleeding with an emphasis on endometrial cancer detection. *J Obstet Gynaecol.* janeiro de 2004;24(7):736–41.
2. Karlsson B, Granberg S, Wikland M, Ylöstalo P, Torvid K, Marsal K, et al. Transvaginal ultrasonography of the endometrium in women with postmenopausal bleeding — a Nordic multicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* maio de 1995;172(5):1488–94.
3. Ribeiro CT, Rosa-e-Silva JC, Silva-de-Sá MF, Rosa-e-Silva ACJ de S, Poli Neto OB, Reis FJC dos, et al. Hysteroscopy as a standard procedure for assessing endometrial lesions among postmenopausal women. *Sao Paulo Med J.* novembro de 2007;125(6):338–42.
4. Ben-Arie A, Goldchmit C, Laviv Y, Levy R, Caspi B, Huszar M, et al. The malignant potential of endometrial polyps. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* agosto de 2004;115(2):206–10.
5. de Azevedo JM da R, de Azevedo LM da R, Freitas F, Wender MCO. Endometrial polyps: when to resect? *Arch Gynecol Obstet.* março de 2016;293(3):639–43.
6. Lieng M, Qvigstad E, Sandvik L, Jørgensen H, Langebrekke A, Istre O. Hysteroscopic resection of symptomatic and asymptomatic endometrial polyps. *J Minim Invasive Gynecol.* março de 2007;14(2):189–94.
7. Armstrong AJ, Hurd WW, Elguero S, Barker NM, Zanotti KM. Diagnosis and Management of Endometrial Hyperplasia. *J Minim Invasive Gynecol.* setembro de 2012;19(5):562–71.
8. Al-Fozan H, Firwana B, Al Kadri H, Hassan S, Tulandi T. Preoperative ripening of the cervix before operative hysteroscopy. *Cochrane Gynaecology and Fertility Group, organizador. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 23 de abril de 2015 [citado 28 de junho de 2020]; Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005998.pub2>
9. O Endométrio. Editor responsável Reginaldo Guedes Coelho Lopes. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

VIDEOLAPAROSCOPIA

Ana Carolina Tagliatti Zani Mantovi

1. Indicações

A videolaparoscopia é uma via de acesso minimamente invasiva que pode ser utilizada na abordagem de condições benignas e malignas intra-abdominais. Em nosso serviço, a videolaparoscopia é a via de acesso preferencial para:

- Avaliação diagnóstica da cavidade abdominal em casos de dor pélvica aguda* ou crônica, sendo padrão-ouro, por exemplo, para o diagnóstico confirmatório de endometriose;
- Abordagem de lesões anexiais;
- Realização de laqueadura tubárea.

**Em situações de abdome agudo com paciente estável (como em gravidez ectópica), a videolaparoscopia é uma via possível de abordagem, principalmente em locais com cirurgiões experientes e equipe habituada com o uso do material de vídeo.*

Com o avanço das técnicas diagnósticas, principalmente as ultrassonográficas, a indicação de laparoscopia para a investigação de infertilidade sem causa aparente com realização de cromotubagem caiu em desuso. Entretanto, não é incomum a associação de infertilidade a outra condição que indique a laparoscopia (por exemplo, dor pélvica refratária a tratamento), quando podemos realizar a cromotubagem para avaliação de permeabilidade tubárea.

Além dessas indicações, a videolaparoscopia pode ser utilizada para miomectomias, histerectomias e avaliação diagnóstica em complicações pós-operatórias.

2. Avaliação Pré-Operatória

Em adição à avaliação pré-operatória padrão, é essencial rever o histórico pessoal de cirurgias abdominais e, caso exista, avaliar as cicatrizes presentes. História de cirurgias abdominais prévias não é contraindicação à via laparoscópica,

porém a presença de abordagens umbilicais e incisões medianas demandam mudança de local de punção para acesso mais seguro.

Nas suspeitas de endometriose, recomenda-se afastar o diagnóstico de endometriose profunda, pois, nesses casos, muitas vezes é necessária a abordagem conjunta de outra especialidade (como proctologia ou urologia), que não dispomos na Mater.

3. Contraindicações

Absolutas: peritonite, infecção de parede abdominal, não desejo da paciente.

Relativas: doenças pulmonares graves ou cardíacas, grandes hérnias abdominais, múltiplas cirurgias abdominais e ascite tensa.

4. Materiais necessários

Tabela 7: Materiais necessários para a realização de videolaparoscopia

Material	Descrição
Óptica para laparoscopia.	Na Mater, dispomos de ópticas de 10mm de diâmetro, com angulações de 0 e 30°.
Fibra óptica	Equipamento responsável pela transmissão da luz para o interior da cavidade uterina. Acopla-se à óptica e à fonte de luz.
Câmera	Acoplada à óptica, permite a captação da imagem que será processada e transmitida ao monitor.
Agulha de Veress	Utilizada para a insuflação do pneumoperitônio.
Trocarter de 10 e 5mm com mandril cortante (pregos).	Canais de entrada para a óptica e as pinças utilizadas.
Insuflador de Pneumoperitônio	Permite controle de pressão e fluxo do gás carbônico utilizado no pneumoperitônio.
Armário para videocirurgia contendo:	- Monitor - Fonte de Luz - Processador de Imagem
Pinça Maryland	Pinça de dissecação.
Pinça com dentes	Pinça de preensão.
Pinça Grasper	Pinça de preensão.
Tesoura curva	Utilizada para secção e dissecação.
Monopolar Hook	Em formato de gancho, instrumento para uso de energia monopolar.

Pinça Bipolar

Com diversas opções de pontas,
instrumento para uso de energia bipolar.

Aspirador/Irrigador

Utilizado para aspiração de líquidos e
irrigação e lavagem da cavidade

Materiais descartáveis:

- Seringa para teste de punção
- Mangueira para insuflação
- Mangueira para irrigação e aspiração

5. Passos técnicos

- Preparo para o exame: decúbito dorsal horizontal com membros inferiores abduzidos e nádegas poucos centímetros fora da mesa cirúrgica para facilitar a manipulação uterina.

- Preparo habitual: Antissepsia abdominal e vaginal e colocação de campos mantendo possível o acesso vaginal (exceto nas pacientes sem coitarca).

- Passagem de espéculo, pinçamento do lábio anterior do colo com Pozzi e passagem de histerômetro para manipulação uterina. Retirar espéculo após fixar o histerômetro ao Pozzi.

- Realização da primeira punção e insuflação do pneumoperitôneo:

1. Anestesia local com Ropivacaína em região umbilical;
2. Incisão intraumbilical de 10mm
3. Passagem da agulha de Veress com preensão e elevação da parede abdominal
4. Teste de segurança da punção: aspiração com seringa conectada da agulha, livre passagem de soro fisiológico e teste da gota livre. Após a conexão da mangueira de insuflação, a pressão inicial deve ser inferior a 6mmHg, completando a tríade de segurança da primeira punção.
5. Conexão da mangueira para insuflação de gás carbônico: padronização de pressão máxima em 15mmHg e fluxo 3l/min. Recomenda-se que a insuflação seja lenta e a pressão não excessiva para evitar complicações referentes ao aumento do retorno venoso.

Observação: Manter elevada a parede abdominal até a entrada de 1,5l de gás carbônico para evitar acidente de punção.

6. Retirada da Veress ao atingir a pressão máxima.

7. Passagem do trocarte de 10mm com preensão e elevação da parede abdominal.

8. Retirada do prego e inserção da óptica com imediata visualização do sítio de punção para avaliar a ocorrência de acidentes de punção.

- Inventário da cavidade abdominal: além dos acidentes de punção, deve-se avaliar presença de líquido livre em cavidade e implantes peritoneais (preditores de malignidade), bem como avaliar o aspecto do fígado, presença de aderências e aspecto da pelve.

- Posicionamento da paciente em Trendelenburg

- Realização das punções acessórias:

1. Locais das punções: lateralmente aos vasos epigástricos inferiores uni- ou bilateralmente e/ou na linha mediana.

2. Anestesia local com Ropivacaína.

3. Incisão na pele de 5mm.

4. Passagem do trocarte de 5mm com visualização interna pela câmera.

- Avaliação sistematizada da pelve:

1. Aspecto, forma, cor e tamanho uterino. Avaliar presença de lesões e aderências.

2. Aspecto, forma, calibre e trajeto das tubas uterinas. Avaliar presença de massas, lesões e aderências.

3. Aspecto, forma e tamanho dos ovários. Descrever presença e localização de lesões e aderências.

4. Presença de lesões ou quaisquer alterações em peritônio pélvico.

5. Presença e aspecto de líquido livre em fossa retouterina.

** No caso de lesões de endometriose, realizar a classificação de acordo com o sistema de Classificação da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (Quadro 3).*

- Realização de procedimentos cirúrgicos específicos (vide a seguir)

- Revisão da hemostasia, lavagem e aspiração intracavitária se necessário.

- Retirada dos trocartes acessórios sob visualização.

- Retirada da óptica.

- Esvaziamento lento de pneumoperitônio e retirada do trocarte umbilical.

- Suturas da pele nos locais de punção.

Quadro 3: Classificação das lesões de endometriose pela Classificação da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (1)

Endometriose Mínima (estadio I): 1-5		Endometriose Moderada (estadio III): 16-40		
Endometriose Leve (estádio II): 6-15		Endometriose Grave (estadio IV): >40		
Endometriose		<1cm	2-3cm	>3cm
Peritônio	Superficial	1	2	4
	Profunda	2	4	6
Ovário Direito	Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
Ovário Esquerdo	Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
Obliteração de fundo de saco vaginal		Parcial		Completa
		4		40
Aderências		<1/3 envolvidos	1/3-2/3	>2/3 envolvidos
Ovário Direito	Frouxa	1	2	4
	Densa	4	8	16
Ovário Esquerdo	Frouxa	1	2	4
	Densa	4	8	16
Tuba Direita	Frouxa	1	2	4
	Densa	4	8*	16
Tuba Esquerda	Frouxa	1	2	4
	Densa	4	8*	16
*se houver acometimento completo de fimbrias, considerar como 16.				
Porcentagem de Implantes:				
Lesões vermelhas (claras, vermelhas, rosadas, em chama, vesículas): _____%				
Lesões brancas (brancas, amareladas, marrons, defeitos de peritônio): _____%				
Lesões pretas (pretas, depósitos de hemossiderina, azuis): _____%				
Endometriose adicional: _____				
Patologias Associadas: _____				

6. Manejo das Complicações (2)

Complicações em laparoscopia são eventos raros. Os acidentes de punção correspondem a cerca de 40% delas, por isso a importância em se realizar os testes de prova antes do pneumoperitônio e a visualização direta das punções acessórias.

Em pacientes com cicatrizes abdominais prévias e suspeita de aderências, não há evidência de que a punção aberta reduza o risco de acidentes de punção em relação à punção às cegas com a agulha de Veress. Nesses casos, a realização da primeira punção no ponto de Palmer é a opção mais segura.

6.1. Lesões intestinais e de trato urinário

São passíveis de ocorrer tanto durante as punções quanto durante o procedimento cirúrgico e, assim como as complicações hemorrágicas importantes, ocorrem com maior frequência em procedimentos de maior complexidade. Identificado esse tipo de lesão, o cirurgião deve avaliar três questões: é possível o reparo primário? Será necessário ressecção? A abordagem demanda cirurgião de outra especialidade?

No caso intestinal, sendo uma lesão superficial ou puntiforme não transfixante, pode ser realizado o reparo primário por sutura. Nos outros casos, recomendamos a avaliação de um especialista quanto à necessidade de ressecção, principalmente pelo risco de comprometimento de vascularização. Lesões durante as punções costumam ser transfixantes e acometer concomitantemente vasos mesentéricos.

Nas lesões de trato urinário, deve-se levar em conta a experiência do cirurgião em campo frente à necessidade. Rafias vesicais costumam ser de fácil resolução com sutura quando em ápice. Lesões em trígono vesical e ureter podem demandar reimplante, sendo necessária uma equipe especializada. A lesão vesical pode ser suspeitada, quando a paciente estiver sondada, pela presença de bolhas no coletor da sonda.

6.2. Complicações hemorrágicas

Podem ocorrer tanto por lesões de vasos da parede abdominal quanto intra-abdominais. Para as complicações de vasos da parede, suturas hemostáticas podem auxiliar na contenção (devem ser deixadas por pelo menos 8 horas antes de serem retiradas). Vasos do omento costumam ser de pequeno calibre e dificilmente causam sangramento que colocam em risco a vida da paciente, entretanto, na

necessidade de manipulação de aderências de omento, sempre preferir a energia bipolar, pois tem maior capacidade de coaptação vascular.

Muitas vezes, o sangramento ocasionado por lesões vasculares causa hematoma de retroperitônio ou de mesentério. Se houver progressão visível do hematoma, o retroperitônio deve ser dissecado para identificação do ponto de lesão e ligadura. Se hematoma autolimitado, a paciente deve ser mantida em observação durante no mínimo 24 horas, com controle de imagem se necessário. Hematomas de mesentério devem ser abordados de forma cuidadosa para não comprometer a vascularização intestinal.

Lesões de grandes vasos requerem identificação rápida e laparotomia exploradora para ligadura e correção.

6.3. Complicações decorrentes do uso de energia

As complicações térmicas ocorrem por: isolamento inadequado, contato inadvertido do instrumento com tecido e condução capacitiva. A repercussão depende do local em que isso ocorre e da sua extensão, podendo ser difícil a sua identificação no intraoperatório, com perda de tecido por necrose manifestando-se clinicamente até 72h após o procedimento. Como a maioria dos procedimentos laparoscópicos é realizada de forma ambulatorial, com a paciente permanecendo no hospital por cerca de 12 horas, o mais importante é cuidar para que esse tipo de complicação não ocorra:

- Identificar problemas no isolamento do equipamento (interferência eletromagnética na tela do monitor, contração da musculatura da parede abdominal, redução do efeito do eletrocautério no tecido) e substituir se necessário.
- Evitar potência excessiva.
- Manter o instrumento sempre no campo visual cirúrgico.
- Usar a energia bipolar sempre que possível ao invés da monopolar.

Além disso, orientar a paciente a buscar atendimento médico prontamente na ocorrência de qualquer sintoma não esperado no pós-operatório.

6.4. Hérnias incisionais

São complicações pouco frequentes, mais frequentes quando há infecção na incisão, obesidade e esforços abdominais durante o tempo recomendado de repouso. São facilmente evitadas através do fechamento adequado da parede abdominal em incisões de mais de 10mm especialmente quando ocorre alargamento das incisões para passagem de peças operatórias.

7. Recomendações pós-operatórias

Recomendamos repouso físico relativo e sexual por 14 dias para os procedimentos diagnósticos e anexiais e por 40 dias para procedimentos maiores, como histerectomias e miomectomias com necessidade de sutura. Em procedimentos anexiais sem complicações, o retorno pode ocorrer de 20 a 30 dias, com alta se boa evolução e retorno às atividades.

8. Técnica Cirúrgica para Laqueadura Tubárea Laparoscópica

Em nosso serviço, a laqueadura tubárea é realizada por videolaparoscopia, sendo esta via superior à via laparotômica. A técnica para o acesso à cavidade abdominal é mesma já descrita anteriormente. Na maioria das pacientes, é suficiente a realização de apenas uma punção acessória (em geral, realizada no lado em que se encontra o cirurgião), ficando a segunda punção acessória reservada apenas aos casos em que é necessária a realização de adesiólise para acesso às tubas.

A laqueadura é realizada através de eletrocoagulação tubárea bilateral com o eletrodo bipolar, considerando-se que a cauterização de um segmento de 3cm de extensão na região ístmica da tuba é suficiente para a contracepção definitiva (3). Deve-se cuidar para não cauterizar muito próximo ao corno uterino, evitando sangramentos por se tratar de uma região de maior vascularização.

Por ser um procedimento simples e com pouca manipulação de órgãos intra-abdominais, o risco de complicações é baixo. O retorno pós-operatório pode ser feito em 30 dias, com avaliação clínica e exame das feridas operatórias.

9. Massas Anexiais

9.1. Introdução

Massa anexial é termo genérico utilizado para designar o aumento de volume dos anexos uterinos: trompas, ovários, ligamentos e remanescentes embrionários dos ductos mesonéfricos e paramesonéfricos. Há outras patologias não anexiais que podem se apresentar como massa anexial: pseudocistos de inclusão peritoneal, miomas pediculados, patologias urológicas e intestinais.

9.2. Sinais e Sintomas

Em geral, assintomáticas. Costumam ser achados de exame físico ou de imagem em pacientes que procuram atendimento médico por outros motivos. Quando presentes, os sintomas podem ser: dor em graus variados, sensação de peso abdominal, compressão de órgãos adjacentes e presença de massa palpável em abdome.

9.3. Diagnóstico

Como o Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto (CRSMRP-Mater) é um serviço de referência, a *priori* todas as pacientes chegam com diagnóstico realizado em Unidade Básica de Saúde. O diagnóstico é dado por exame de imagem (ultrassonografia pélvica, preferencialmente transvaginal) e, em nosso serviço, padronizamos que essa avaliação seja realizada considerando os critérios simples de IOTA (*International Ovarian Tumor Analysis* - tabela 8) para que haja uma adequada programação cirúrgica.

Casos de IOTA inconclusivo (IOTA I) pelas regras simples, é possível utilizar os modelos de regressão logística (LR) de IOTA (LR1 e LR2), que consideram, além das características ultrassonográficas: idade da paciente, presença de ascite, tamanho do componente sólido, história pessoal de câncer, uso de terapia hormonal e presença de dor no exame físico, fornecendo uma probabilidade mais exata de malignidade.

Tabela 8: Regras simples de IOTA (4)

Critérios de Benignidade	Critérios de Malignidade
B1 Unilocular	M1 Tumor sólido irregular
B2 Presença de componente sólido com menos de 7mm	M2 Presença de Ascite
B3 Presença de sombra acústica	M3 Pelo menos 4 vegetações
B4 Tumor multilocular regular < 10cm	M4 Tumor multilocular sólido irregular medindo 10cm ou mais
B5 Vascularização escassa	M5 Vascularização intensa

Benignidade: Um ou mais critérios de benignidade e ausência de critérios de malignidade

Malignidade: Um ou mais critérios de malignidade e ausência de critério de benignidade

Inconclusivo: Presença de critérios benignos e malignos

A dosagem sérica de CA-125, um marcador tumoral, tem limitação na predição de malignidade e deve ser realizada em casos em que a ultrassonografia não é conclusiva.

9.4. Diagnósticos Diferenciais e Condutas Iniciais

As massas anexiais podem ser divididas em: alterações funcionais, doenças benignas e neoplasias malignas.

Entre as alterações funcionais, temos cistos foliculares e cistos hemorrágicos. São condições que não necessitam de abordagem cirúrgica e, havendo suspeita de uma delas, recomendamos que a ultrassonografia seja repetida preferencialmente na fase folicular do ciclo menstrual e que a paciente retorne à Atenção Básica para seguimento.

Na suspeita de lesões malignas, a paciente deve ser referenciada ao nível terciário para tratamento.

Abaixo abordaremos as doenças benignas mais comuns. A indicação de abordagem cirúrgica deve sempre ser discutida com a paciente, explicitando os possíveis riscos de comprometimento da reserva ovariana (em casos de pacientes no menacme), bem como os riscos em não se realizar o procedimento. No caso de lesões benignas, o risco principal da não abordagem é a torção anexial, podendo também ocorrer crescimento excessivo da massa, com aumento da complexidade cirúrgica futura.

Pacientes com massas IOTA I devem ser aconselhadas a realizar o procedimento e, sempre que possível, a biópsia de congelação deve ser realizada para que a cirurgia possa ser completada no mesmo tempo cirúrgico em caso de malignidade.

9.4.1. Teratoma

Também chamado de cisto dermóide, é um tumor benigno das células germinativas, comum em mulheres em idade reprodutiva. Pode conter diferentes tipos de tecidos benignos, como derme, cabelos, dentes, cartilagens. A abordagem cirúrgica pode ser radical, com salpingooforectomia, ou conservadora, com ooforoplastia.

A ooforoplastia é preferida em pacientes com indicação ou desejo de manutenção do tecido ovariano, como pacientes no menacme. É importante, mesmo quando se programa a ooforoplastia, orientar a paciente quanto ao risco de ser necessária a ooforectomia. Para realizar a ooforoplastia, procede-se a abertura do tecido ovariano em região próxima ao cisto e o mais distante possível do mesovário, dissecação romba do cisto do tecido ovariano saudável e enucleação do mesmo, com cauterização de pontos de sangramento, se presentes.

Em pacientes na pós-menopausa, como não há vantagem em manutenção de tecido ovariano, prefere-se a realização de salpingooforectomia, pela maior facilidade técnica e menor tempo cirúrgico.

Sempre que possível, o cisto deve ser retirado íntegro, com colocação em bolsa coletora de espécimen cirúrgico, para evitar o espalhamento de conteúdo pela pelve, o que pode mudar o prognóstico da paciente em caso de lesão maligna. Se necessária a drenagem de conteúdo, ela deve ser realizada com a massa já dentro da bolsa coletora. A retirada da cavidade abdominal pode ser através das próprias incisões, com ampliação se necessário, ou através do fundo de saco vaginal, com necessidade de sutura da abertura realizada após.

Na ausência da bolsa própria para retirada do espécimen cirúrgico, recomendamos a confecção utilizando uma luva estéril e fio cirúrgico, descrita ao final deste capítulo.

A diferenciação entre Teratoma Maduro e Imaturo só é possível através da avaliação microscópica da lesão, sem benefício da realização de biópsia de congelação nesses casos.

9.4.2. Cistadenoma

Tumor benigno das células epiteliais do ovário, pode ser classificado em seroso ou mucinoso. Não se dissemina e não causa doença grave, no entanto, pode apresentar crescimento importante, principalmente por ser assintomático, sendo descoberto com frequência devido à queixa de aumento de volume abdominal da paciente. A abordagem cirúrgica é semelhante à do teratoma.

9.4.3. Hidrossalpinge

Distúrbio ocasionado por obstrução da tuba devido a infecções, aderências ocasionadas por endometriose ou procedimentos prévios. A abordagem cirúrgica é indicada em alguns casos de dor pélvica e em pacientes em tratamento de infertilidade com indicação de alta complexidade. Neste segundo caso, a indicação é conjunta entre a equipe da Reprodução Humana e a equipe Cirúrgica. A técnica cirúrgica para o tratamento é simples, sendo realizada a salpingectomia.

9.4.4. Endometrioma

É um cisto formado por estroma e glândulas endometriais que comumente aparece em ovários. Considerado uma lesão endometriótica profunda de ovário, está frequentemente associado a outras lesões de endometriose pélvica.

Geralmente, a paciente com endometrioma apresenta dor pélvica como sintoma e, não raramente, infertilidade associada. A abordagem cirúrgica deve ser discutida com a paciente no que tange à fertilidade, pois não há evidências científicas consistentes de que a retirada cirúrgica do endometrioma aumente as chances de gestação espontânea e, por outro lado, a manipulação do tecido ovariano pode comprometer a reserva ovariana. Quando não há preocupação com fertilidade, a cirurgia deve ser indicada quando paciente apresenta dor e quando deseja a abordagem. A técnica cirúrgica é a mesma do Teratoma e do Cistadenoma.

9.4.5. Cistos para-ovarianos e paratubários

São achados de exame de imagem ou de laparoscopia que não necessitam de abordagem cirúrgica.

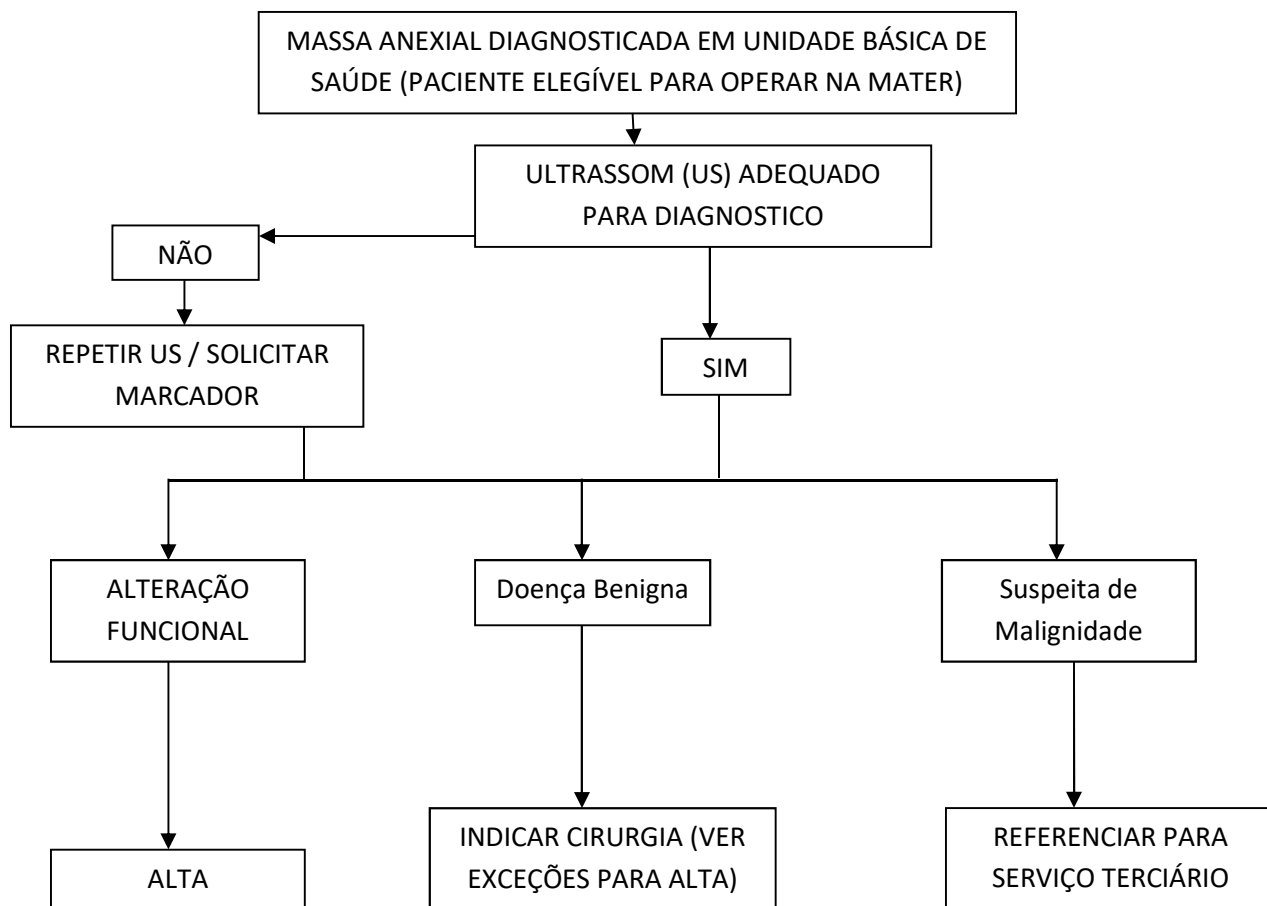
9.4.6. Pseudocistos Peritoneais

Pseudocistos são alterações cicatriciais intra-abdominais, comuns pós-cirurgias pélvicas e também em patologias que causam aderências, como endometriose e doença inflamatória pélvica. São achados frequentes em pacientes com dor pélvica, embora não sejam causa direta dessa dor (lembrando que dor pélvica é, geralmente, de causa multifatorial). Por não apresentarem cápsula, não causam sintomas compressivos.

A indicação cirúrgica dessa afecção deve ser parcimoniosa, pois não há evidência científica de que possa haver interferência na dor pélvica e, por serem lesões cicatriciais, podem ser recorrentes.

9.5. Resumo das condutas frente ao diagnóstico de Massa Anexial

Fluxo 2: Resumo das condutas frente ao diagnóstico de massa anexial. Fonte: Autoria própria



9.6. Seguimento pós-operatório

Massas anexiais resolvidas durante o procedimento cirúrgico e com anatomopatológico confirmando a benignidade não requerem nenhum tipo de seguimento adicional, além da rotina ginecológica habitual.

9.7. Confecção da bolsa coletora de espécimen cirúrgico (5, 6)

O custo unitário das bolsas comercializadas para esse fim é excessivamente elevado em um contexto de saúde pública. Por isso, como alternativa, descrevemos a seguir uma alternativa segura.

Utilizando uma luva estéril, um fio de sutura monofilamentar e um fio de sutura multifilamentar: com o multifilamentar, realizamos duas amarrações na transição do punho para os dedos da luva, cortando o excedente de luva 0,5cm de distância do nó mais distal (figura 4). Com o monofilamentar, suturamos as bordas da luva em chuleio simples, deixando o excedente de fio sem a agulha para fechamento e tração da bolsa para fora da cavidade abdominal através de uma das incisões (com ampliação da mesma se necessário).



Figura 4: Alternativa de bolsa coletora de baixo custo. Fonte: Acervo próprio.

10. Referências

1. American Society for Reproductive. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril*. maio de 1997;67(5):817–21.
2. Shirk GJ, Johns A, Redwine DB. Complications of laparoscopic surgery: How to avoid them and how to repair them. *J Minim Invasive Gynecol*. julho de 2006;13(4):352–9.
3. Lawrie TA, Kulier R, Nardin JM. Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilisation. Cochrane Fertility Regulation Group, organizador. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 5 de agosto de 2016 [citado 9 de julho de 2020]; Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003034.pub4>
4. Kaijser J, Bourne T, Valentin L, Sayasneh A, Van Holsbeke C, Vergote I, et al. Improving strategies for diagnosing ovarian cancer: a summary of the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) studies: Adnexal tumors. *Ultrasound Obstet Gynecol*. janeiro de 2013;41(1):9–20.

5. Islam S, Bheem V, Maughn A, Harnarayan P, Dan D, Naraynsingh V. Surgical glove use for specimen removal in laparoscopy, the cheapest available: a prospective study. *Trop Doct.* janeiro de 2020;50(1):94–9.
6. Kao C-C, Cha T-L, Sun G-H, Yu D-S, Chen H-I, Chang S-Y, et al. Cost-effective homemade specimen retrieval bag for use in laparoscopic surgery: Experience at a single center. *Asian J Surg.* outubro de 2012;35(4):140–3.

LEIOMIOMATOSE UTERINA

Pedro Sérgio Magnani
Caio Antonio de Campos Prado

1. Introdução

Trata-se de tumor benigno da musculatura lisa uterina com baixo potencial de transformação maligna (< 1%) sendo o tumor mais frequente do trato genital feminino. Além disso, é encontrado em 80% das necropsias de mulheres e causa sintomas em 20 a 30 % das mulheres acometidas sendo, portanto, a grande maioria assintomáticos. É tumor monoclonal estrogênio-dependente cujos fatores de risco mais comuns são: raça negra, hereditariedade, nuliparidade, obesidade, síndrome dos ovários policísticos e diabetes mellitus.

Os leiomiomas, ou simplesmente miomas, podem ser classificados: como subserosos, intramurais ou submucosos de acordo com sua localização na parede uterina. Os subserosos ainda podem ser divididos entre pediculados ou não. Já os submucosos apresentam vários tipos de classificação, sendo a mais usada a classificação de Lasmar, conhecida como STEPW (size, topography, extension, penetration, and lateral wall), que será tratada quando falarmos da cirurgia histeroscópica do mioma.

2. Tratamento da Leiomiomatose Uterina

As pacientes assintomáticas na sua maioria devem ser apenas seguidas rotineiramente sem qualquer tipo de tratamento.

Embora o interesse principal desse protocolo seja o tratamento cirúrgico, o tratamento clínico dos miomas deve ser detalhado pois guarda estrita relação com a conduta cirúrgica. Pacientes sintomáticas devem ser, sempre que possível, tratadas inicialmente de maneira clínica. Exceção nos casos de úteros de grande volume (acima de 1000 cm³) ou com hemorragias de difícil controle com anemia grave (Hb < 8,0 g/dl). Os principais sintomas são: sangramento menstrual abundante e/ou duração da menstruação maior que 7 dias e/ou ciclos menstruais menores que 26 dias; além do sangramento, a paciente pode queixar de dores por compressão de órgãos adjacentes, sensação de peso e aumento do volume do abdome.

A opção de tratamento deve sempre considerar, a idade da paciente, o tipo (tamanho, localização e quantidade de nódulos), a queixa clínica, a paridade, desejo reprodutivo da paciente, os tratamentos prévios e o risco cirúrgico (risco/benefício).

2.1. Tratamento clínico

Visa principalmente diminuir a perda sanguínea ou preparar a paciente para cirurgia. É importante lembrar que se trata de tumor hormônio-dependente e que na menopausa ele diminui de tamanho e, às vezes, até se calcifica. Portanto, em pacientes próximas da menopausa deve-se tentar tratamentos conservadores para evitar cirurgias desnecessárias.

2.1.1 *Tratamento clínico não hormonal:*

Deve ser indicado como primeira opção nos casos leves ou em pacientes com contraindicação de tratamento hormonal. As drogas de escolha são:

- Antifibrinolíticos: estabilizam a cascata de fibrina na coagulação sanguínea bloqueando as enzimas no endométrio que causam fibrinólise.
 - Ácido tranexâmico 250 a 500 mg, 3 vezes ao dia por 7 a 10 dias.
- Anti-inflamatório não esteroideal (AINE): reduz o sangramento uterino por inibir a produção de prostaglandinas endometriais por inibir a ciclooxigenase (COX), enzima responsável pela conversão do ácido araquidônico em prostaglandinas. Isso altera a relação tromboxano/prostaciclina, e reduz o sangramento em 30- 50%.
 - Diclofenaco, 50 mg 8/8 horas;
 - Ácido mefenâmico, 500 mg de 8/8 horas;
 - Ibuprofeno, 400 mg de 12/12 horas, e
 - Piroxicam, 20 mg de 12/12 horas, por três a cinco dias durante a menstruação.

2.1.2 *Tratamento clínico hormonal*

Visa a atrofia endometrial e conseqüente redução ou parada do fluxo menstrual.

- **Progestágenos:** visam a atrofia endometrial limitando seu crescimento; diminuem o número de mitoses e a síntese de DNA, mas **NÃO** reduzem o tamanho do mioma. Podem ser usados por tempo indeterminado. Como efeitos colaterais mais frequentes estão os escapes sanguíneos, edema, acne e ganho de peso.
 - Acetato de Medroxiprogesterona (intramuscular): 150 mg a cada 3 meses.
 - Desogestrel (via oral): 75 mg diariamente sem interrupção. Em caso de escape frequente a dose pode ser dobrada.
 - Noretisterona (via oral): 5 mg diariamente sem interrupção.
 - Implante Subcutâneo de Etonogestrel: com 3 anos de duração.
 - Dispositivo intrauterino de Levonogestrel: com 5 anos de duração.
- Agonista de GnRH (Hormônio Liberador de Gonadotrofina): ocupa os receptores do fator liberador de gonadotrofinas, na hipófise, levando a hipoestrogenismo de origem central, com conseqüente atrofia do endométrio. Não esquecer o efeito “*flare-up*”, que é o aumento das gonadotrofinas devido a ligação da droga com os receptores de GnRH da hipófise. Isso pode levar a sangramento uterino em torno de 10 dias após a aplicação, logo, a paciente deve ser alertada que se trata de uma alteração esperada. Esse efeito é seguido do bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas levando a menopausa secundária. Não é recomendado seu uso por mais que 6 meses. Caso haja necessidade de uso prolongado pode-se recorrer a “*add-back therapy*” (terapia de reposição) com drogas utilizadas em terapia hormonal na menopausa para diminuir os efeitos deletérios do uso crônico, como perda de massa óssea. Seu uso está indicado como tratamento pré-operatório para diminuir tamanho dos miomas ou melhora de parâmetros hemodinâmicos, mudança da via de acesso ou em pacientes na perimenopausa associado a uso de progestágeno depois que houve a atrofia do endométrio, na tentativa de aguardar a menopausa e evitar cirurgia.
 - Acetato de Gosserrelina (subcutâneo): 10,8 mg a cada 3 meses ou 3,6 mg mensalmente.

- Inibidores de aromatase (Anastrozol e Letrozol): a maioria das pesquisas mostram resultados semelhantes ao agonista de GnRH, com custo maior e mais efeitos colaterais. Não tem, portanto, indicação de seu uso rotineiro.
- Anticoncepcionais combinados: Podem ser usados para controle do sangramento causado pelo mioma até que seja realizada a terapêutica definitiva. Estudos mostram que o estrogênio, presente nas formulações desses medicamentos, não parece causar aumento do tamanho do mioma, apesar da estrogênio-dependência desse tumor

3. Avaliação Ultrassonográfica da Mimatose Uterina

A avaliação miometrial é preferencialmente realizada por via transvaginal para garantir maior resolução. Entretanto, como isso limita a profundidade da avaliação, pode ser necessária a complementação por via abdominal. Como a correlação do ultrassom com a anatomia do útero é muito boa, uma adequada descrição e uniformização do laudo do exame é essencial para o planejamento cirúrgico nos casos indicados. Será o ultrassom um importante guia para definição de via cirúrgica e possibilidade de preservação ou não do útero.

Para a medida do útero, deve-se informar o volume uterino, calculado a partir do comprimento (excluir o colo da medida), diâmetro anteroposterior e diâmetro transverso. Também para planejamento cirúrgico, deve-se informar no laudo o comprimento cervical.

Tabela 9: Padronização da descrição dos achados miometriais

Característica	Descritivo	Forma de medir/calcular
Volume uterino	Medir comprimento (excluir o colo da medida) – d1, diâmetro anteroposterior – d2 e diâmetro transverso – d3	$d1 \times d2 \times d3 \times 0,52$
Comprimento cervical		Medir o comprimento do colo uterino e descrever no laudo
Contorno da serosa	Regular / lobulada	
Parede miometrial	Simétrica / Assimétrica	Subjetiva ou comparar espessura da parede anterior com a da posterior
Ecotextura miometrial	Homogênea / Heterogênea	

Tabela 10: Padronização da descrição das lesões miometriais

Característica	Descritivo
Número	Contagem do número de lesões – aproximar quando mais de 4 lesões
Localização	Anterior / Posterior / Fúndica / Lateral direita / Lateral esquerda / Global
Situação	Pedunculada intracavitária / Submucosa / Intramural / Subserosa, utilizando a Classificação da FIGO (Figura 5)
Tamanho	3 diâmetros perpendiculares da lesão e/ou volume (fórmula: $d1 \times d2 \times d3 \times 0,52$ – vide tabela 9)
Extensão da base em relação à parede uterina	Descrever subjetivamente nos miomas de classificação FIGO 0 a 2 a proporção de sua base em relação à parede
Margem livre externa	Distância mínima da borda externa da lesão até a serosa (lesões principais para planejamento cirúrgico)
Margem livre interna	Distância mínima da borda interna da lesão até o endométrio (lesões principais para planejamento cirúrgico)
Ecogenicidade	Homogênea: hipocogênica / isoecogênica / hiperecogênica Heterogênea: ecogenicidade mista / áreas císticas / áreas ecogênicas
Sombreamento acústico	Presente / Ausente Quando presente, descrever: marginal, interna, em formato de leque
Cistos	Diâmetro do maior, ecogenicidade do conteúdo, presença ou ausência de reforço acústico
Ilhas hiperecogênicas	Presente / Ausente
Linhas e botões hiperecogênicos subendometriais	Presente / Ausente

Legenda de siglas: FIGO: Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria.



Figura 5: Classificação da FIGO para lesões miometriais bem definidas: 0 = Pedunculado intracavitário; 1 = submucoso; 2 = $\geq 50\%$ intramural; 3 = 100% intramural mas em contato com

endométrio; 4 = intramural; 5 = subseroso mas $\geq 50\%$ intramural; 6 = subseroso com $< 50\%$ intramural; 7 = subseroso pedunculado; 8 = outros (ex: cervical); 2-5 = transmural, com componentes submucoso e subseroso sem que metade de seu diâmetro ocupe cavidade uterina ou peritoneal

Fonte: Ilustração de autoria própria criada em biorender.com

Se for clinicamente relevante, pode ser complementada a vascularização com o uso do estudo Doppler, pois o mesmo tem maior sensibilidade para detectar fluxos menores. Deve-se avaliar o útero globalmente se o padrão vascular é uniforme ou não, e a própria lesão, descrevendo se o fluxo é periférico e/ou intralesional. A quantidade de fluxo da lesão deve ser subjetivamente quantificada de 1 a 4: 1 = sem fluxo; 2 = fluxo mínimo; 3 = fluxo moderado; 4 = fluxo abundante.

Para maiores detalhes e complementação com fotos e figuras, o artigo do grupo MUSA (“Morphological Uterus Sonographic Assessment” – Acesso Morfológico Ultrassonográfico do Útero) é disponível gratuitamente online (5).

4. Tratamento Cirúrgico

4.1. Histerectomia

4.1.1 Introdução

O termo histerectomia foi introduzido por Tillaux em 1879, para designar todo tipo de extirpação de útero. Essa cirurgia chegou a ser condenada quando James Johnson, editor do *London Medico-Chirurgical Review*, em 1825 disse: *“consideramos a extirpação do útero uma das operações mais cruéis e impraticáveis já projetadas ou executadas pela cabeça ou pela mão do homem”*. Em 1848, Dieffenback, cirurgião alemão disse: *“Retirar o útero de uma mulher significa remover sua alma, mesmo se for uma alma doente. A tentativa de extirpar o útero partilha mais do caráter de uma história de assassinato que de uma cirurgia curativa.”*

Citamos essa introdução para mostrar que até hoje o útero mantém uma conotação psicológica muito importante para a mulher e, por consequência, a histerectomia deve ser indicada somente quando todas as possibilidades de tratamento clínico forem esgotadas ou quando a manutenção do útero represente um risco futuro à saúde da paciente.

4.1.2 Indicação da histerectomia

As principais indicações para retirada do útero podem ser divididas em doenças benignas, pré-malignas e malignas:

Tabela 11: Indicações de histerectomia

Benignas	Pré-Malignas	Malignas
Pólipos	Neoplasia	Colo Uterino
Miomas	intraepitelial grau III (NIC III)	Endométrio
Sangramento Uterino Anormal resistente ao tratamento clínico e/ou com anemia persistente	Hiperplasia endometrial com	Sarcomas
Prolapso genital	atípias	Ovário
Hemorragia puerperal incontrolável cl clinicamente		Órgãos pélvicos com acometimento uterino

A indicação de histerectomia na miomatose uterina deve ser sempre bem avaliada e discutida com a paciente esclarecendo TODOS os riscos inerentes à cirurgia como dor pélvica crônica, fístula vesicovaginal, retovaginal e ureterovaginal, infecção, hemorragia, hematoma, dispareunia de profundidade entre outros.

As principais indicações na miomatose são:

- Útero de grande volume em pacientes com prole definida.
- Falta de resposta ao tratamento clínico.
- Alterações hemodinâmicas de difícil controle clínico.
- Crescimento rápido com suspeita de leiomiossarcoma.

4.1.3 Vias de acesso:

A histerectomia pode ser realizada por via abdominal, vaginal, videolaparoscópica, vaginal vídeo-assistida ou robótica. A escolha da melhor via depende da indicação cirúrgica, comorbidades associadas da paciente, cirurgias abdominopélvicas prévias, experiência do cirurgião, disponibilidade técnica da instituição e, principalmente, da preferência da paciente que deverá estar devidamente esclarecida das vantagens e riscos de cada técnica.

Na indicação da histerectomia vaginal deve-se atentar para o histórico de cirurgias pélvicas anteriores como miomectomia, cesárea, tumores pélvicos ou outras cirurgias pelo risco de aderências que comprometam a mobilidade uterina,

assim como histórico de endometriose ou abscessos pélvicos. Ainda é necessário avaliar a mobilidade uterina, amplitude e elasticidade da vagina. Quanto ao tamanho do útero deve-se avaliar o risco - benefício em cada caso específico. Antevendo maior dificuldade técnica com maior risco de complicações na escolha da via vaginal, deve-se optar por outras vias.

A indicação de via abdominal tem diminuído a cada ano, sendo reservada a pacientes com útero de grande volume ou fixo, estenose vaginal e suspeita de malignidade.

A via laparoscópica vem aumentando sua participação, porém demanda treinamento específico do cirurgião e são recomendados materiais que aumentam a segurança do procedimento como bisturi harmônico ou bipolar inteligente.

Não deve ser confundida a indicação de histerectomia por alguma doença do útero como a miomatose, e a histerectomia realizada no prolapso uterino, onde o útero é normal e a extirpação desse órgão tem a função de facilitar a reconstrução do defeito apical. Inclusive a técnica de histerectomia vaginal sem prolapso é completamente diferente da técnica realizada por prolapso apical.

A histerectomia ainda pode ser total (retira o útero com o colo), subtotal (retira apenas o corpo uterino deixando o colo), associada a anexectomia bilateral (pan-histerectomia). A histerectomia subtotal deve ser reservada a casos excepcionais com grande hemorragia intracirúrgica como ocorre na histerectomia puerperal.

4.2. Miomectomia

A miomectomia pode ser realizada por histeroscopia, laparoscopia/robótica, laparotômica (aberta). Está indicado nos casos de infertilidade causada pelo mioma, pacientes com desejo de gravidez e pacientes que desejam manter o útero.

Nos casos de mioma submucoso, deve ser avaliada sempre a possibilidade da via histeroscópica. Existem várias classificações dos miomas submucosos visando a indicação ou não da via histeroscópica. As duas mais comumente usadas são a Classificação da Sociedade Europeia de Endoscopia Ginecológica (ESGE) e a de Lasmar que associa a classificação da ESGE com o grau de dificuldade do procedimento histeroscópico. Nesse caso, a classificação de Lasmar, conhecida

como STEPW (*size* - tamanho, *topography* - topografia, *extension* - extensão, *penetration* - penetração, e *wall* – parede lateral), considerada uma das mais objetivas, devendo, portanto, ser a utilizada em nosso serviço. São dados escores de 0, 1 ou 2 de acordo com o grau crescente de dificuldade de ressecção.

Nos grandes miomas, miomas intramurais, subserosos, ou ainda, transmurais, assim como na miomatose com múltiplos nódulos, a via de escolha é a laparotômica. A via laparoscópica vai depender da indicação particular de cada cirurgião, dependendo da habilidade do mesmo, da existência de material cirúrgico específico e do desejo da paciente, depois de devidamente orientada sobre os riscos e benefícios das 2 vias.

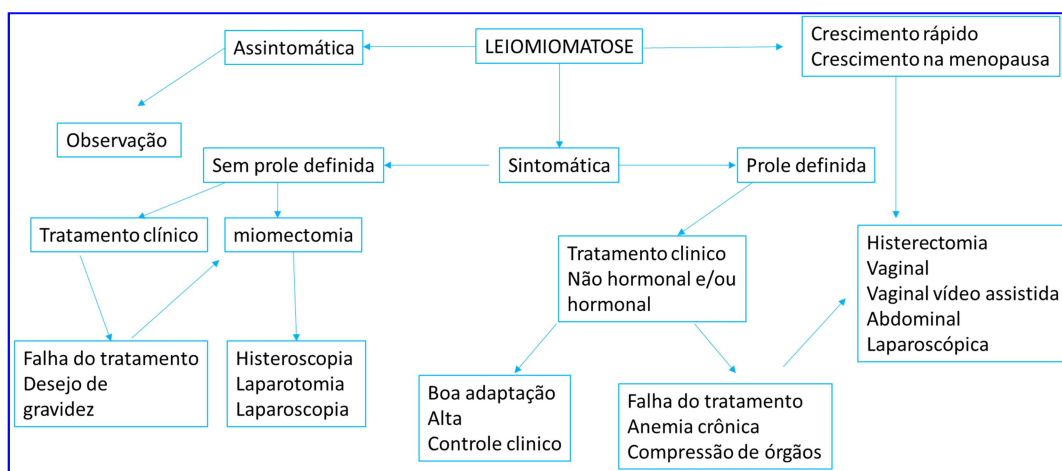


Figura 6: Algoritmo das condutas frente a miomatose uterina.

Fonte: Autoria própria.

4.2.1 Classificação de Lasmar (Mioma submucoso sujeito a histeroscopia) (6)

- Penetração do mioma no miométrio
 - 0 = Totalmente no interior da cavidade uterina (FIGO 0);
 - 1 = Principalmente no interior da cavidade uterina (FIGO 1);
 - 2 = Principalmente no miométrio (FIGO 2).
- Extensão da base do mioma
 - 0 = Base do mioma ocupa menos de 1/3 da parede uterina;
 - 1 = Base do mioma ocupa de 1/3 a 2/3 da parede uterina;
 - 2 = Base do mioma ocupa mais de 2/3 da parede uterina.
- Tamanho do mioma em centímetros
 - 0 = mioma \leq 2 cm
 - 1 = mioma está entre 2-5 cm
 - 2 = mioma \geq 5cm

- Topografia do mioma
 - 0 = Mioma na altura do terço inferior da cavidade uterina;
 - 1 = Mioma na altura do terço médio da cavidade uterina;
 - 2 = Mioma na altura do terço superior da cavidade uterina.
- Parede lateral: miomas na parede lateral somar +1 ao escore final

Tabela 12: Resumo da classificação dos miomas submucosos para indicação de histeroscopia. Adaptada de: LASMAR, Ricardo Bassil et al . Miomas submucosos: classificação pré-operatória para avaliação da viabilidade da cirurgia histeroscópica. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro , v. 26, n. 4, p. 305-309, maio 2004.

PONTOS	Penetração endométrio	Tamanho mioma	Base do mioma	Topografia (terço)	Parede lateral
0	0	≤2cm	≤1/3	Inferior	+1
1	≤ 50%	>2 a 5cm	>1/3 a 2/3	Médio	+1
2	>50%	>5cm	>2/3	Inferior	+1
ESCORE	+	+	+	+	Total

SOMATÓRIA DOS ESCORES E CONDUTA SUGERIDA:

- Escore 0-4: grupo I: Miomectomia histeroscópica de baixa complexidade
- Escore 5-6: grupo II: Miomectomia histeroscópica complexa, considerar preparo com GnRH
- Escore 7-9: grupo III: Recomenda-se uma alternativa não histeroscópica

5. Passos Técnicos das Principais Cirurgias para Miomatose Uterina

A seguir serão apresentados os passos técnicos de cada uma das principais cirurgias para tratamento da miomatose uterina com a finalidade de familiarização com a sequência de técnicas em cada uma delas. Para melhor aprendizado recomendamos fortemente o acompanhamento de livros e atlas de cirurgia ginecológica e de anatomia. Espera-se que desde o primeiro ano de residência haja uma observação atenta dos procedimentos que participarem procurando compreender cada passo realizado, pois isso auxiliará enormemente no aprendizado prático conforme avança em seu treinamento.

Os passos técnicos também poderão ser utilizados como exemplo para direcionar a redação das fichas operatórias com a ressalva de que se deve atentar para acrescentar adaptações técnicas realizadas durante o ato operatório de acordo com cada caso. Além disso, reforçamos que uma adequada documentação cirúrgica é essencial na defesa médica em caso de litígios e também para compreensão dos motivos de eventuais intercorrências no pós-operatório. Portanto, na ficha operatória deve ser incluída toda e qualquer dificuldade encontrada, intercorrências, identificação de aderências e variações anatômicas, os nomes dos procedimentos realizados, equipe participante e horários de início e término da cirurgia. Também para o aprendizado, recomendamos que evite a repetição automática de fichas operatórias, pois o momento de sentar para descrever a cirurgia lembrando cada passo é uma forma incomparável de retenção do conhecimento e memorização da técnica cirúrgica.

5.1 Histerectomia Total Abdominal

- 1) Paciente em decúbito dorsal horizontal ou em posição de Rose (opção do cirurgião);
- 2) Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos;
- 3) Sondagem vesical de demora com sonda Foley número 14;
- 4) Incisão à Pfannenstiel ou mediana (depende do tamanho do útero);
- 5) Abertura da parede abdominal por planos;
- 6) Prensão dos pedículos anexiais com Kocher bilateralmente, envolvendo anexo, ligamento redondo e ligamento largo;
- 7) Salpingectomia bilateral;
- 8) Identificação, prensão, secção e ligadura com poliglactina 0 dos pedículos anexiais e ligamentos redondos bilateralmente;
- 9) Abertura do peritônio visceral e dissecação do espaço vesicouterino;
- 10) Identificação, prensão, secção e ligadura com poliglactina 0 das artérias uterinas bilateralmente;
- 11) Identificação, prensão, secção, ligadura com poliglactina 0 e reparo dos ligamentos uterossacos bilateralmente;
- 12) Identificação, prensão, secção, ligadura com poliglactina 0 e reparo dos ligamentos cardinais (Mackenrodt);
- 13) Abertura de cúpula vaginal e retirada da peça;
- 14) Pexia da cúpula vaginal com os pontos de reparo dos ligamentos cardinais e uterossacos;
- 15) Revisão da hemostasia;
- 16) Celiorrafia parietal com pontos contínuos de poliglactina 2-0;
- 17) Aproximação dos músculos retos abdominais com pontos em “U” de poliglactina 0;
- 18) Revisão da hemostasia subaponeurótica;
- 19) Síntese da aponeurose com pontos contínuos ancorados de poliglactina 0 e revisão da hemostasia do subcutâneo;

- 20) Aproximação do subcutâneo com pontos simples invertidos de poliglactina 2-0;
- 21) Síntese da pele com pontos simples de Nylon 3-0 ou pontos contínuos intradérmicos de poliglecaprone 2-0;
- 22) Curativo oclusivo.

5.2. Histerectomia Vaginal sem Prolapso

- 1) Paciente em posição ginecológica;
- 2) Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos;
- 3) Sondagem vesical de demora com sonda Foley número 14;
- 4) Pinçamento do colo uterino com pinça Lahey;
- 5) Incisão transversa semicircular em mucosa vaginal anterior na transição da bexiga com o colo uterino;
- 6) Identificação do espaço vesico-uterino;
- 7) Incisão transversa semicircular em mucosa vaginal posterior;
- 8) Abertura do fundo de saco posterior;
- 9) Identificação, apreensão, secção, ligadura com poliglactina 0 e reparo dos fórnices laterais da vagina, juntamente com ligamentos uterossacros e cardinais (em bloco) bilateralmente;
- 10) Identificação, apreensão, secção e ligadura com poliglactina 0 das artérias uterinas bilateralmente;
- 11) Abertura de peritônio anterior;
- 12) Báscula do útero;
- 13) Identificação, apreensão, secção e ligadura com poliglactina 0 dos pedículos anexiais bilateralmente;
- 14) Retirada da peça;
- 15) Revisão rigorosa da hemostasia
- 16) Fechamento de cúpula vaginal com fios de reparo dos paramétrios.

5.2 Histerectomia Vaginal Vídeo-Assistida

- 1) Paciente em posição de Rose;
- 2) Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos;
- 3) Sondagem vesical de demora com sonda Foley número 14;
- 4) Pinçamento do colo do útero com pinça Lahey e passagem de histerômetro ou manipulador uterino;
- 5) Botão anestésico em região da incisão periumbilical com Ropivacaína;
- 6) Incisão periumbilical longitudinal de cerca de 1,0cm;
- 7) Introdução da agulha de Veress com teste de segurança da punção;
- 8) Realização de pneumoperitônio até pressão de 15-25mmHg;
- 9) Introdução de trocar de 10mm;
- 10) Introdução da óptica e realização de inventário da cavidade (Avaliar se houve acidente de punção, verificar presença de aderências, avaliar abdome superior e pelve);
- 11) Redução da pressão do pneumoperitônio para 12-15mmHg (a depender da preferência do cirurgião, comorbidades e biotipo da paciente);
- 12) Colocação da paciente em Trendelenburg;
- 13) Botão anestésico com Ropivacaína em pontos de punção acessória nas fossas ilíacas seguidas de incisão nos locais para introduzir trocar de 5 mm sob visão direta bilateralmente;

- 14) Cauterização e secção dos ligamentos redondos bilateralmente;
- 15) Dissecção e abertura do peritônio anterior do ligamento redondo até a reflexão vesical;
- 16) Realização de janela avascular bilateralmente;
- 17) Identificação, cauterização com bipolar e secção do ligamento útero-ovárico bilateralmente;
- 18) Salpingectomia bilateral;
- 19) Dissecção e abertura do peritônio posterior do ligamento largo até próximo ao ligamento uterossacro bilateralmente (quando acessível, abrir fundo de saco de Douglas com monopolar guiado por chumaço de gaze colocada no fundo vaginal por auxiliar);
- 20) Fase vaginal com reposicionamento da paciente para posição ginecológica e campos cirúrgicos;
- 21) Incisão transversa semicircular em mucosa vaginal anterior na transição da bexiga com o colo uterino;
- 22) Identificação do espaço vesico-uterino;
- 23) Incisão transversa semicircular em mucosa vaginal posterior;
- 24) Identificação da abertura do fundo de saco posterior;
- 25) Identificação, apreensão, secção, ligadura com poliglactina 0 e reparo dos fôrnices laterais da vagina juntamente com ligamentos uterossacos e cardinais bilateralmente;
- 26) Identificação, apreensão, secção e ligadura com poliglactina 0 das artérias uterinas bilateralmente;
- 27) Retirada da peça;
- 28) Revisão rigorosa da hemostasia;
- 29) Fechamento de cúpula vaginal com reparos de paramétrios;
- 30) Revisão da hemostasia via laparoscópica;
- 31) Retirada dos trocarteres e sutura dos locais de punção com poliglecaprone 4-0.

5.4. Histerectomia Vaginal por Videolaparoscopia

- 1) Paciente em posição de Rose;
- 2) Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos;
- 3) Sondagem vesical de demora com sonda Foley número 14;
- 4) Pinçamento do colo do útero com pinça Lahey e passagem de histerômetro ou manipulador uterino;
- 5) Botão anestésico em região da incisão periumbilical com Ropivacaína;
- 6) Incisão periumbilical longitudinal de cerca de 1,0cm;
- 7) Introdução da agulha de Veress com teste de segurança da punção;
- 8) Realização de pneumoperitônio até pressão de 15-25mmHg;
- 9) Introdução de trocarte de 10mm;
- 10) Introdução da óptica e realização de inventário da cavidade (Avaliar se houve acidente de punção, verificar presença de aderências, avaliar abdome superior e pelve);
- 11) Redução da pressão do pneumoperitônio para 12-15mmHg (a depender da preferência do cirurgião, comorbidades e biotipo da paciente);
- 12) Colocação da paciente em Trendelenburg;
- 13) Botão anestésico com Ropivacaína em pontos de punção acessória em triangulação habitual ou em semicírculo (dependendo da opção do cirurgião)

- seguidas de incisão nos locais para introduzir trocarte de 5 mm sob visão direta;
- 14) Cauterização e secção do ligamento redondo à direita;
 - 15) Dissecção e abertura do peritônio anterior do ligamento largo direito até reflexão vesical;
 - 16) Realização da janela avascular à direita;
 - 17) Cauterização e secção do ligamento útero-ovárico direito;
 - 18) Realização de salpingectomia à direita;
 - 19) Dissecção e abertura do peritônio posterior do ligamento largo até próximo ao ligamento útero-sacro direito;
 - 20) Cauterização e secção da artéria e veia uterina à direita;
 - 21) Rebaixamento do pedículo vascular à direita;
 - 22) Cauterização e secção do ligamento redondo à esquerda;
 - 23) Dissecção e abertura do peritônio anterior do ligamento largo esquerdo até reflexão vesical;
 - 24) Realização da janela avascular à esquerda;
 - 25) Cauterização e secção do ligamento útero-ovárico esquerdo;
 - 26) Realização de salpingectomia à esquerda;
 - 27) Dissecção e abertura do peritônio posterior do ligamento largo até próximo ao ligamento uterossacro esquerdo;
 - 28) Cauterização e secção da artéria e veia uterina à esquerda;
 - 29) Rebaixamento do pedículo vascular à esquerda;
 - 30) Rebaixamento vesical;
 - 31) Colpotomia com uso de energia monopolar com auxílio do delineador vaginal;
 - 32) Realização de ooforectomia se indicado;
 - 33) Retirada peças cirúrgicas via vaginal;
 - 34) Colocação de tampão vaginal temporário (ou próprio útero) para conter o pneumoperitônio;
 - 35) Colporrafia com fio absorvível multifilamentar (poliglactina 0 ou 2-0) em pontos em X nos ângulos e contínuos ancorados no centro, com sutura laparoscópica intracorpórea. Se disponível o fio “barbado”, realizar sutura contínua simples;
 - 36) Caso não tenha fixado cúpula nos ligamentos uterossacos ou cardinais durante sutura de cúpula, realizar neste momento com mesmo fio usado anteriormente;
 - 37) Revisão da hemostasia;
 - 38) Retirada do tampão vaginal/útero;
 - 39) Retirada do material cirúrgico;
 - 40) Esvaziamento do pneumoperitônio;
 - 41) Retirada da paciente Tredlemburg;
 - 42) Sutura da pele das incisões com pontos simples de Nylon 3-0 ou intradérmicos de poliglecaprone 4-0.

5.5. Miomectomia por Laparotomia

- 1) Paciente em decúbito dorsal horizontal ou em posição de Rose (opção do cirurgião);
- 2) Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos;
- 3) Sondagem vesical de demora com sonda Foley número 14;
- 4) Incisão de pele à Pfannenstiel ou mediana (a depender do tamanho do mioma);

- 5) Abertura da parede abdominal por planos;
- 6) Identificação do útero miomatoso;
- 7) Incisão no miométrio na projeção dos nódulos com ressecção romba e cortante do mesmo;
- 8) Sutura em quantos planos sejam necessários para a adequada hemostasia do local de retirada do mioma;
- 9) Revisão da hemostasia;
- 10) Lavagem da cavidade abdominal com soro fisiológico;
- 11) Revisão da hemostasia;
- 12) Celiorrafia parietal com pontos contínuos de poliglactina 2-0;
- 13) Aproximação dos músculos retos abdominais com pontos em “U” / simples separados de poliglactina 0;
- 14) Revisão da hemostasia subaponeurótica;
- 15) Síntese da aponeurose com pontos contínuos ancorados de poliglactina 0 e revisão da hemostasia do subcutâneo;
- 16) Aproximação do subcutâneo com pontos simples invertidos e poliglactina 2-0;
- 17) Síntese da pele com pontos simples de Nylon 3-0/ contínuo intradérmico de poliglecaprone 4-0;
- 18) Curativo oclusivo.

5.6. Miomectomia por Histeroscopia

- 1) Paciente em posição ginecológica;
- 2) Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos;
- 3) Passagem do espéculo e pinçamento do lábio anterior do colo uterino com Pozzi;
- 4) Passagem de histeroscópio pelo orifício externo e realização da histeroscopia diagnóstica (descrever achados);
- 5) Dilatação do canal endocervical com velas de Hegar de tamanhos progressivos até a de número 9;
- 6) Passagem do canal de trabalho do ressectoscópio;
- 7) Introdução do ressectoscópio pelo canal de trabalho;
- 8) Realização de miomectomia com alça monopolar;
- 9) Retirada do ressectoscópio e do canal de trabalho;
- 10) Retirada o Pozzi e revisão da hemostasia do colo uterino;
- 11) Retirada do espéculo.

6. Referências

1. Summit Jr. RL, Stovall TG. Cirurgia da bexiga e uretra. In: Stovall TG, Ling FW. Atlas de cirurgia ginecológica e obstétrica benigna. Porto alegre: Artes médicas 1997.
2. Salvatore CA. Ginecologia operatória. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1974.

3. Rossi P. Avaliação crítica das cirurgias. In: Ribeiro RM, Rossi P, Pinotti JA. Uroginecologia e cirurgia vaginal. São Paulo: Roca; 2001.p. 104-107.
4. Freitas MSF, Brito LGO, Magnani PS. Protocolos do setor de Uroginecologia, cirurgia ginecológica e reconstrutiva pélvica do departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP
5. Van den Bosch T et al. Terms, definitions and measurements to describe sonographic features of myometrium and uterine masses: a consensus opinion from de Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA) group. Ultrasound Obstet Gynecol 2015; 46: 284-298
6. LASMAR, Ricardo Bassil et al . Miomas submucosos: classificação pré-operatória para avaliação da viabilidade da cirurgia histeroscópica. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro , v. 26, n. 4, p. 305-309, maio 2004

CIRURGIA UROGINECOLÓGICA

Pedro Sérgio Magnani

1. Introdução

Howard Kelly, em 1914 parece ter sido o precursor da cirurgia para correção da cistocele. Cirurgia esta modificada posteriormente por Kennedy, em 1926, e adotada até hoje no mundo todo e conhecida como colpoperineoplastia à Kelly-Kennedy. Pouco antes, em 1907, Von Giordano, usando o músculo *gracilis*, idealizou a técnica que viria a ser a precursora das cirurgias de “Sling” realizadas hoje em dia.

Desde então, os conceitos de prolapso genital e incontinência urinária andaram juntos. Todas as técnicas que surgiam eram empíricas e focadas na elevação do colo vesical e sua fixação retropúbica. A cirurgia de Marshall-Marchetti-Krantz é o exemplo máximo desta doutrina: três pontos de fio inabsorvível passados ao longo da uretra e fixados no perióstio posterior do púbis, tornando-a totalmente aderida ao retropúbis. John C. Burch, em 1961, modificou a cirurgia ao passar os pontos lateralmente ao colo vesical e pelo ligamento de Cooper (iliopectíneo) tornando-a mais fisiológica e com menos complicações.

Enhörning em 1967 divulgou sua “teoria da equalização da pressão intra-abdominal” segundo a qual a continência urinária estava diretamente ligada à posição intra-abdominal do colo vesical e isso perdurou até a década de 90, quando De Lancey descreveu o chamado efeito Hammock: a fásia endopélvica se estende lateralmente até a fásia púbica do arco tendíneo, apoiando a uretra sobre a parede vaginal anterior. Já no final da década, em 1999, Petros e Ulmsten, lançaram a “teoria integral da mulher” baseados em achados do estudo urodinâmico e ressonância pélvica, o que mudou a visão do prolapso genital e incontinência urinária, graças à nova compreensão da estática pélvica. Essa teoria separou as etiologias da incontinência urinária e do prolapso, mas ainda é bastante questionada e apresenta alguma resistência à sua aceitação de maneira total, devido a sua grande complexidade.

2. De Lancey e Teoria Integral de Petros e Ulmsten

As vísceras pélvicas são mantidas em suas posições adequadas dentro da pelve por grupo de ligamentos, fâscias e músculos conhecidos como sistemas de sustentação e suspensão:

2.1 Sistema de suspensão: fixa os órgãos pélvicos de maneira estática às paredes da pelve. É formado pela fâscia endopélvica e seus espessamentos: ligamentos pubocervicais, cardinais e uterossacros. Juntos, eles formam o anel pericervical ou retináculo de Martin que é a estrutura principal de todo o sistema. Completam a estrutura o paracolpo e o septo retovaginal.

2.2 Sistema de sustentação: composto pelo diafragma pélvico (músculos levantadores do ânus e coccígeo) e pelo diafragma urogenital (músculos transversos profundos do períneo e suas fâscias).

De Lancey, em 1992, dividiu em três níveis o sistema de sustentação da vagina, cujos defeitos resultam em diferentes tipos de distopias:

Tabela 13: Níveis de De Lancey, correlação anatômica e distopias resultantes de seus respectivos defeitos.

Nível	Localização	Componentes	Defeitos
I	Superior	Ligamentos cardinal e uterossacro	prolapso de cúpula vaginal, prolapso uterino ou enterocele
II	Média	Fâscia pubocervical (até o arco tendíneo da fâscia endopélvica anteriormente e até o septo retovaginal posteriormente)	cistocele e/ou retocele
III	Inferior	Fusão da fâscia pubocervical ao diafragma urogenital e do septo retovaginal ao corpo perineal e fâscia do músculo pubococcígeo	uretrocele ou deficiência de corpo perineal

3. Classificação dos Prolapsos

Até a década de 60 havia inúmeras classificações sem qualquer padronização. Então Baden e Walker padronizaram uma classificação que se mantém até hoje. Conhecida como “Halfway grading system”, baseia-se em uma visão resolutiva e prática. Ela considera grau 0 o prolapso que vai até a metade do comprimento vaginal; grau 1 quando a estrutura prolapsada vai da metade do comprimento vaginal até próximo ao introito da vagina; grau 2 quando o prolapso se encontra em torno do introito vaginal; no grau 3 a estrutura ultrapassa o introito, sem extrusão total do órgão; grau 4 quando há extrusão total do órgão comprometido. Todos os graus são avaliados sob esforço (manobra de Valsalva). A classificação de Baden – Walker é suficiente para contemplar o diagnóstico e o devido tratamento clínico ou cirúrgico.

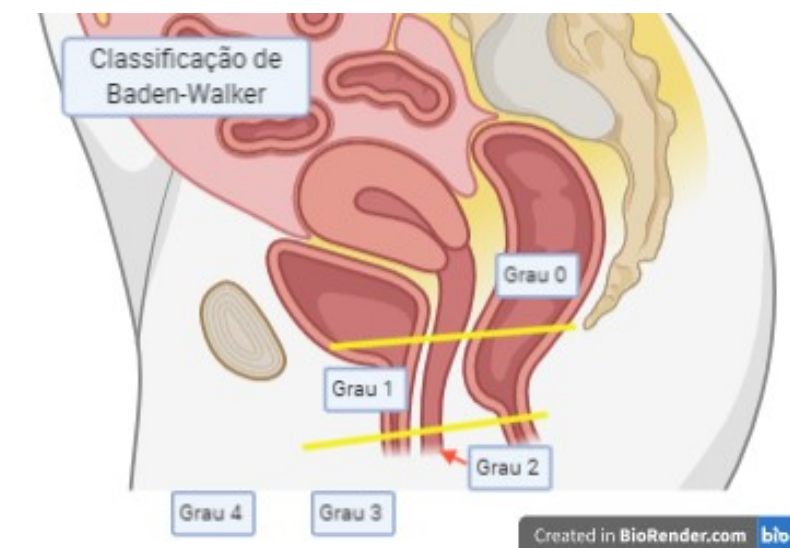
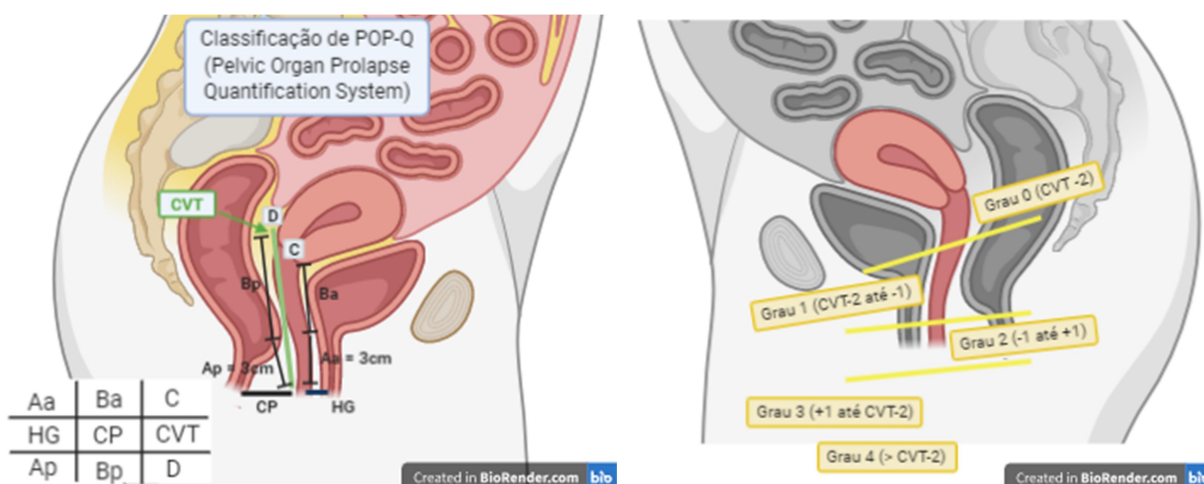


Figura 7: Classificação de Baden-Walker

Fonte: Ilustração de autoria própria criada em biorender.com

Embora prática e simples, a classificação de Baden-Walker é deficiente quando se trata de comparação para pesquisas científicas, por isso, na década de 90 foi instituída a classificação conhecida como POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification system* – Sistema de Quantificação de Prolapso dos Órgãos Pélvicos) onde nove pontos são medidos: 6 sob esforço (manobra de Valsalva) e 3 em repouso. Nessa classificação, é chamado grau 0 quando o ponto de maior prolapso não ultrapassa o comprimento vaginal total menos 2 cm; grau I quando o ponto de maior prolapso vai do comprimento vaginal total menos 2 até 1 cm do hímen; grau II entre 1 cm antes do hímen e 1 cm para fora do hímen; grau III quando o ponto de

maior prolapso fica entre 1 cm para fora do hímen até o comprimento vaginal total menos 2 e, o quarto grau quando o prolapso ultrapassa o comprimento vaginal total menos 2 para fora em relação ao hímen. Essas medidas devem ser sempre sob esforço. São avaliadas sob repouso: comprimento vaginal total, medida entre o hímen e o fundo de saco de Douglas; Hiato genital, medida entre o meato uretral e a fúrcula posterior da vulva; Corpo perineal, medido entre a fúrcula posterior da vulva e o ânus.



Figuras 8 e 9: Classificação POP-Q

Fonte: Ilustração de autoria própria criada em biorender.com

4. Tipos de Cirurgia Uroginecológica

Antes de De Lancey e Petros, toda paciente com perda urinária era avaliada do ponto de vista do prolapso. Ou seja, se apresentasse cistocele moderada ou grande (grau II ou III pela classificação de Baden-Walker) era submetida à colpoperineoplastia à Kelly-Kennedy, caso contrário estava indicada a cirurgia de Burch ou Marshall–Marketti–Krantz, independentemente da causa da incontinência urinária.

Como dito anteriormente, o tratamento contemporâneo do prolapso genital é baseado em corrigir as alterações anatômicas encontradas em cada caso em conceito conhecido como cirurgia sítio-específica. A avaliação detalhada dos possíveis defeitos do assoalho pélvico é de fundamental importância para correto planejamento cirúrgico.

4.1. Cirurgias para correção dos prolapso genitais

4.1.1 Defeito de compartimento anterior da vagina (Cistocele)

O prolapso da parede anterior da vagina, ou cistocele, pode ocorrer por defeito central, quando a fáschia pubocervical se rompe longitudinalmente logo abaixo da bexiga ou por desgarramento da fáschia pubocervical da sua inserção no arco tendíneo, levando ao chamado defeito lateral ou paravaginal. No defeito central está indicada a colpoperineoplastia com a plicatura da fáschia pubocervical na sua linha média – a técnica de plicatura à Kelly-Kennedy pode ser usada apenas nesse caso. Já na correção ou reparo paravaginal, três pontos devem ser passados unindo a fáschia pubocervical ao arco tendíneo ipsilateral. A indicação incorreta pode levar não só ao insucesso da cirurgia como até a piora do prolapso inicial.

4.1.2 Defeito do compartimento posterior da vagina (retocele)

O termo retocele encontra-se em desuso, sendo mais apropriado falar em prolapso do compartimento posterior da vagina. Tal defeito pode ocorrer por separação do septo retovaginal do anel pericervical (defeito transversal) ou por ruptura longitudinal da fáschia retovaginal, levando a herniação do reto para o canal vaginal (defeito central). Pode ainda ocorrer apenas frouxidão da fáschia retovaginal levando à sensação de alargamento da vagina ao coito, dificuldade de evacuação e sensação de peso na vagina. Existem várias técnicas de reconstrução do defeito posterior, sendo as mais usadas:

- A- Técnica de Meigs: aproximação das bordas da fáschia retovaginal ou plicatura (no caso de frouxidão da fáschia) através de pontos simples com fio absorvível tipo Catgut cromado ou poliglactina.
- B- Reinserção no anel pericervical (no caso de desgarramento da fáschia reto vaginal do anel pericervical): passagem de dois pontos de poliglactina entre a borda da fáschia e os ligamentos uterossacos corrigindo o defeito anatômico.

A técnica de medialização dos músculos levantadores do ânus era usada antes das teorias citadas e foi abolida por não seguir qualquer preceito anatômico e apresentar alto índice de dispareunia. Nessa cirurgia, aproximavam-se os ramos dos músculos levantadores do ânus levando a diminuição do diâmetro do introito vaginal.

4.1.3 Prolapso uterino, prolapso de cúpula vaginal e enterocele

O prolapso uterino, o de cúpula vaginal e a enterocele ocorrem por lesão ou frouxidão do anel pericervical, que é formado pelos ligamentos pubocervicais (fáscia pubocervical), cardinais e uterossacros. O tratamento do prolapso uterino pode ser conservador, radical ou obliterativo enquanto a conduta conservadora pode ser dividida em clínica, como a fisioterapia e o uso de pessários, e o tratamento cirúrgico conservador.

a) Cirurgia Conservadora

A cirurgia conservadora visa manter o útero em casos onde a paciente ainda tenha desejo de engravidar e cujo prolapso seja até grau II (classificação de Baden-Walker). A técnica mais utilizada é a de Manchester ou Donald-Fothergill, descrita em 1908, procede a amputação do colo uterino, seguida de perineoplastia anterior e posterior e encurtamento dos ligamentos cardinais.

Prolapsos maiores também podem ser tratados conservando-se o útero utilizando-se várias técnicas de pexia como a de High McCall (encurtamento dos ligamentos uterossacros), a pexia no ligamento sacroespinal ou ainda, a promontofixação onde uma tela é colocada entre o fundo vaginal e o promontório.

b) Cirurgia radical

Neste cenário realiza-se a histerectomia vaginal e concomitante correção dos defeitos pélvicos. A pexia da cúpula poderá ser realizada com a técnica de preferência do cirurgião:

- Promontofixação: técnica com menor taxa de recidiva, porém com as complicações mais graves. Pode ser realizada por via abdominal aberta, laparoscópica ou robótica, sendo a cúpula vaginal presa ao ligamento amarelo (*flavum*) do promontório sacral. Na maioria das vezes, há necessidade de se interpor tela de polipropileno entre a vagina e o promontório. Trata-se de cirurgia ampla, pois há necessidade de mobilização do meso do sigmoide, além da manipulação de uma área de grande risco para angulação de ureteres e lesões vasculares graves devido à proximidade com os vasos vertebrais.

- Colpopexia no ligamento sacroespinal: é realizada por via vaginal, sendo o fundo da vagina preso ao ligamento sacroespinal por dois pontos de fio inabsorvível. Pode-se utilizar apenas o ligamento direito ou bilateral para a fixação da cúpula vaginal. Embora seja totalmente perineal, também se trata de cirurgia de difícil execução, exigindo um cirurgião experiente e com grande conhecimento da anatomia pélvica. Sangramentos nessa região, geralmente são de difícil controle, além do risco de lesão de reto e sigmoide, que podem levar inclusive a síndrome de Fournier.

c) *Cirurgias obliterativas*

São utilizadas nos casos de pacientes com alto risco cirúrgico, idosas e com vida sexual inativa permanente:

- Colpocleise ou operação de Neugebauer-Le Fort: pode ser usada no prolapso uterino ou de cúpula, ou colpectomia no caso de prolapso de cúpula. Trata-se de cirurgia simples e rápida que pode ser realizada inclusive com anestesia local e visa fechar o canal vaginal com consequente sepultamento do útero ou cúpula vaginal.

- Colpectomia: nos casos de prolapso de cúpula fica reservada aos casos de recidiva após colpocleise.

- Telas sintéticas: Telas de material sintético como polipropileno têm sido usadas ultimamente como tentativa de diminuir o tempo cirúrgico, melhorar os resultados e tornar a intervenção menos invasiva. No entanto, o alto índice de extrusão do material e complicações graves como infecção e necrose tem levado a sua proibição em vários países. Atualmente, a recomendação das maiores entidades internacionais é que sejam usadas como medida de exceção em instituições especializadas, com cirurgiões experientes e com orientação detalhada da paciente sobre os riscos de extrusão, erosão e infecção.

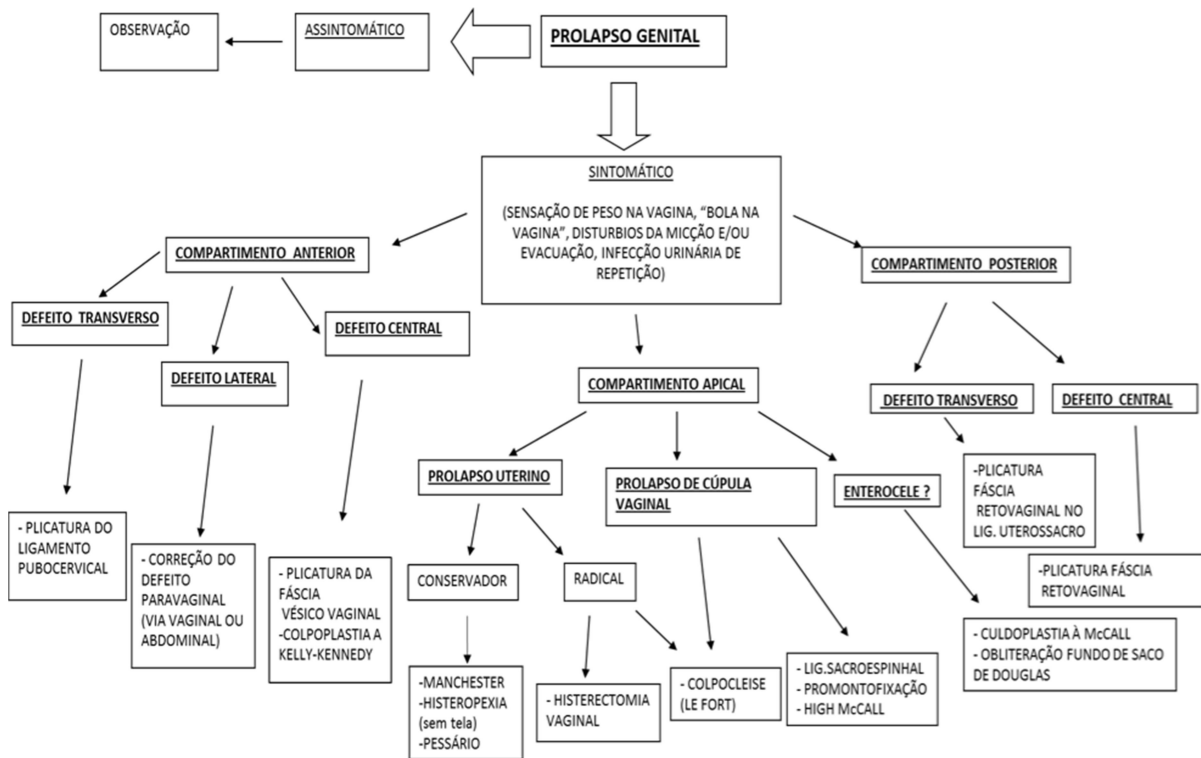


Figura 10: Algoritmo das principais condutas a serem adotadas em caso de prolapso genital.
Fonte: autoria própria.

5. Correção da Incontinência Urinária de Esforço na Mulher

Com o advento da teoria integral da mulher e dos estudos de De Lancey a incontinência urinária passou a ser tratada de acordo com a sua fisiopatologia. Basicamente há três tipos de perda urinária: a incontinência por esforço, a incontinência urinária de urgência e a perda insensível, sendo que a incontinência por esforço é eminentemente cirúrgica enquanto na de urgência o tratamento é clínico. Algumas mulheres apresentam incontinência urinária com sintomas de esforço e urgência (incontinência mista). Nesses casos, o médico deve individualizar a estratégia de tratamento, sendo que geralmente inicia-se pelo tratamento clínico. Como neste manual abordaremos apenas o tratamento cirúrgico da incontinência urinária, nos restringiremos ao tratamento da incontinência de esforço.

Existem duas etiologias para a incontinência de esforço: 1) Perda do suporte uretral levando a hiper mobilidade uretral e 2) Lesão intrínseca do esfíncter uretral.

5.1. Colpoperineoplastia anterior ou à Kelly- Kennedy

Descrita em 1913 por Kelly e Dumm, foi realizada como principal tratamento da incontinência urinária por décadas. Hoje, encontra-se em desuso devido ao seu alto índice de recidiva (50 a 60% em 5 anos). Atualmente, pode ser utilizada na correção do prolapso de parede anterior com defeito central, conforme comentado anteriormente.

5.2. Cirurgia de Marshall-Market-Krantz (MMK)

Técnica desenvolvida em 1949 por dois urologistas Victor Marshall e Andrew Marchetti, de Nova York, e um ginecologista, Kernit Krantz do Kansas, também foi abandonada devido à grande dificuldade de realização, uma vez que consistia em passar três pontos de cada lado da uretra e no periósteo posterior do púbis, o que mantinha a uretra fixa levando a retenção urinária e osteíte frequentes.

5.3. Cirurgia de Burch ou colpossuspensão retropúbica

Descrita por John C. Burch em 1961, é considerada como uma evolução da técnica de MMK, por ser tecnicamente mais fácil de ser realizada. Neste caso os pontos são passados na cúpula vaginal lateralmente ao colo vesical e no ligamento iliopectíneo ou ligamento de Cooper. Essa cirurgia sofreu várias modificações com o tempo e permanece até hoje, indicada nos casos de incontinência urinária por hipermobilidade do colo vesical e apresenta um índice médio de cura em cinco anos de 85%. A via laparoscópica pode ser utilizada, porém com resultados inferiores aos da técnica convencional. Sua maior limitação encontra-se na grande dificuldade de acesso ao local para a passagem dos pontos, principalmente em pacientes obesas, com resultados muito ruins nesses casos.

5.4. Cirurgias combinadas ou pexias por agulha

Mais de uma centena de variações de procedimentos cirúrgicos via abdominal, vaginal ou mista foram propostas. São variantes das técnicas de Kelly, Marshall-Marchetti-Krantz e Burch. As cirurgias combinadas de Goebell e Franquenheim ou as técnicas de agulhamento de Pereyra, Stamey, Gittes e Raz foram idealizadas de maneira a simplificar o ato cirúrgico, tornando-o cada vez menos invasivo. Porém, o alto índice de recidiva levou-as ao abandono.

5.5. Cirurgias tipo “sling”

São as mais utilizadas atualmente, devido à alta eficácia e baixa morbidade; além de se tratar de procedimento relativamente simples e dependendo do tipo de material, minimamente invasivo. Trata-se da colocação de uma faixa sob a uretra média ou proximal, fornecendo um apoio à mesma (*sling* = tipóia). As vias de acesso e os tipos de materiais usados nos levam aos diferentes tipos de cirurgias existentes.

As faixas podem ser divididas em autólogas (aponeurose do músculo reto abdominal, fáschia lata), heterólogas (fáschia lata liofilizada de cadáver) ou sintéticas (polipropileno, submucosa liofilizada do intestino delgado suíno), tendo as heterólogas sido abandonadas por risco de contaminação com doenças do doador entre outras complicações. Hoje em dia, a grande maioria das faixas é de polipropileno, porém como elas vêm sendo questionadas, a exemplo das usadas para prolapso, algumas pacientes se sentem receosas em aceitá-las. Neste caso e nos casos de extrusão da faixa sintética, a faixa autóloga de aponeurose do músculo reto abdominal é a mais indicada, com a inconveniência da necessidade de uma incisão abdominal para retirar a fáschia. A preferência é pela faixa de aponeurose do musculo reto abdominal, enquanto que a faixa de fáschia lata está abandonada por motivos estéticos. Muitos outros tipos de materiais foram tentados depois que Von Giordano realizou esta cirurgia, pela primeira vez, em 1903, mas todos foram abandonados por diversos motivos.

Do ponto de vista da via de acesso o *sling* pode ser retropúbico ou transobturatório. O primeiro é geralmente indicado nos casos de maior risco de recidiva como nas pacientes obesas, constipadas crônicas, com tosse crônica e com lesão intrínseca do esfíncter uretral. Essa via exige, obrigatoriamente, a realização de cistoscopia intracirúrgica pelo risco de lesão vesical inadvertida. A via transobturatória, está indicada nos casos de menor risco de recidiva como na hipermobilidade do colo e pacientes magras sem comorbidades que levam ao aumento de pressão abdominal crônica. Nesses casos pode-se utilizar ainda a cirurgia de Burch, lembrando que se trata de intervenção mais invasiva que o sling.

Os resultados desse tipo de cirurgia são excelentes em qualquer uma de suas modalidades, com índices de cura ao redor de 90% em cinco anos, além de apresentar baixo índice de morbidade e mortalidade.

5.6. Bulking

Trata-se de procedimento minimamente invasivo com injeção periuretral de substâncias sintéticas como macoplastique ou durasphere levando ao aumento da pressão intrauretral com conseqüente melhora da incontinência urinária. O uso de gordura autóloga, silicone e outros materiais foi descartado devido às complicações ou resultados insatisfatórios. Indicado nos casos de uretra fixa, onde a mobilidade uretral está comprometida como ocorre nos casos de pacientes submetidas a múltiplas cirurgias para incontinência urinária ou irradiadas. São procedimentos caros e com resultados discutíveis, além de complicações como abscesso, embolia, e necrose local.

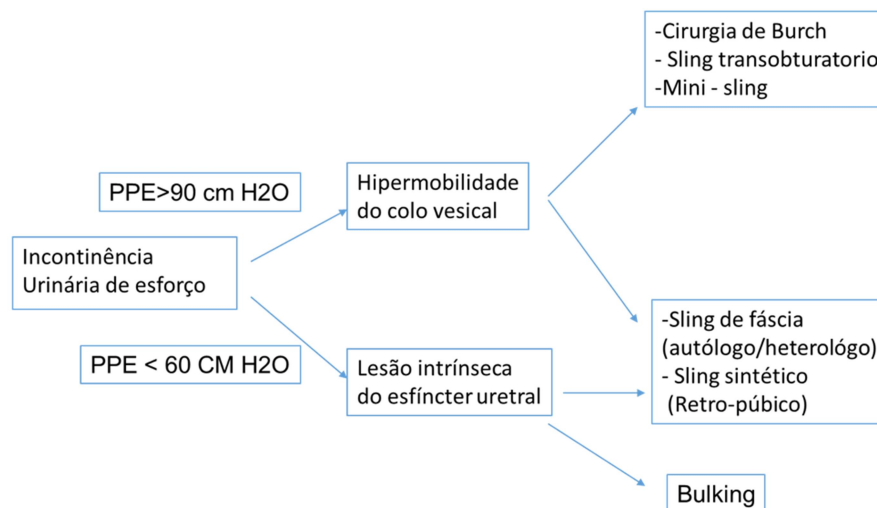


Figura 11: Algoritmo para o tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço.
Fonte: autoria própria.

6. Passos Técnicos das Principais Cirurgias Uroginecológicas

A seguir serão apresentados os passos técnicos de cada uma das principais cirurgias uroginecológicas com a finalidade de familiarização com a seqüência de técnicas em cada uma delas. Para melhor aprendizado recomendamos fortemente o acompanhamento de livros e atlas de cirurgia ginecológica e de anatomia. Espera-se que desde o primeiro ano de residência haja uma observação atenta dos procedimentos que participarem, procurando compreender cada passo realizado, pois isso auxiliará enormemente no aprendizado prático conforme avança em seu treinamento.

Os passos técnicos também poderão ser utilizados como exemplo para direcionar a redação das fichas operatórias com a ressalva de que se deve atentar para acrescentar adaptações técnicas realizadas durante o ato operatório de acordo com cada caso. Além disso, reforçamos que uma adequada documentação cirúrgica é essencial na defesa médica em caso de litígios e também para compreensão dos motivos de eventuais intercorrências no pós-operatório. Portanto, na ficha operatória deve ser incluída toda e qualquer dificuldade encontrada, intercorrências, identificação de aderências e variações anatômicas, os nomes dos procedimentos realizados, equipe participante e horários de início e término da cirurgia. Também para o aprendizado, recomendamos que evite a repetição automática de fichas operatórias, pois o momento de sentar para descrever a cirurgia lembrando cada passo é uma forma incomparável de retenção do conhecimento e memorização da técnica cirúrgica.

6.1. Colpoperineoplastia anterior

- 1) Paciente em posição ginecológica;
- 2) Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos;
- 3) Sondagem vesical de demora com sonda Foley número 14;
- 4) Pinçamento do colo uterino com Pozzi;
- 5) Incisão em “T” invertido em mucosa vaginal anterior;
- 6) Dissecção roma e cortante da fáschia vesicovaginal e identificação do defeito existente (central ou lateral);
- 7) Plicatura da fáschia vesicovaginal com fio de poliglactina 0 (defeito central) ou sutura da fáschia pubocervical no arco tendíneo ipsilateral (defeito lateral);
- 8) Retirada do excesso de mucosa vaginal anterior;
- 9) Revisão da hemostasia;
- 10) Síntese de mucosa vaginal anterior com pontos contínuos e ancorados com fio de poliglecaprone 4-0.

6.2. Colpoperineoplastia posterior

- 1) Incisão em “T” invertido em mucosa vaginal posterior;
- 2) Liberação do músculo bulboesponjoso bilateralmente;
- 3) Dissecção roma e cortante da fáschia retovaginal e identificação do defeito existente;
- 4) Realizados pontos de plicatura da fáschia retovaginal com fio de poliglactina 0;
- 5) Retirada do excesso de mucosa vaginal posterior;
- 11) Síntese da mucosa vaginal posterior com pontos contínuos e ancorados com fio de poliglecaprone 4-0;
- 6) Aproximação do músculo bulboesponjoso com pontos invertidos de poliglactina 0;
- 7) Síntese da pele com pontos separados com fio de poliglecaprone 4-0;
- 8) Realização de toque retal (descrever achado);
- 9) Revisão da hemostasia;

10) Colocação de tampão vaginal.

6.3. Colposuspensão retropúbica à Burch

- 1) Paciente em posição de Rose;
- 2) Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos;
- 3) Sondagem vesical de demora com sonda Foley número 14;
- 4) Incisão à Pfannenstiel e abertura da parede abdominal por planos até peritônio parietal;
- 5) Dissecção do espaço retropúbico (de Retzius);
- 6) Localização do colo vesical e da cúpula vaginal adjacente com ajuda de um auxiliar realizando o toque vaginal;
- 7) Passagem de 2 pontos de fio inabsorvível de poliéster 2-0 ou absorvível de longa duração 0 (poliglactina) de cada lado entre a fásia vaginal e o ligamento íliopectínico (Ligamento de Cooper);
- 8) Revisão da hemostasia;
- 9) Aproximação dos músculos retos abdominais com pontos em “U” ou simples separados de poliglactina 0;
- 10) Revisão da hemostasia subaponeurótica;
- 11) Síntese da aponeurose com pontos simples contínuos ancorados de poliglactina 0 e revisão da hemostasia do subcutâneo;
- 12) Aproximação do subcutâneo com pontos simples invertidos de poliglactina 2-0;
- 13) Síntese da pele com pontos simples separados de Nylon 3-0 ou contínuos intradérmicos de poliglecaprone 4-0;
- 14) Curativo oclusivo.

6.4. Cirurgia de Sling sintético (Transobturatório ou Retropúbico)

- 1) Paciente em posição ginecológica;
- 2) Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos;
- 3) Sondagem vesical de demora com sonda Foley número 14;
- 4) Incisão infrauretral;
- 5) Dissecção da região parauretral até próximo ao arco púbico inferior;
- 6) Incisão puntiforme na raiz da coxa bilateralmente na altura da linha horizontal que passa pelo clitóris (*sling* transobturatório) ou no monte de Vênus na altura da transição em 45° em relação à linha média bilateralmente;
- 7) Passagem das agulhas apropriadas e inserção da tela sintética;
- 8) Cistoscopia de controle (no retropúbico);
- 9) Ajuste da tela;
- 10) Sutura das incisões com fio de poliglecaprone 4-0.

6.5. Cirurgia de Sling aponeurótico

- 1) Paciente em posição ginecológica;
- 2) Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos;
- 3) Sondagem vesical de demora com sonda de Foley número 14;
- 4) Incisão à Pfannenstiel e abertura da parede abdominal até exposição da aponeurose do músculo reto abdominal;
- 5) Retirada de faixa de aponeurose de aproximadamente 8 a 12 cm de comprimento por 2cm de largura;
- 6) Incisão infrauretral;
- 7) Dissecção da região parauretral até próximo ao arco púbico inferior;

- 8) Abertura da fásia endopélvica com tesoura e dissecção romba do trajeto até o espaço de Retzius;
- 9) Passagem da agulha de Stamley no sentido abdome-vagina guiada pelo dedo com angulação de 45°.
- 10) Cistoscopia de controle;
- 11) Síntese da aponeurose com pontos simples contínuos de poliglactina 0 e revisão da hemostasia do subcutâneo;
- 12) Preparação e posicionamento da fásia com fio inabsorvível;
- 13) Aproximação do subcutâneo com pontos simples invertidos de poliglactina 2-0;
- 14) Síntese da pele com pontos simples de Nylon 3-0 ou contínuos intradérmicos de poliglecaprone 4-0;
- 15) Curativo oclusivo;
- 16) Sutura da incisão infrauretral com poliglecaprone 4-0.

6.6. Histerectomia Vaginal por prolapso apical

- 1) Paciente em posição ginecológica;
- 2) Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos;
- 3) Sondagem vesical de demora com sonda Foley número 14;
- 4) Pinçamento do colo uterino com Pozzi;
- 5) Incisão em “T” invertido em mucosa vaginal anterior;
- 6) Dissecção romba e cortante da fásia pubocervical com identificação do defeito da mesma;
- 7) Passagem e reparo dos fios de plicatura da fásia pubocervical com poliglactina 0;
- 8) Identificação, apreensão, secção e ligadura dos pilares vesicais (ligamento pubovesical);
- 9) Dissecção do espaço vesicouterino;
- 10) Incisão circular ao redor do colo;
- 11) Abertura do peritônio posterior;
- 12) Identificação, apreensão, reparo com fio de poliglactina 0 e secção dos ligamentos uterossacros e cardinais bilateralmente;
- 13) Identificação, apreensão, ligadura com poliglactina 0 e secção das artérias uterinas bilateralmente;
- 14) Abertura de peritônio anterior e báscula do útero;
- 15) Identificação, apreensão, ligadura com poliglactina 0 e secção do pedículo anexial bilateralmente, seguido da retirada da peça;
- 16) Atados pontos do períneo anterior;
- 17) Revisão rigorosa da hemostasia;
- 18) Retirada do excesso de mucosa vaginal anterior;
- 19) Síntese da mucosa vaginal anterior com poliglecaprone 4-0, pontos contínuos ancorados;
- 20) Fixação de pontos de reparo de ligamentos cardinais e uterossacros em fórnice lateral da cúpula vaginal contralateral;
- 21) Síntese da cúpula vaginal com poliglactina 0, pontos em “X”;
- 22) Incisão em “T” invertido em mucosa vaginal posterior até cúpula vaginal;
- 23) Liberação do músculo bulboesponjoso bilateralmente;
- 24) Dissecção romba e cortante da fásia retovaginal e identificação do defeito de compartimento posterior;

- 25) Plicatura da fásia retovaginal com fio de poliglactina 0;
- 26) Retirada do excesso de mucosa vaginal posterior;
- 12) Síntese da mucosa vaginal posterior com pontos contínuos e ancorados com fio de Poliglecaprone 4-0;
- 27) Aproximação do músculo bulboesponjoso com pontos invertidos de poliglactina 0;
- 28) Síntese da pele com pontos separados com fio de poliglecaprone 4-0;
- 29) Realização de toque retal (descrever achado);
- 30) Revisão rigorosa da hemostasia em todos os passos;
- 31) Colocação de tampão vaginal.
- 32) Realizado toque retal (descrever achados).

7. Referências

1. Kano AEU, Oliveira JFS. Cirurgia por via vaginal na correção da incontinência urinária. In: Rubinstein I. Incontinência urinária na mulher. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo horizonte: Atheneu; 2001.
2. CASTRO, R.A.; PALHARES, D.J.; SARTORI, M.G.F.; BARACAT, E.C.; GIRÃO. M.J.B.C. Tratamento cirúrgico da incontinência urinária de esforço. Rev. de Uroginecologia. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, v.2, n.5, pp.125-30, jun/2009.
3. Summit Jr. RL, Stovall TG. Cirurgia da bexiga e uretra. In: Stovall TG, Ling FW. Atlas de cirurgia ginecológica e obstétrica benigna. Porto alegre: Artes médicas 1997.
4. Prior E, Oliveira LM, Sartori MGF, Girão MJBC. Mecanismo de continência urinária. Disponível em: URL: <http://www.uroginecologia.com.br>.
5. Petros P, Ricetto CLZ. Aplicações clínicas da Teoria Integral da Continência. In: Palma P, Netto Jr. NR. Uroginecologia Ilustrada. 1ª ed. São Paulo: Roca; 2005.
6. Summit Jr. RL, Stovall TG. Prolapsos genitais: correção cirúrgica. In: Stovall TG, Ling FW. Atlas de cirurgia ginecológica e obstétrica benigna. Porto alegre: Artes médicas; 1997.
7. Salvatore CA. Ginecologia operatória. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1974.

8. Dias DC, Bruschini H, Bezerra C, Herrmann V. Colpossuspensão retropúbica. In: Palma P, Netto Jr. NR. Uroginecologia Ilustrada. 1ª ed. São Paulo: Roca; 2005. p.49-53.
9. Rossi P. Avaliação crítica das cirurgias. In: Ribeiro RM, Rossi P, Pinotti JA. Uroginecologia e cirurgia vaginal. São Paulo: Roca; 2001.p. 104-107.
10. Palma P, Riccetto CLZ, Fraga R. Sling vaginal e suprapúbico autofixável e regulável. In: Palma P, Netto Jr. NR. Uroginecologia Ilustrada. 1ª ed. São Paulo: Roca
11. DeLancey JO. The anatomy of the pelvic floor. Curr Opin Obstet Gynecol. 1994 Aug;6(4):313-6
12. DeLancey JO. Why do women have stress urinary incontinence? Neurourol Urodyn. 2010; 29 Suppl 1:S13-7. doi: 10.1002/nau.20888.
13. Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. Disponível em: URL: <http://www.thelancet.com> Vol 367 January 7, 2006
14. Freitas MSF, Brito LGO, Magnani PS. Protocolos do setor de uroginecologia, cirurgia ginecológica e reconstrutiva pélvica do departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

CISTOS PARAURETRAIS, VAGINAIS E VULVARES

Pedro Sérgio Magnani

1. Introdução

Vários tipos de tumores podem acometer a vagina, a vulva e a uretra, como os fibromas, neurofibromas, angiomas, tumores das glândulas sudoríparas, lipomas. Basicamente, a conduta de todos os casos é a excisão cirúrgica, desde que, esteja causando desconforto à paciente ou aumentando de tamanho. Porém, a presença de cistos é mais comum e, apresentam particularidades que denotam uma conduta mais específica. Podem ter origem em infecções crônicas de glândulas já existentes, ou podem ser resultado de resquícios embrionários, ou ainda, devido a alterações genéticas congênitas. Ainda podem estar relacionados à uretra, vulva ou vagina.

2. Cistos Parauretrais

- Cisto parauretral, que ocorre devido à obstrução do óstio de drenagem das glândulas parauretrais, geralmente após a infecção destas glândulas ou uretrites. Pode ser totalmente assintomático ou levar a cistite e uretrite recorrente e, conseqüente disúria. Quando volumoso, pode causar dispareunia.
- Cisto da glândula de Skeene, que na maioria das vezes é assintomático, mas pode causar desconforto quando volumoso. A glândula é conhecida como a próstata feminina por apresentar testes imunohistoquímicos (PSA) semelhantes aos encontrados no tecido prostático masculino.
- Divertículo uretral que, na realidade, não se trata de cisto verdadeiro, mas de uma falha da musculatura da parede uretral. Alguns atribuem seu aparecimento a obstrução do óstio de uma glândula parauretral, formando um cisto parauretral que fistulizou para o interior da uretra.

2.1. Diagnóstico

É feito através da anamnese com relato de dor local, dispareunia, infecções urinárias recorrentes, corrimento uretral e, principalmente, percepção de abaulamento próximo ou abaixo da uretra. Raramente, pode apresentar febre. O exame físico identificando o cisto, a localização e, a presença ou não, de sinais

flogísticos pode sugerir, já com boa margem de acerto, o diagnóstico. No caso de lesões que comprometem a uretra, a saída de secreção pelo meato uretral frente à expressão do cisto pode sugerir a presença de um divertículo uretral.

2.2. Tratamento

Quando assintomático, a simples orientação da paciente e a observação da evolução do cisto são suficientes. Quando apresentam sintomas a conduta é a exérese da lesão. Nesses casos a paciente deve ser alertada que, provavelmente, deverá permanecer sondada por 7 a 10 dias, uma vez que, a lesão da uretra é praticamente inevitável, principalmente nos casos de divertículo ou cisto parauretral. No caso da glândula de Skeene, a lesão de uretra é menos comum, embora também possa ocorrer, uma vez que seu ducto se abre ao lado do meato uretral externo e não na uretra. O diagnóstico definitivo só é feito intracirúrgico ou após exame anátomo patológico.

A marsupialização desses cistos deve ser evitada devido ao risco de formação de fístula ureterovaginal subsequente.

É importante salientar, que a cirurgia deve ser realizada por cirurgião com experiência em lidar com trato urinário, pois existe o risco de formação de fístulas e outras alterações miccionais como a formação de cálculo, estenose, alteração do jato urinário e síndrome da uretra dolorosa.

3. Cistos Vulvares e Vaginais

Cistos vulvares são ocorrências frequentes no consultório ginecológico. Podem ser originados de uma glândula ou resquícios de tecidos embrionários. Dentre os cistos de origem ginecológica, os mais comuns são:

- Cisto da glândula de Bartholin: é o mais comum entre todos os cistos vulvares. Quando infectado (abscesso da glândula de Bartholin ou bartolinite) é uma afecção extremamente dolorosa. Porém, na ausência de infecção, o cisto de Bartholin pode ser totalmente assintomático.
- Cisto de Gardner: tem origem nos resquícios embrionários dos ductos de Wolff, são geralmente assintomáticos, localizados na parede lateral da vagina sem comprometer a uretra.

- Cisto Mülleriano: são resquícios dos ductos de Müller, comprometem a parede anterolateral da vagina, geralmente assintomáticos, mas podem causar dispareunia dependendo do tamanho. Seu diagnóstico diferencial com o cisto de Gardner somente pode ser feito com a detecção de tecido produtor de mucina através de reação imunohistoquímica, não havendo interesse prático em tal diferenciação.
- Cisto de inclusão: é resultante da reação de corpo estranho, geralmente desencadeada pela presença de fios cirúrgicos, associado à cirurgia ginecológica ou parto. Pode ocorrer em qualquer local da vagina ou vulva.

3.1. Tratamento

Cisto de Bartholin: na ausência de infecção aguda pode se proceder a marsupialização ou a exérese da glândula. A marsupialização deve ser preferida por ser mais simples e com menos risco de complicações como hematomas e deiscências. A retirada da glândula pode levar a dispareunia de penetração, uma vez que ela é responsável pela lubrificação do introito vaginal e está indicada nos casos de várias recidivas. Quando houver infecção aguda (bartolinite) está contraindicada a bartolinetomia restando então a marsupialização. A drenagem simples da glândula não tem indicação em nenhum caso, uma vez que a recidiva é quase certa.

Outros cistos vaginais e vulvares: a exérese é o tratamento mais indicado quando são sintomáticos. A marsupialização deve ser utilizada em casos excepcionais, onde a retirada tenha alguma contraindicação ou em localização de difícil acesso.

3.2. Descrição Cirúrgica: **MARSUPIALIZAÇÃO DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN**

- 1) Paciente em posição ginecológica;
- 2) Antissepsia e colocação de campos cirúrgicos;
- 3) Incisão “em cruz” na mucosa vaginal sobre a região com maior flutuação da Glândula de Bartholin;
- 4) Drenagem do cisto e lavagem exaustiva com solução fisiológica a 0,9%;
- 5) Exposição do novo orifício do cisto com eversão das bordas da mucosa vaginal incisada e fixação das mesmas com pontos simples de poliglecaprone 4-0;
- 6) Revisão da hemostasia.

4. Referências

1. Summit Jr. RL, Stovall TG. Cirurgia da bexiga e uretra. In: Stovall TG, Ling FW. Atlas de cirurgia ginecológica e obstétrica benigna. Porto alegre: Artes médicas 1997.
2. Salvatore CA. Ginecologia operatória. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1974.
3. Rossi P. Avaliação crítica das cirurgias. In: Ribeiro RM, Rossi P, Pinotti JA. Uroginecologia e cirurgia vaginal. São Paulo: Roca; 2001.p. 104-107.
4. Freitas MSF, Brito LGO, Magnani PS. Protocolos do setor de Uroginecologia, cirurgia ginecológica e reconstrutiva pélvica do departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

ENDOMETRIOMA DE PAREDE

Fernando Passador Valério
Ana Carolina Tagliatti Zani Mantovi

1. Definição e Incidência

Endometriose é definida como tecido endometrial funcionando fora da cavidade uterina. Na maioria dos casos, está localizada dentro da pelve. Implantes endometriais, no entanto, têm sido relatados em muitos locais fora da pelve, incluindo a parede abdominal. Este último pode ocorrer após procedimentos cirúrgicos que violam a cavidade uterina, tais como uma cesariana (principal fator para origem do endometrioma de parede abdominal), permitindo que o tecido endometrial seja transplantado. A média de idade na apresentação da patologia é 31 anos, e a incidência após cesariana é estimada entre 0,03% e 1%.

2. Sintomas e Diagnóstico

Os sintomas clássicos de um endometrioma de parede abdominal são: dor cíclica ou dor associada a uma massa localizada. A dor cíclica, entretanto, não é uma característica universal da dor. Alguns dados mostram que apenas 57% dos pacientes apresentam sintomas cíclicos. A presença de uma massa (96%) ou dor (87%) são os sintomas mais comuns, podendo ocorrer também sangramento de lesões superficiais e dor em hipogástrio difusa. Pacientes desenvolvem sintomas em uma média de 3,6 anos (geralmente entre 2 a 5 anos) depois da cirurgia que ocasionou o implante de endometriose.

O diagnóstico diferencial de endometrioma de parede abdominal é bastante amplo, incluindo hérnia, hematoma, linfadenopatia, linfoma, lipoma, abscesso, cisto subcutâneo, granuloma de sutura, neuroma, sarcoma de tecidos moles, tumores desmóides ou câncer metastático. Devido à grande quantidade de diagnósticos diferenciais, a endometriose de parede abdominal pode ser difícil de diagnosticar clinicamente.

O diagnóstico se baseia principalmente no exame físico. Deve-se atentar se a paciente se queixa de dor ou massa palpável, se essa massa é irregular ou não, em quais planos da parede abdominal está aderida e se há mudança de sintomas nas

diferentes fases do ciclo menstrual. Além do exame físico, o exame de imagem ajuda na confirmação do diagnóstico e no melhor detalhamento da lesão, informando em quais camadas da parede ela se encontra. O exame de imagem mais utilizado é o ultrassom com transdutor linear, porém outros podem ser necessários para uma melhor elucidação diagnóstica, tais como tomografia computadorizada e ressonância magnética, principalmente se não podem ser excluídos os diagnósticos diferenciais descritos acima apenas com o ultrassom e exame físico. Além desses exames, podemos também usar biópsia dirigida ou aspiração de agulha fina (PAAF) para auxiliar no diagnóstico.

3. Avaliação pré-operatória

A avaliação pré-operatória principal baseia-se no exame de imagem para avaliar os planos abdominais acometidos, sua extensão, se há algum foco satélite e se infiltra cavidade peritoneal. À avaliação do exame de imagem, caso o endometrioma de parede afete uma área grande da aponeurose, deve-se atentar à possibilidade de colocação de tela para melhor fechamento da fásia e diminuir a chance de hérnia incisional. Além disso, se a massa afetar uma área extensa dos outros planos da parede abdominal, o que é mais raro, pode-se pensar em estratégia de técnica de retalho para um melhor fechamento de planos. Caso a lesão acometa até peritônio parietal, deve-se atentar a hipótese de aderência com algum órgão intracavitário na lesão, para diminuir a chance de lesão de órgão pélvico, principalmente intestino.

4. Quando indicar a cirurgia

A cirurgia é indicada quando a paciente mantém sintomas relacionados à patologia (dor e efeito de massa) mesmo após tratamento clínico com anticoncepcionais e analgésicos.

5. Técnica cirúrgica

O tratamento de escolha é excisão local ampla da lesão com margens negativas. O tratamento cirúrgico apresenta melhores resultados que o tratamento clínico.

A incisão pode ser realizada em alguma cicatriz próxima à lesão ou sobre a lesão, mas sempre obedecendo às linhas de tensão da pele. Sempre tentar marcar a área da lesão na pele antes da anestesia (principalmente nas lesões não palpáveis) com ajuda da paciente ou de exame de imagem, para que não se deixe lesão residual ou se retire muito tecido sadio.

Feita a incisão, o endometrioma deve ser identificado, o que é facilitado por ser endurecido e fibrótico, e preso com auxílio de uma pinça de preensão com cremalheira. Essa preensão auxilia a exposição das margens da lesão. A exérese deve ser feita separando tecido doente de tecido sadio, deixando margem de segurança para reduzir risco de recidivas.

Depois de retirada a lesão, deve-se identificar os diversos planos da parede abdominal onde se localizava a lesão, realizar hemostasia rigorosa e planejar a sutura dos planos, sendo que cada tipo de fio e nó utilizados devem ser escolhidos separadamente a partir das características de cada plano de sutura. Caso o plano da aponeurose fique muito afastado entre as margens ou com tensão aumentada, é aconselhável o uso de malha para reparação adequada. Damos preferência ao fechamento da pele com pontos intradérmicos.

Os procedimentos podem ser realizados com anestesia local associada à sedação ou com raquianestesia, mas dificuldades na cirurgia podem demandar mudança de plano e ser necessária a anestesia geral. Assim, esse procedimento deve ser realizado em centro cirúrgico.

6. Cuidados pós-operatórios

Na quase totalidade dos casos, como não há abertura da cavidade peritoneal com manipulação de alças intestinais, a paciente pode receber alta hospitalar no mesmo dia. Nenhum cuidado especial inerente à cirurgia é necessário, apenas observação nos retornos pós-cirúrgicos quanto à possibilidade de hematoma local e hérnia incisional.

7. Referências

1. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *Am Surg* 1999; 65:36-39
2. Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 177:243-246
3. Seydel AS, Sickel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1996; 171:239-241
4. Dwivedi AJ, Agrawal SN, Silva YJ. Abdominal wall endometriomas. *Dig Dis Sci* 2002; 47:456-461
5. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 2003; 185:596-598
6. Horton, J.D., Dezee, K.J., Ahnfeldt, E.P. et al, Abdominal wall endometriosis: A surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg*. 2008; 196:207–212

HIPERTROFIA DE PEQUENOS LÁBIOS

Fernando Passador Valério
Ana Carolina Tagliatti Zani Mantovi

1. Definição

De etiologia ainda desconhecida, essa alteração anatômica lábios apresenta diversas definições na literatura médica. É comumente aceito como hipertrofia quando os pequenos lábios são maiores que 4 cm (medido da base para o ápice) sem tração. Uma definição mais radical é a que considera como hipertrofia quando os pequenos lábios ultrapassam os grandes lábios em repouso.

2. Sintomas e diagnóstico

O diagnóstico correto de hipertrofia de pequenos lábios deve associar o exame físico à clínica da paciente. Em geral, o diagnóstico baseia-se na presença de desconforto perineal associado a pequenos lábios que estão dentro da faixa de tamanho considerada hipertrófica. Não há diferença de acordo com a idade, paridade, etnia ou tratamento hormonal vigente.

Os sintomas associados com hipertrofia dos pequenos lábios são de dois tipos: funcional (dispareunia e dificuldades de penetração, irritação local, dificuldade na higiene íntima, desconforto ou dor ao caminhar ou na prática de alguns esportes) e estético.

O diagnóstico diferencial faz-se com líquen escleroso, vulvite, cisto, lipoma, alargamento assimétrico dos grandes lábios juvenil ou abscesso.

3. Avaliação Pré-Operatória

Em nosso serviço, a idade mínima para indicar a cirurgia de correção de hipertrofia de pequenos lábios deve ser de 16 anos, para evitar a necessidade de uma operação de repetição, já que os lábios continuam a crescer até essa idade. Outro fator importante é nunca garantir resultado estético, pois complicações quanto à cicatrização são frequentes e geralmente inerentes ao procedimento. Não há necessidade de cuidado especial pré-operatório em relação a exames ou preparo

cirúrgico, sendo essencial a compreensão e o consentimento da paciente sobre resultados estéticos e funcionais possíveis.

4. Técnica Cirúrgica

Várias são as técnicas descritas para a realização de correção de hipertrofia de pequenos lábios, comumente chamada de ninfoplastia ou labioplastia vulvar, todas com bons resultados estéticos, grande satisfação da paciente e baixa taxa de complicação. As duas técnicas mais usadas em nosso serviço são:

a) Labioplastia parcial ou técnica longitudinal

Uma excisão em linha reta ou curvilínea usando uma incisão anteroposterior do tecido labial protuberante usando bisturi elétrico ou lâmina fria e sutura das bordas. Esta é a técnica mais simples e nosso procedimento usual de escolha. Habitualmente usamos uma sutura contínua simples de poliglecaprone 4-0.

Em nossa prática, usamos essa técnica por ter a recuperação mais rápida e ser, normalmente, associada a excelentes resultados. Pode ocorrer que as bordas labiais sejam substituídas por cicatrizes que podem causar desconforto e irritação crônica. Além disso, o contorno natural dos pequenos lábios pode ficar comprometido. Quando usamos essa técnica, devemos evitar a área do clitóris.

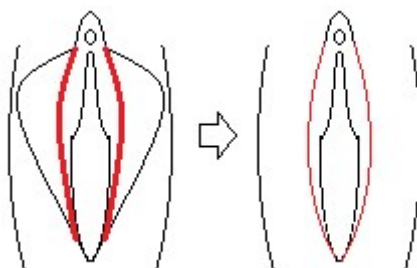


Figura 12: Técnica Longitudinal para Labioplastia
Fonte: Ilustração de autoria própria.

b) Labioplastia em cunha

Nesta técnica, faz-se uma marcação na área de maior excesso de pele no formato de cunha (como uma fatia de pizza ou triangular) em cada lábio. O tecido é excisado e a sutura é feita de forma transversal em relação aos lábios vaginais

usando poliglecaprone 4-0. Esta técnica pode trazer melhor resultado estético em alguns casos, já que preserva as bordas pigmentadas dos pequenos lábios.

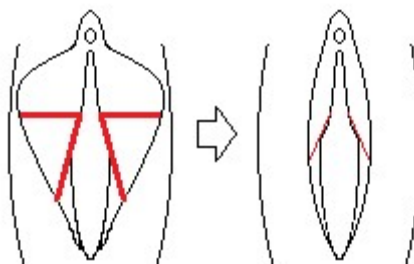


Figura 13: Técnica em Cunha da labioplastia
Fonte: Ilustração de autoria própria

5. Cuidados Pós-Operatórios

O pós-operatório é simples, geralmente as pacientes recebem alta hospitalar no mesmo dia com prescrição analgésicos, cuidado higiênico local com sabão e água diariamente, uso de vestimentas mais soltas e abstinência sexual por 30 dias.

6. Referências

1. Oranges CM, Sisti A, Sisti G. Labia minora reduction techniques: a comprehensive literature review. *Aesthet Surg J.* 2015;35(4):419-431. doi:10.1093/asj/sjv023.
2. Dornelas MT, Correa MPD, Melo ALR, Cunha MB, Nicolato AL, Corrêa LD, et al. Plástica de pequenos lábios e suas possibilidades atuais. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2016;31(4):534-539

AVALIAÇÃO E CUIDADOS PÓS-CIRÚRGICOS

Pedro Sérgio Magnani
Caio Antonio de Campos Prado
Ana Carolina Tagliatti Zani Mantovi

1. Introdução

O período pós-operatório pode ser dividido em 2 tempos: imediato e tardio. O primeiro inicia com o término da cirurgia, continua na sala de recuperação pós-anestésica e segue ao longo da internação até a alta hospitalar. Já o tardio inicia com a alta hospitalar e vai até a alta ambulatorial.

Toda paciente submetida a um trauma cirúrgico sofre alterações metabólicas, fisiológicas e psicológicas que devem ser consideradas para uma melhor e mais rápida recuperação. Quanto maior o porte da cirurgia, manipulação de vísceras e até mesmo tempo cirúrgico maior a necessidade de individualização dos cuidados no pós-operatório.

A dor, o jejum, a perda sanguínea, a redução da perfusão tissular e a imobilização no leito geram alterações orgânicas e humorais que visam restabelecer a homeostasia. Dentre essas alterações, temos: a ativação dos mecanismos de coagulação; o desvio de líquido extravascular para o intravascular; a redistribuição do fluxo sanguíneo; a manutenção do equilíbrio ácido-base e eletrolítico; a mobilização de leucócitos; a produção de macrófagos e linfócitos; o aumento do débito cardíaco; a lipólise e proteólise e, o aumento da glicogenólise e glicogênese.

2. Exame Clínico

Dentre os cuidados pós-operatórios, o exame clínico é de suma importância. Como as complicações nesse período ocorrem de maneira sutil e se agravam em pouco tempo, a avaliação clínica frequente (mínimo a cada 12 horas) é essencial. No pós-operatório imediato, devem ser avaliados:

- 1- Nível de consciência;
- 2- Dor;
- 3- Sinais vitais (PA, pulso, temperatura);

- 4- Ausculta cardíaca e estado hemodinâmico;
- 5- Frequência respiratória e ausculta pulmonar;
- 6- Diurese (volume/hora, cor);
- 7- Inspeção, palpação e ausculta abdominal;
- 8- Inspeção da ferida operatória;
- 9- Observação do volume e características de líquidos coletados em drenos;
- 10- Exame criterioso das panturrilhas visando diagnóstico precoce de possível trombose venosa profunda.

2.1. Estado Mental

Quando uma paciente retorna de uma anestesia, sempre apresenta certo grau de confusão mental, que, embora mais intenso na anestesia geral, também ocorre nos bloqueios locorreionais devido ao estresse e à sedação.

As idosas, principalmente aquelas que já apresentam certo grau de demência, podem apresentar *delirium*, com risco, inclusive, de óbito. O risco de *delirium* aumenta com a utilização de drogas anticolinérgicas comumente administradas antes ou durante a anestesia para diminuir secreções. Além dos anticolinérgicos, doses elevadas de bloqueadores H₂ também podem desencadear os sintomas.

Na analgesia de pacientes idosas, é comum a preferência de opióides sobre os AINEs por estes apresentarem grande potencial lesivo renal. Porém, os opióides também podem ser causadores de confusão mental e *delirium*.

2.2. Dor

O controle da dor no pós-operatório é de suma importância para a recuperação mais rápida da paciente e deve ser feito de maneira contínua, podendo-se utilizar anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), analgésicos em geral, opióides (controlado ou não pela paciente), ou analgesia locorreional. O foco deve ser evitar a piora ou agudização da dor, pois isso levará a maior dificuldade de controle da mesma. O conceito de esperar a paciente solicitar analgesia é ultrapassado e maléfico para a recuperação.

A infiltração de anestésico local (ex: ropivacaína) na incisão cirúrgica pode ajudar a diminuir a quantidade de analgésicos utilizados no pós-operatório imediato. Além disso, adequada técnica cirúrgica, com a mínima lesão possível e sem causar isquemia em tecidos saudáveis também reduzem a dor no pós-operatório.

2.3. Febre

A resposta inflamatória e hipermetabólica ao trauma cirúrgico é a causa principal da febre nas primeiras 48 horas após a cirurgia. Alguns medicamentos podem causar o aumento da temperatura no pós-operatório imediato. Assim em casos de febre contínua nas primeiras horas após a cirurgia, deve-se suspender toda medicação que não seja imprescindível. Outras causas de febre, como pneumonia, infecção do trato urinário, infecção da ferida operatória ou drenos e trombose venosa profunda, geralmente aparecem dias ou semanas após o ato cirúrgico. Importante lembrar que, lesões inadvertidas de alça intestinal e do trato urinário com extravasamento de urina para a cavidade abdominal também evoluem com febre, com início entre 12 e 36 horas após o procedimento, e devem ser sempre lembradas principalmente nos casos de cirurgias complicadas ou com múltiplas aderências.

2.4. Vias Aéreas

A maioria das pacientes submetidas a cirurgias ginecológicas são extubadas antes de sair da sala cirúrgica. Nenhuma paciente pode sair da sala de recuperação sem estar em condições de limpar e proteger suas vias aéreas. A tosse leve após intubação é esperada por até 24 horas após a cirurgia, podendo durar mais tempo em fumantes ou pacientes com outras pneumopatias.

A dispneia no pós-operatório pode ser pela dor abdominal decorrente da cirurgia ou por hipoxemia. Esta pode ser secundária a disfunção pulmonar ou por sedação excessiva (mais frequentes na cirurgia ginecológica eletiva, onde foi feito um preparo pulmonar correto). Ainda pode resultar de atelectasia ou de sobrecarga hídrica levando a edema agudo de pulmão (bastante comum em pacientes cardiopatas ou com doenças renais crônicas).

2.5. Retenção urinária e Constipação intestinal

A constipação intestinal é comum em pacientes cirúrgicas em ginecologia, quer seja pela manipulação das alças intestinais nas laparotomias, quer seja pelo medo da dor ao esforço para micção ou evacuação. Um cuidado especial na via vaginal é com a passagem de pontos que possam levar a obstrução intestinal baixa. Para minimizar esse risco, é recomendada a realização de toque retal rotineiramente nesse tipo de abordagem. O uso de opiáceos, tanto em bloqueios locorreionais (anestesia raquidiana ou peridural) quanto intravenoso, e de anticolinérgicos também podem agravar o quadro. Ainda, a imobilidade no leito e o jejum podem contribuir para o agravamento da constipação intestinal. Nos casos mais graves, com distensão abdominal persistente, devem ser investigados possíveis distúrbios hidroeletrólíticos, que devem ser corrigidos o mais breve possível.

Também a retenção urinária pode ser causada pelo uso de opióides nos bloqueios regionais e, portanto, eles devem ser evitados nas cirurgias perineais. A dificuldade de micção no pós-operatório de cirurgias vaginais é comum e oriunda de várias causas: hematoma/inflamação suburetral; pontos da plicatura da fásia vesicovaginal muito apertados ou estenosando a uretra; dor pós-operatória ou o receio dela. A sondagem vesical de demora por 7 a 10 dias pode ser necessária até que o hematoma e a reação inflamatória regredam. Se, após esse tempo, os sintomas persistirem, pode ser necessária a reintervenção para liberação dos pontos da fásia vesicovaginal.

É importante não confundir retenção urinária com anúria. A presença de urina na bexiga em grande quantidade demonstra integridade no trato urinário superior. A anúria tem outra etiologia e deve ser abordada de maneira específica.

2.6. Tromboembolismo Venoso (TEV)

Essa é uma intercorrência que causa muita preocupação aos cirurgiões de todas as especialidades pelo seu potencial de gravidade e que aparece muitas vezes após cirurgias bem-sucedidas. O primeiro grande estudo sobre esse tema foi em 1941 com Baker et al., que encontraram uma alta frequência de TEV em autópsias de pacientes que foram a óbito sem o diagnóstico clínico. Chamou a atenção, também, o grande número de paciente com trombose venosa profunda (TVP) em que o primeiro sintoma foi de tromboembolismo pulmonar (TEP).

A TVP foi descrita por Virchow no século XIX. Segundo ele são necessários para formação de trombos no sistema venoso profundo: hipercoagulabilidade, estase sanguínea e lesão endotelial. Esses três fatores são conhecidos como a “tríade de Virchow”, e são usados até hoje para explicar as alterações tromboembólicas. Quando falamos em cirurgia ginecológica, os dois primeiros tópicos se destacam, enquanto o último está mais relacionado a traumas e lesões vasculares extensas.

A posição ginecológica adotada na cirurgia vaginal e, por vezes, nas vias abdominal e laparoscópica, associada ao estado de hipercoagulabilidade inerente ao trauma cirúrgico e à imobilização no leito, são os principais fatores de TVP/TEP na cirurgia ginecológica.

O posicionamento correto na mesa cirúrgica, evitando a compressão e garroteamento de vasos importantes, a deambulação precoce e a prescrição de profilaxia para as pacientes em que se identifica fatores de risco adicionais são ações que diminuem consideravelmente incidência de TVP e suas graves complicações.

Por fim, um cuidado otimizado no pós-operatório imediato com deambulação precoce, retirada da sonda vesical o mais breve possível e cuidados com a ferida operatória podem diminuir de maneira substancial as complicações tardias da cirurgia.

3. Exames Subsidiários

Não existe necessidade de solicitação de exames laboratoriais de rotina nas cirurgias de pequeno e médio porte que ocorreram sem complicações. Nos casos em que o exame clínico pós-operatório sugere anormalidades e naqueles com pacientes graves ou com comorbidades, os exames a serem solicitados devem ser avaliados caso a caso.

4. Prescrição Médica

A prescrição de medicamentos deve contemplar a reposição hidroeletrólítica, analgesia, antibióticos para profilaxia ou tratamento de infecções, profilaxia de TVP e bloqueadores H₂ para gastrite de estresse. As medicações de uso crônico para

doenças de base como anti-hipertensivos, insulina e corticoides, devem ser individualizadas.

A liberação ou não de dieta, sondas, cateteres, drenos, mobilização e curativos fazem parte da prescrição de cuidados pós-operatórios.

4.1. Reposição Hidroeletrólítica

A reposição hidroeletrólítica é de suma importância na recuperação da paciente e costuma ser negligenciada, principalmente nas cirurgias de pequeno e médio porte, como é o caso da maioria cirurgias ginecológicas benignas. Para uma correta correção das perdas líquidas no pós-operatório, é necessário que se tenha conhecimento das necessidades básicas do organismo.

A quantidade de líquido ingerido por uma pessoa de 60 a 80 kg de peso é, em torno, de 2.000 a 2.500 ml por dia, sendo 1.500 ml ingeridos na forma líquida e o restante retirado dos alimentos sólidos (Quadro 4). O catabolismo celular em pacientes submetidas a jejum prolongado pode produzir até 500 ml/dia.

Assim como a ingestão, o conhecimento das perdas líquidas diárias também é de suma importância. Através da urina, são perdidos entre 800 e 1.500 ml/dia de líquidos; outros 250 ml/dia, pelas fezes; e 600 a 900 ml/dia pela perspiração insensível, que pode aumentar muito em caso de hipermetabolismo, hiperventilação ou febre.

Quadro 4: Resumo dos fatores a se considerar para o balanço hídrico após cirurgias. Fonte: autoria própria.

- Consumo diário (60-80 kg): 2.000 a 2.500 ml/dia (1.500 ml através da ingestão de líquidos / restante em alimentos sólidos)
 - Perdas líquidas:
 - Urina: 800 a 1500ml/dia (30 a 50ml/hora)
 - Fezes: 250ml/dia
 - Perspiração: 600 a 900ml/dia (25% pulmões, 75% pele)
 - Sudorese: 0 a 4.000 ml/dia (depende da temperatura ambiente e da presença de febre)
- Perda de sódio durante a cirurgia
 - Considerar perdas líquidas sem sódio em caso de cirurgias pequenas e médias com função renal normal.

Quanto às perdas de eletrólitos, os dois principais íons a serem considerados são:

- Sódio: em situação de aporte reduzido ou perdas extrarrenais, como nas cirurgias, os rins normais podem reduzir a excreção de sódio a menos de um mEq/dia, ou seja, a urina fica, praticamente, livre de sódio. A sudorese é hipotônica e a perda insensível é composta apenas de água
- Potássio: por ser predominantemente intracelular, é liberado em grande quantidade devido à lesão tecidual ocasionada durante a cirurgia. Com a reação do organismo ao trauma cirúrgico reterendo água e sódio, acaba por reter também o potássio no líquido extracelular

A reposição hidroeletrólítica, deve, portanto, cobrir as necessidades básicas e as perdas ocorridas durante o ato cirúrgico. Para tal, é preciso que as composições das soluções parenterais sejam bem conhecidas.

Numa análise mais cuidadosa, é possível perceber que o soro fisiológico apresenta um excesso de sódio em relação ao meio sanguíneo, tanto que, atualmente, o correto é usar o termo solução salina. Esse excesso de sódio impõe uma sobrecarga aos rins que pode ser grave em pacientes idosas, com a função renal comprometida ou cardiopatas. O excesso de sódio associado a um volume alto infundido pode contribuir para o grande edema de membros inferiores que encontramos após alguns dias de pós-operatório em pacientes submetidas à cesariana. Portanto, o soro fisiológico deve ser reservado para reposição volêmica em pacientes com hiponatremia, hipocloremia ou acidose metabólica.

Apesar do bloqueio da insulina pelas catecolaminas liberadas pelo trauma cirúrgico, levando a uma tendência a hiperglicemia no pós-operatório imediato, a melhor solução para repor perdas para cirurgias de médio porte, é a solução glicosada a 5% pois, assim, repomos água pura, para corrigir as perdas insensíveis, e, ainda, fornecemos algumas calorias, reduzindo déficit calórico decorrente do trauma cirúrgico e do jejum prolongado.

Por fim, a solução de ringer lactato é a solução mais indicada para corrigir os déficits gastrointestinais e líquidos extracelulares. Veja na tabela abaixo a composição dos principais soros de reposição comparados ao plasma:

Tabela 14: Comparação de concentrações entre os diferentes tipos de soros e o plasma (mEq/L)

	Na	K	Ca	Cl	HCO₃
Líquido extracelular	142	4	5	103	27
Ringer com lactato	130	4	2,7	109	28
Soro fisiológico (NaCl 0.9%)	154	-	-	154	-
Soro Glicosado 5%	-	-	-	-	-

Legenda de siglas: Na: sódio; K: potássio; Ca: cálcio; Cl: cloro; HCO₃: bicarbonato de sódio.

O volume total infundido não deve passar de 2.000 a 3.000 ml/dia, devendo tender para o mínimo em pacientes cardiopatas ou com função renal debilitada e para mais de 3.000 em pacientes febris ou que apresentem sinais de desidratação como urina concentrada e volume urinado abaixo de 30 ml/h.

ATENÇÃO: perda sanguínea não deve ser repostada com soluções eletrolíticas. SANGUE SE REPÕE COM SANGUE! O volume de soro não deve ser aumentado no pós-operatório porque a paciente sangrou mais que o esperado. O excesso de líquido, associado a anemia aguda causada por sangramento intracirúrgico, pode causar sobrecarga cardíaca e levar a edema agudo de pulmão.

Quadro 5: Resumo das indicações do Soro Fisiológico e Soro Glicosado. Fonte: autoria própria.

- Soro fisiológico / solução salina = sobrecarga de sódio e cloro para os rins = reposição em situação de hiponatremia, hipocloremia ou alcalose metabólica.
- Soro glicosado 5% = repõe água pura e dá aporte calórico (minimiza o déficit calórico do hipermetabolismo)
- Reposição hídrica e eletrolítica = 1 a 3 dias de pós-operatório
- Avaliação e reposição de perdas (evitar excesso)
- Perdas insensíveis = Glicose 5% (até 1.500 ml em caso de hipermetabolismo e febre ou hiperventilação)
- Urina = Glicose 5% + Ringer Lactato (800 a 1.500 ml)
- Sonda Nasogástrica / Drenos = Ringer Lactato

4.2. Analgesia

A dor pós-operatória ainda é um desafio presente nos dias de hoje. A analgesia é necessária, não só para a comodidade da paciente, mas também, como adjuvante na sua recuperação pois possibilita maior mobilidade, com consequente

diminuição do tempo de restrição ao leito, levando a menor risco de TVP e diminuição do tempo de internação. Ela deve ser contínua desde o fim da anestesia.

Durante a cirurgia algumas condutas farmacológicas podem ser tomadas no sentido de diminuir a quantidade de analgésicos a serem usados no pós-operatório como: 1) uso de anti-inflamatórios durante a indução anestésica ou no transcorrer da cirurgia; 2) uso de opióides na anestesia locorregional (raquidiana ou peridural) e 3) a infiltração de anestésico local (lidocaína, ropivacaína ou marcaína), sendo a nossa preferência pela ropivacaína por menor toxicidade e maior duração de efeito (cerca 12 horas).

Encerrado o ato cirúrgico, a analgesia deve fazer parte da primeira prescrição. A primeira escolha, em geral, seria pelos opióides associados a paracetamol por ser mais eficaz, porém, a alta incidência de dependência é um fator restritivo. Outros derivados da morfina também podem ser usados como o tramadol, que em algumas pacientes podem causar náuseas e vômitos que podem ser bastante desconfortáveis. Ainda, em casos muito dolorosos, pode ser utilizada a própria morfina com 2 a 4 mg IV como dose inicial e repetida a cada 3 horas de acordo com a necessidade. Em casos específicos, pode ser utilizado cateter peridural contínuo para administração de medicação.

Outra classe de medicamento utilizada é a dos anti-inflamatórios não-esteroidais (AINE) que, desde que a paciente tenha função renal normal e não possua antecedentes de sangramento gastrointestinal, devem ser prescritos em intervalos regulares.

O uso da dipirona também é indicado, uma vez que é eficaz no alívio da dor e pode ajudar a diminuir a dosagem de opióides e AINEs utilizada. O fato de ser um eficiente antitérmico limita o seu uso, uma vez que pode mascarar possíveis picos febris.

Nas pacientes submetidas a cirurgias ginecológicas benignas, a dor pós-operatória pode ser contornada facilmente com anti-inflamatórios e dipirona, associados às medidas intracirúrgicas como infiltração da ferida com anestésico local e morfina nas anestésias raquidiana e peridural. Não devemos esquecer, no

entanto, que a morfina associada no bloqueio anestésico pode levar a retenção urinária e constipação intestinal.

4.3. Antieméticos

A náusea e o vômito são sintomas frequentes em pacientes no pós-operatório imediato, principalmente nas cirurgias abdominais, nas anestésias peridural e raquidiana que utilizaram morfina e nas pacientes com prescrição de opióides EV. Mesmo nos casos de cirurgias perineais, o aumento da pressão abdominal causado pelo vômito pode comprometer o sucesso da cirurgia levando a recidiva do prolapso ou sangramentos.

A prescrição de antieméticos deve ser contínua e com doses terapêuticas eficazes. A metoclopramida é a mais utilizada seguida da ondansetrona, lembrando que a primeira, embora efetiva, pode desencadear síndrome extrapiramidal com mais frequência.

4.4. Profilaxia de TVP

As cirurgias pélvicas estão entre os procedimentos com maior incidência de TVP e, conseqüentemente, de tromboembolismo pulmonar. O sistema de prescrição utilizado nos hospitais membros do complexo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto apresenta um programa que avalia a existência de fatores de risco (Tabela 15) e indica a necessidade de medidas profiláticas e as dosagens de heparina a serem usadas, caso necessário, a cada paciente individualmente. De maneira geral, as recomendações são as seguintes:

- Pacientes de baixo risco: meias elásticas e deambulação precoce
- Risco moderado e alto: uso PRÉ e PÓS-operatório de anticoagulante profilático
 - Heparina não fracionada 5.000UI 12/12 horas ou 8/8 horas
 - Enoxaparina: 20 a 40 mg/dia
 - Iniciar a profilaxia na véspera da cirurgia, com última dose pelo menos 12 horas antes do início e retomar 24 horas após o término da mesma.
 - No intraoperatório: botas pneumáticas / de compressão e, eventualmente, Dextran endovenoso.

Pacientes anticoaguladas devem ser avaliadas em conjunto com o médico que cuida da doença de base. Deve ser feita a transição para heparina sódica ou de baixo peso e a condição mínima para a realização da cirurgia deve ser o valor da Razão Internacional de Normalidade do Tempo de Protrombina (TP-INR) ou razão do Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) abaixo de 1,5.

Tabela 15: Fatores de risco para Tromboembolismo Venoso

Alto risco	Moderado risco
Idade >ou = 60 anos	Varizes/insuf.ven.perif.
Paresia/imobilidade	Doença infl. Intestinal
História prévia de TEP/TVP	H. familiar de TEP/TVP
ICC descompensada	Síndrome nefrótica
Insuficiência respiratória	D. reumatológica ativa
Infecção grave/sepse	Cateter venoso central
Trombofilia conhecida	Obesidade
Doença mieloproliferativa	Contraceptivo / TRH
Câncer em atividade	Puerpério
QT/RT/Terapia hormonal	Abortamento recorrente

Fonte: Autoria própria.

4.5. Dieta após a cirurgia

Principalmente após as cirurgias abdominais, ocorre uma redução da peristalse intestinal que pode durar mais ou menos tempo dependendo da manipulação das alças intestinais e da extensão da agressão cirúrgica. Esse tempo é maior nos casos em que são realizadas cirurgias abertas e com sutura de alças, sendo praticamente inexistentes nas cirurgias laparoscópicas rotineiras (exceto as cirurgias de endometriose profunda). O tempo médio para a retomada do trânsito intestinal, em cirurgias abertas abdominais, varia entre 12 e 24 horas.

A reintrodução da dieta de maneira precoce pode acarretar distensão abdominal e vômitos que podem comprometer o resultado da cirurgia. Mesmo nas cirurgias vaginais, em que não há abertura da cavidade abdominal, a reintrodução criteriosa da dieta é importante, uma vez que náuseas e vômitos podem levar ao aumento da pressão abdominal causando sangramentos ou deiscências.

Alguns programas como o ERAS e ACERTO estão sendo utilizados visando a reintrodução precoce da dieta no período pós-operatório e serão discutidos mais a

frente. De maneira geral, para as cirurgias ginecológicas benignas, abdominais abertas ou vaginais, a dieta deve ser introduzida somente após 8 horas, no mínimo, após a cirurgia e após serem auscultados ruídos hidroaéreos normoativos e eliminação de flatos. A reintrodução deve ser progressiva, inicialmente com dieta líquida, seguida de dieta branda ou pastosa (dependendo do caso) e dieta geral.

4.6. Outros Cuidados pós-operatórios

As sondas e os drenos eventualmente implantados devem ser sempre removidos o mais breve possível.

A deambulação precoce deve ser sempre estimulada. Quando a paciente precisar ficar restrita ao leito, sempre solicitar apoio da fisioterapia para evitar TVP e prescrever heparina, em dose profilática, até início da deambulação.

5. Protocolo ERAS / ACERTO

O projeto ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery* – Recuperação Melhorada Pós-Operatória) é um programa europeu fundamentado no paradigma da medicina baseada em evidências visando acelerar a recuperação pós-operatória, inicialmente idealizado para pacientes submetidos a cirurgias colorretais e posteriormente extrapolada para outras especialidades. O programa ACERTO (ACEleração da Recuperação TOrtal Pós-operatória) é a extensão do projeto ERAS, no Brasil. São tópicos do protocolo:

1. Abreviação do jejum pré-operatório
2. Terapia nutricional perioperatória
3. Realimentação precoce no pós-operatório
4. Antibioticoprofilaxia
5. Abolição do preparo de cólon em cirurgias eletivas colorretais
6. Redução do uso de fluidos intravenosos no perioperatório
7. Uso restrito de sonda nasogástrica e drenos abdominais
8. Analgesia perioperatória

A primeira regra do programa ACERTO é: O DIA DA OPERAÇÃO É O PRIMEIRO DIA DA RECUPERAÇÃO DO PACIENTE! O objetivo é a paciente ter

alta mais precoce, menor incidência de complicações infecciosas e diminuição de custos.

Os protocolos tradicionais preconizam reintrodução da dieta de maneira gradual e somente na presença de ruídos hidroaéreos normais. No entanto, alguns estudos têm mostrado que o intestino delgado apresenta peristaltismo normal após 4 a 8 horas de cirurgia, enquanto o cólon esquerdo e o estômago retornam em 24 horas, mas com duas horas após o ato cirúrgico já há contrações no antro do estômago. Além disso, o jejum prolongado pode levar a atrofia da mucosa intestinal e facilitar a translocação bacteriana.

Recentemente, foi publicado no *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (AJOG – Jornal Americano de Obstetrícia e Ginecologia) um protocolo de cuidados pré, intra e pós-operatórios voltado especificamente para a cesariana, mas que pode ser extrapolado para cirurgia ginecológica benigna quando associado às recomendações gerais já estipulada para cirurgia geral. A paciente deve ser preparada seguindo os passos abaixo:

5.1. Intervenções no pré-operatório

5.1.1- *Informação, orientação e aconselhamento pré-operatório:*

- Orientar exaustivamente a paciente, preferencialmente por escrito (uso de panfletos, por exemplo), sobre o preparo pré-cirúrgico, a cirurgia e, principalmente, como será a recuperação pós-cirúrgica. Orientar que, quanto mais cedo sair do leito e deambular, melhor para sua recuperação, que deve se esforçar para aceitar a alimentação oferecida e usar o banheiro, mesmo que apresente alguma dor, que estará sendo medicada continuamente e que será reavaliada sempre que necessário.

- Orientar quanto à cessação, ou ao menos a diminuição, do tabagismo e da ingestão de bebidas alcoólicas no mínimo 4 semanas antes da cirurgia.

- Melhorar o estado nutricional da paciente, caso necessário com dieta hiperproteica, e corrigir anemia ou outros déficits nutricionais nas semanas que antecedem a cirurgia.

5.1.2- *Abreviação do jejum pré-operatório:*

- Orientação de ingestão de dieta sólida até 6 horas antes da cirurgia e líquidos claros, ricos em carboidratos, até 2 horas antes da cirurgia, visando evitar o jejum prolongado e fornecendo energia para enfrentar as alterações metabólicas que decorrem do trauma cirúrgico. A ingestão de bebida contendo 50 g de carboidrato melhora o bem-estar, reduz a resistência insulínica e diminui a quebra de proteínas durante a cirurgia.

5.1.3- *Evitar ansiolíticos na noite anterior à cirurgia e no pré-anestésico.*

5.1.4- *Evitar laxantes*

5.2. Intervenções no perioperatório

- Profilaxia antiemética, antibioticoprofilaxia e profilaxia de TVP e TEP.
- Usar antieméticos com diferentes mecanismos de ação como metoclopramida e ondansetrona eventualmente associados a antagonistas H₂ em pacientes com histórico de gastrite, sangramento digestivo ou refluxo gastroesofágico.
 - Usar anestésicos de curta duração
 - Evitar sobrecarga hídrica e de sódio. A hidratação com uso de cristaloides intraoperatória deve ser criteriosa para evitar sobrecarga renal e cardíaca.
 - Manter normotermia controlando o ar condicionado da sala e evitando que a paciente fique descoberta.
 - A utilização de sonda nasogástrica e drenos abdominais deve ter indicação restrita a casos que realmente sejam imprescindíveis.
 - A via laparoscópica deve ser preferida à abdominal sempre que possível e a via vaginal preferível à laparoscópica e abdominal.
 - Uso de anestésico local antes da incisão ou ao fim da cirurgia diminui a necessidade de analgésicos no pós-cirúrgico.

5.3. Intervenções no pós-operatório

- Descontinuar a administração de fluidos endovenosos assim que paciente receber alta da sala de recuperação anestésica.

- A reintrodução da alimentação deve ser precoce, assim que a paciente estiver consciente, e de acordo com a aceitação da mesma. Uso de goma de mascar sem açúcar por 10 min 3 a 4 vezes ao dia ajuda a estimular o peristaltismo intestinal.
- Profilaxia das náuseas e vômitos com uso de antieméticos contínuo e multimodal, além de antagonistas H₂.
- Analgesia multimodal com opióides via oral ou transdérmica, AINE, bloqueio local ou locorregional – Evitar opióides endovenosos pois podem causar náuseas, retardar o reinício do peristaltismo intestinal e causar retenção urinária.
- Os procinéticos podem ser utilizados para estimular o esvaziamento gástrico.
- Retirada precoce de sondas e drenos.
- Estimular a deambulação precoce.

Quadro 6: Resumo Protocolo ERAS/ACERTO. Fonte: autoria própria.

<u>Pré-operatório:</u>	<u>Perioperatório:</u>	<u>Pós-operatório</u>
1- Educação, consentimento	1- Usar anestésicos de curta duração	1- Evitar sonda nasogástrica
2- Avaliação e suporte nutricional	2- Evitar sobrecarga hídrica e de sódio	2- Analgesia multimodal
3- Evitar jejum prolongado	3- Manter normotermia	3- Prevenção de náusea e vômito
4- Sobrecarga carboidratos	4- Incisões mínimas	4- Retirada precoce de sonda vesical
5- Evitar ansiolítico pré-anestésico	5- Anestésico local nas incisões	5- Evitar opióides intravenosos
6- Evitar laxantes	6- Evitar drenos abdominais	6- Manter normotermia
7- Tromboprofilaxia		7- Utilizar procinéticos
8- Antibioticoprofilaxia		8- Realimentação precoce
		9- Mobilização precoce

6. Por Ocasão da Alta Hospitalar

6.1. Orientações Pós-operatórias

Na alta hospitalar, a paciente deve receber todas as orientações pertinentes ao seu pós-operatório, incluindo tempo necessário de repouso (físico e sexual), necessidade de uso de medicações e prescrição das mesmas, cuidados com a ferida operatória (se aplicável) e, **principalmente**, sinais e sintomas que a devem fazer buscar por atendimento médico de urgência.

As informações devem ser passadas à paciente e, sempre que possível, seu acompanhante **pelo médico que participou de seu procedimento**, que deve se assegurar de que as informações foram compreendidas.

O **Anexo 1** traz um modelo de conjunto de orientações pós-operatórias.

6.2. Marcação de retorno pós-cirúrgico

- Pacientes que não necessitem de retirada de pontos cirúrgicos e compreendam bem as orientações devem ser agendadas com 30 a 40 dias de pós-operatório. Incluem-se nesse grupo: histeroscopias e cirurgias laparoscópicas sem suspeita de malignidade, laqueadura tubárea videolaparoscópica, cirurgias vaginais pequenas e abdominais em geral.

- Pacientes submetidas a cirurgias vaginais com risco de retenção urinária no pós-operatório devem ser avaliadas em 7 a 10 dias após o procedimento.

- Pacientes que necessitem retirar pontos, ou que apresentam baixa compreensão das orientações, ou, ainda, que necessitem checar anatomopatológico **suspeito** devem ser agendadas em 7 a 10 dias após a alta.

- Casos excepcionais, como retenção urinária e suspeita de câncer, devem ser agendados de acordo com a orientação do responsável pela cirurgia.

- Todos os retornos pós-operatórios devem ser agendados nas vagas específicas para tal (denominada RETORNO PÓS-OPERATÓRIO), não sendo permitida a entrada da paciente no ambulatório sem o agendamento.

- Algumas cirurgias demandam mais de um retorno pós-operatório para o adequado seguimento.

- Cirurgias abdominais e vaginais podem receber alta ambulatorial depois de constatado adequado retorno às atividades habituais (em geral, 3 meses a 6 meses após o procedimento). Em casos

selecionados, o médico assistente poderá dispensar esse retorno e dar alta ambulatorial já na primeira reavaliação do pós-operatório.

- Cirurgias para correção de distopias genitais podem demandar seguimento por mais tempo devido ao risco de recidiva. Esse seguimento pode ser realizado na atenção primária, com reencaminhamento se necessário.
- Não é necessário realizar nenhum tipo de acompanhamento ultrassonográfico de massas anexiais e lesões endometriais **resolvidas**, mantendo as mesmas indicações de exames de rotina para idade.

6.3. Orientações sobre seguimento ambulatorial:

- **Nossos ambulatórios são CIRÚRGICOS. Portanto, pacientes com tratamento clínico devem ser contrarreferenciadas ao seu posto de origem para seguimento.**

- **Somente devem ficar no ambulatório as pacientes em tratamento clínico pré-cirúrgico e que tenham cirurgia indicada. Exemplo: usando Zoladex para aguardar melhora da anemia ou para histeroscopia cirúrgica; aguardando avaliação de outras áreas como cardiologia ou endocrinologia.**

- **Pacientes com SUA sem indicação cirúrgica, com massa anexial benigna sem indicação ou desejo por cirurgia, com miomas assintomáticos e de pequeno volume ou com pólipos endometrial sem desejo de abordagem cirúrgica devem ser encaminhadas à UBS de origem com orientação detalhada do seguimento e explicação sobre o motivo de não haver necessidade de cirurgia.**

- **Incontinência urinária sem indicação cirúrgica deve ser encaminhada à UBS de origem, para seguimento clínico, mesmo nos casos em que haja indicação de fisioterapia.**

- **TODOS OS ENCAMINHAMENTOS DEVEM SER FEITOS COM RIQUEZA DE DETALHES SOBRE O TRATAMENTO, OS OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS E AS INDICAÇÕES DE REENCAMINHAMENTO, CASO NECESSÁRIO. Lembre-se! O SUS trabalha como uma rede de cuidados, sendo que cada nível de complexidade tem sua função. Para um adequado**

funcionamento, deve haver uma continuidade dos cuidados que somente será possível com clareza e riqueza de informações!

7. Referências

1. Protocolos ERAS disponíveis em: erassociety.org
2. Giordano LA, Giordano MV, Giordano EB, Silva RO. Exames pré-operatórios nas cirurgias ginecológicas eletivas. FEMINA | Novembro 2009 | vol 37 | nº 11.
3. de-Aguilar-Nascimento JE, Salomão AB, Waitzberg DL, Dock-Nascimento DB, Correa MITD, Campos ACL, et al. ACERTO guidelines of perioperative nutritional interventions in elective general surgery. Rev Col Bras Cir. dezembro de 2017;44(6):633–48.
4. Kiran A, Hilton P, Cromwell D. The risk of ureteric injury associated with hysterectomy: a 10-year retrospective cohort study. BJOG: Int J Obstet Gy. junho de 2016;123(7):1184–91.
5. Kuster Uyeda MGB, Batista Castello Girão MJ, Carbone É dos SM, Machado Fonseca MC, Takaki MR, Ferreira Sartori MG. Fast-track protocol for perioperative care in gynecological surgery: Cross-sectional study. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. maio de 2019;58(3):359–63.
6. Lake AG, McPencow AM, Dick-Biascochea MA, Martin DK, Erekson EA. Surgical site infection after hysterectomy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. novembro de 2013;209(5):490.e1-490.e9.
7. Llarena NC, Shah AB, Milad MP. Bowel Injury in Gynecologic Laparoscopy: A Systematic Review. Obstetrics & Gynecology. junho de 2015;125(6):1407–17.
8. AAGL Position Statement: Route of Hysterectomy to Treat Benign Uterine Disease. Journal of Minimally Invasive Gynecology. janeiro de 2011;18(1):1–3.
9. Silva Filho AL, Laranjeira CLS, Silva CHM, Peret FJA, Bozoni IB, organizadores. Manual SOGIMIG de Emergências Ginecológicas. 2020.

Anexo 1: Exemplo de Documento de Orientação a ser Entregue à Paciente no Pós-Operatório de Cirurgias Vaginais e Abdominais

ORIENTAÇÕES PARA DEPOIS DA CIRURGIA

- Após a alta do hospital são necessários alguns cuidados para se evitar complicações como sangramento e infecções da cirurgia ou até mesmo a volta dos problemas que foram tratados.
- NÃO pegue qualquer objeto com peso acima de 3 Kg por 40 dias após a cirurgia.
- NÃO abaixe para pegar objetos no chão ou para lavar os pés também por 40 dias.
- Evite bebidas com gás ou refrigerantes nos primeiros 10 dias de pós-operatório.
- Evite visitas de pessoas que possam estar doentes para não ser contaminada. Lembre-se que você está debilitada, logo, pode adoecer com muito mais facilidade.
- Evite comidas que possam lhe causar indisposição gástrica causando vômitos ou diarreia. Qualquer coisa que venha a causar aumento da pressão do abdome pode causar hemorragia e hérnia e até a perda da cirurgia.
- Faça caminhadas leves desde o primeiro dia, evitando rampas íngremes e distâncias muito longas.
- Nos casos de cirurgias vaginais evite usar papel higiênico quando for ao banheiro tanto para urinar como para evacuar. Use PREFERENCIALMENTE o chuveirinho e sabonete comum para se higienizar.
- É comum ter dificuldade para evacuar nos primeiros dias. Nesse caso, aumente a ingesta de frutas e fibras, além disso, tome pelo menos 2 litros de água por dia. Se mesmo assim estiver com dificuldades, procure o serviço de saúde que lhe será receitado uma medicação para ajudar a evacuar.
- É comum a presença de sangramento vaginal por alguns dias até 2 semanas após a cirurgia. Isso é normal, desde que em pequena quantidade.
- Também é normal o aparecimento de corrimento até 30 dias após a cirurgia devido à absorção de fios presentes na vagina. NÃO há necessidade de qualquer conduta. Caso o corrimento esteja lhe incomodando, procure o serviço de saúde que lhe será passado um tratamento adequado.
- NÃO tenha relações sexuais por, pelo menos, 40 dias e, SOMENTE depois de examinada e liberada para tal.
- **Entre em contato caso apresente febre acima de 38,5 °C, dor que não ceda com uso do analgésico receitado ou sangramento abundante.**