

Ureterohydronephrosis and renal impairment among patients with pelvic organ prolapse

Uretero-hidronefrose e insuficiência renal em doentes com prolapso de órgãos pélvicos

Rita Torres*, Rita Lermann**, Njila Amaral**, Ana Paula Pereira**, Amália Martins**

Unidade de Uroginecologia e Patologia do Pavimento Pélvico, Serviço de Ginecologia-Obstetrícia, Hospital Beatriz Ângelo – Loures

Abstract

Pelvic organ prolapse is a multidimensional phenomenon. The manifestations of renal involvement following pelvic organ prolapse ranges from acute to chronic renal failure and may also lead to end stage renal failure. Prolonged duration and its severity in pelvic organ prolapse are responsible for renal impairment.

The authors report two cases of women with obstructive uropathy secondary to pelvic organ prolapse which were treated with a silicone pessary.

Keywords: Renal impairment; Obstructive uropathy; Pelvic organ prolapse; Silicone pessary.

INTRODUCTION

O prolapso urogenital, ou prolapso de órgãos pélvicos (POP), define a descida ou protusão de uma ou mais estruturas pélvicas na vagina¹⁻³. Representa uma patologia exclusiva das mulheres que pode afetar a parede anterior ou posterior da vagina, o útero, a cúpula vaginal ou uma combinação de dois ou mais compartimentos. Estima-se que até metade das mulheres com história de parto vaginal venha a apresentar algum grau de POP ao longo da sua vida¹⁻⁴. Apesar de a maioria dos casos de POP não estar associada a mortalidade ou morbidade grave pode, no entanto, condicionar sintomas ginecológicos, urinários ou gastrointestinais importantes o suficiente para afetar a qualidade de vida ou as atividades da vida diária da mulher⁵⁻⁷. Embora rara, a possibilidade de o POP condicionar uropatia obstrutiva com hidronefrose, insuficiência renal ou anúria foi reportada em vários trabalhos da literatura e exige um reconhecimento e tratamento atempados, no intuito de preservar a função renal⁸⁻⁹.

Os autores descrevem dois casos de uropatia obstrutiva associada a POP, em que foi possível resolver a uro-

patia com a inserção vaginal de um pessário de silicone.

CASO CLÍNICO 1

Mulher de 79 anos, caucasiana, reformada, que foi referenciada à consulta de ginecologia por hidronefrose bilateral e insuficiência renal *de novo* no contexto de prolapso urogenital. Na história pregressa destacavam-se – hipertensão arterial essencial com 20 anos de evolução, estenose aórtica ligeira a moderada, anemia da doença crónica, dislipidemia e doença venosa periférica; não havendo história de cirurgias prévias, alergias ou consumos. Dos antecedentes ginecológicos/obstétricos destacavam-se dois partos eutócicos (peso ao nascer 3800g) e uma menopausa espontânea aos 50 anos, sem tratamento hormonal.

Tratava-se de uma doente assintomática que foi enviada à consulta de urologia por agravamento recente da função renal [creatinina sérica de 1,86mg/dL (valores de referência: 0,6-1,0mg/dL)] e dilatação pielocalicial bilateral, em exames de rotina, na ausência de litíase renal. Nessa consulta foi objetivada uma eversão completa das paredes da vagina e interpretada como causa da uropatia obstrutiva. Foi proposta a algaliação permanente e foi efetuado o encaminhamento da doente para a consulta de uroginecologia.

*Médico Interno de Ginecologia e Obstetrícia

**Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia

Nesta consulta, a doente referia a sensação de «masa a aflorar à vulva», de agravamento recente, sem sintomatologia concomitante (tal como incontinência urinária, urgência, noctúria, dor pélvica, necessidade de redução do prolapso para iniciar a micção ou defecação, sensação de micção intermitente ou tenesmo), referindo a não intenção em manter a função sexual.

No exame objetivo era evidente a eversão total das paredes da vagina com pequenas lesões ulceradas da mucosa; todavia não haviam sinais de incontinência urinária oculta – Figura 1.

Foram explicados à doente os significados de prolapso de órgãos pélvicos e do compromisso renal associado, bem como as opções terapêuticas disponíveis, tendo a doente optado pela correção cirúrgica do prolapso, com colocação provisória de pessário de silicone, em conjunto com a aplicação tópica de estrogénios.

No intervalo de tempo decorrido entre a consulta (com colocação do pessário de silicone) e o dia da cirurgia verificou-se a resolução completa da uretero-hidronefrose bilateral e uma melhoria significativa dos resultados laboratoriais. Ao mesmo tempo, era aparente a boa tolerância do pessário, a cicatrização das lesões ulceradas, o suporte das paredes da vagina e a continência urinária, pelo que a doente optou pela manutenção do pessário e vigilância regular em consulta de ginecologia.

À data da elaboração deste artigo, dois anos após a avaliação inicial, a doente permanecia satisfeita com o

pessário, sem hidronefrose e com parâmetros laboratoriais renais estáveis.

CASO CLÍNICO 2

Mulher de 90 anos, caucasiana, reformada, referenciada à consulta de ginecologia por hidronefrose bilateral associada a POP.

Tratava-se de uma doente com história de hipertensão arterial essencial, depressão crónica e pancreatite aguda litiásica com internamento hospitalar recente, antecedentes ginecológicos/ obstétricos de cinco partos vaginais no domicílio e menopausa espontânea aos 46 anos sem terapêutica hormonal.

A doente foi encaminhada para a consulta de uroginecologia após a identificação, em ecografia abdominal (efetuada durante o internamento por pancreatite aguda), de dilatação pielocalicial bilateral. Nesta consulta foram confirmados prolapso urogenital sintomático, incontinência urinária de urgência, noctúria e necessidade em reduzir o prolapso para iniciar a micção, tendo sido objetivada a eversão completa da vagina e um corpo perineal curto.

Neste caso, tratando-se de uma doente com más condições operatórias, foi proposta uma intervenção primária com pessário de silicone e, caso não houvesse tolerância ou melhoria das queixas, a correção cirúrgica do prolapso. Com o acordo da doente foi introduzido em pessário em anel, de silicone e, desde então, a doente foi mantida em vigilância regular na consulta de uroginecologia, em que se assistiu a uma melhoria significativa das queixas, excelente tolerância do pessário e uma evolução francamente positiva nos critérios imagiológicos de barragem infravesical – Figura 2.

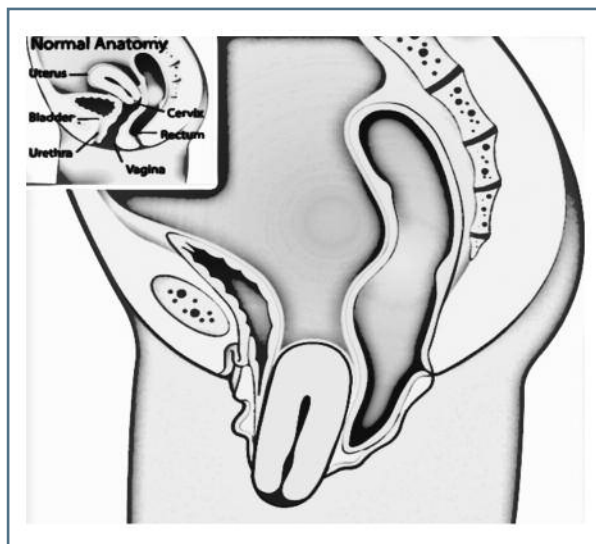


FIGURA 1. Prolapso de grau IV com eversão completa das paredes da vagina

DISCUSSÃO

Os casos clínicos apresentados retratam duas situações de esvaziamento vesical incompleto com hidronefrose secundária a uma obstrução ureteral distal por prolapso urogenital.

Parto vaginal, idade avançada e obesidade são fatores de risco bem estabelecidos para a ocorrência de prolapso urogenital. Já outros fatores, como parto distócico com fórceps, idade jovem no primeiro parto, trabalho de parto prolongado ou parto vaginal com peso ao nascer superior a 4500g., obstipação crónica, doença do tecido conjuntivo, história de histerectomia ou his-

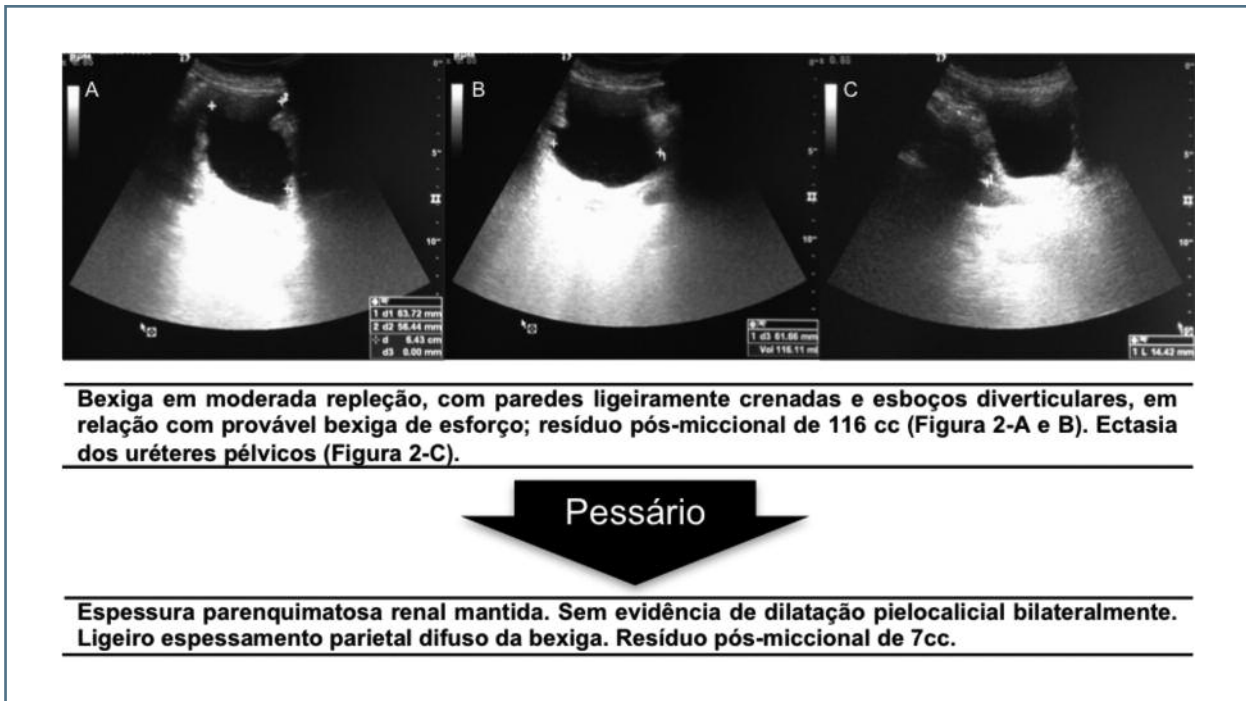


FIGURA 2. Achados ecográficos antes e após a colocação do pessário de silicone

tória familiar de POP, são apontados como fatores de risco possíveis para o seu aparecimento¹⁻³.

A sensação de «massa a aflorar à vulva» e o peso pélvico são as manifestações clínicas mais frequentes. Todavia, uma multiplicidade de queixas urinárias ou gastrointestinais podem estar presentes e variar consoante a evolução do prolapso. Neste sentido, sintomas como a incontinência urinária de esforço têm uma prevalência progressivamente menor, à medida que o prolapso se estende para além do hímen (prolapso grau III e IV), podendo dar lugar a queixas de obstrução uretral como micção hesitante, fluxo intermitente, fraco e prolongado, sensação de esvaziamento vesical incompleto, necessidade de reduzir o prolapso para iniciar ou completar a micção e, em alguns casos, retenção urinária. Em termos fisiopatológicos, a retenção urinária parece resultar da obstrução mecânica provocada pela angulação uretral que, por sua vez, resulta do agravamento progressivo do prolapso do compartimento anterior. Em simultâneo, a descida do útero leva a que as artérias uterinas passem a exercer uma tração inferior nos ureteres, o que conduz ao desvio do trígono e porção uretral distal para fora da pélvis e condicionando obstrução uretral e/ou ureteral. Um terço dos casos de POP de grau III ou IV apresenta um volume residual

pós-miccional significativo (superior a 100mL) e a sua presença pode condicionar uretero-hidronefrose bilateral que, quando não corrigida, origina insuficiência renal pós-renal^{1,7,8}, tal como nos casos descritos.

A prevalência de hidronefrose moderada a grave em casos de prolapso útero-vaginal está estimada em cerca de 4% e parece correlacionar-se, de forma direta, com o grau do prolapso^{1,7}.

O tratamento do prolapso urogenital está indicado no caso de prolapso avançado ou sintomático. A abordagem terapêutica pode passar por uma abordagem conservadora (com treino da musculatura do pavimento pélvico e reposição local de estrogénios), colocação de um pessário de silicone, ou por um tratamento cirúrgico. A decisão pela abordagem mais indicada deve ter em consideração a vontade e fatores inerentes à doente, tais como a idade, o grau do prolapso ou compartimentos prolapsados, comorbilidade médica ou cirúrgica e a intenção de preservar a função sexual^{5,6}. Micção obstruída, disfunção defecatória, erosões vaginais ou uretero-hidronefrose por angulação uretral são sempre indicações para tratamento, mesmo que possam ocorrer em mulheres pouco sintomáticas^{1,7-9}.

A colocação de pessário é a única intervenção não cirúrgica atualmente disponível para tratamento do

prolapso urogenital e consiste na colocação vaginal de um dispositivo que suporta as estruturas pélvicas^{5,6}. Apesar de existirem, a nível mundial, diferentes tipos de pessário, em Portugal o pessário em anel é o único disponível no mercado. Este dispositivo é adquirido na farmácia comunitária e colocado numa consulta de ginecologia, onde é assegurada uma vigilância regular, no sentido de excluir corrimento vaginal patológico, erosões vaginais, e promover sua substituição a cada 3 a 6 meses por um dispositivo esterilizado. O pessário surge como opção terapêutica razoável em mulheres idosas ou com comorbilidade que contraindique a cirurgia, ou como abordagem de intervalo, enquanto a doente aguarda a realização da cirurgia, ou ainda como abordagem terapêutica em mulheres que recusam uma intervenção cirúrgica⁵⁻⁷.

Por último, o tratamento cirúrgico estará indicado para mulheres com prolapso sintomático e recusa ou falência do tratamento conservador, mediante técnicas cirúrgicas e vias de abordagem diversas, cuja exploração ultrapassa o âmbito deste trabalho.

Nos casos reportados, o prolapso urogenital prolongado foi responsável por uretero-hidronefrose bilateral e alteração da função renal. Em ambos os casos foi possível, mediante uma intervenção mínima (a algáliação ou colocação de pessário vaginal) a correção da uretero-hidronefrose e a estabilização ou normalização da função renal.

Em conclusão, estes casos ilustram que em doentes idosas ou com más condições cirúrgicas, após uma história clínica e exame objetivo cuidadosos, é possível a normalização da função renal mediante uma abordagem conservadora do prolapso útero-vaginal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic Organ Prolapse. *Lancet* 2007;369:1027-1038.
2. Carroll A. Evaluation of Pelvic Organ Prolapse. *Postgrad Obstet Gynecol* 2012;32(9).
3. Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin No 85: Pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2007;110(3):717-729.
4. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, et al, for the Pelvic Floor Disorders Network. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *JAMA* 2008;300:1311-1316.
5. Trowbridge ER, Fenner DE. Conservative Management of Pelvic Organ Prolapse. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48:668-681.
6. Trowbridge ER, Fenner DE. Practicalities and Pitfalls of Pessaries in Older Women. *Clin Obstet Gynecol* 2007;50:709-719.
7. Wohlrab K, Pragana M. Pessaries for Pelvic Organ Prolapse. *Postgraduate Obstetrics & Gynecology*. 2013;33:21
8. Micha JP, Rettenmaier MA, Clark M, et al. Successful management of acute renal failure with a vaginal pessary: a case report. *Gynecol Surg* 2008;5:49-51.
9. Floyd MS, Casey RG, Bredin HC. Procidencia: a reversible cause of hydronephrosis in an 80-year-old woman. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:1179-1181.