



DRA. HARUSY BASTOS

SAÚDE DA MULHER

CIRURGIA VAGINAL · GUIA INFORMATIVO

Histerectomia vaginal com correção de prolapso

Tipos de prolapso, como é a cirurgia, quando o sling é indicado e como é a recuperação.

DRA. HARUSY RIBEIRO BASTOS

MÉDICA · CRM-GO 17.232 · SAÚDE DA MULHER

O que é

É a retirada do útero pela via vaginal associada à reconstrução do assoalho pélvico. Trata, em um único ato cirúrgico e sem corte no abdome, o prolapso do útero e os abaulamentos da bexiga (cistocele) e do reto (retocele). Quando há perda de urina ao esforço confirmada, o sling suburetral pode ser colocado na mesma cirurgia.

O que é o prolapso dos órgãos pélvicos

Prolapso uterino

Descida do útero pelo canal vaginal. Causa sensação de peso, pressão e, nos graus avançados, tecido exteriorizado.

Cistocele

Abaulamento da parede anterior da vagina pela bexiga. Pode causar jato urinário fraco, esvaziamento incompleto e infecções urinárias.

Retocele

Abaulamento da parede posterior pelo reto. Dificuldade para evacuar e necessidade de pressão manual são queixas comuns.

Prolapso de cúpula e enterocele

Descida do topo da vagina após histerectomia prévia, às vezes com alças intestinais, mais frequente nos prolapso combinados.

Graus de prolapso

Grau I

- O órgão desceu, mas permanece dentro da vagina.
- Sintomas leves ou ausentes.
- Tratamento conservador como primeira opção.

Grau II

- Atinge a entrada da vagina.
- Sintomas moderados.
- Cirurgia avaliada caso a caso.

Grau III

- Ultrapassa a entrada da vagina.
- Sintomas importantes, tecido visível.
- Cirurgia geralmente indicada.

Grau IV

- Prolapso total, fora da vagina.
- Pode causar complicações urinárias e intestinais.
- Cirurgia indicada.

Sintomas mais comuns

- Sensação de peso, pressão ou bola na vagina.
- Tecido que sai pela vagina, principalmente ao fim do dia.
- Dificuldade para urinar ou evacuar.
- Perda de urina ao esforço.
- Desconforto ou dor nas relações.
- Dor lombar ou pélvica.

Por que a via vaginal

- Sem incisão no abdome e sem cicatriz visível.
- Menos dor no pós-operatório e recuperação mais rápida em relação à via abdominal.
- Internação de 24 a 48 horas na maioria dos casos.
- Correção da cistocele, da retoccele e, quando indicado, da incontinência no mesmo ato.

Etapas da cirurgia

- I Anestesia**
Raquianestesia (regional) como padrão, com sedação leve. A paciente não sente dor durante o procedimento.
- 2 Histerectomia vaginal**
Incisão ao redor do colo do útero, liberação dos ligamentos, ligadura dos vasos e retirada do útero pelo canal vaginal.
- 3 Colporrafia anterior**
Reforço da parede vaginal da frente para devolver o suporte da bexiga. Quando há incontinência de esforço confirmada, o sling é colocado neste momento.
- 4 Colporrafia posterior**
Reconstrução da parede vaginal de trás, aproximação dos músculos do assoalho pélvico e do corpo perineal.
- 5 Fixação da cúpula**
Suspensão do topo da vagina aos ligamentos uterossacros, para reduzir o risco de prolapso de cúpula no futuro.

6 Alta hospitalar

Internação de 24 a 48 horas. Duração da cirurgia: 60 a 120 minutos, conforme os procedimentos associados.

Quando o sling é indicado

Com sling

- Perda de urina ao esforço confirmada no pré-operatório.
- Teste de esforço positivo no exame.
- Estudo urodinâmico compatível com incontinência de esforço.

Sem sling

- Ausência de incontinência associada.
- Prolapso isolado sem queixa urinária.
- Paciente que prefere corrigir o prolapso primeiro e reavaliar.

Incontinência oculta: em prolapsos avançados, o próprio prolapso pode obstruir a uretra e mascarar a perda de urina, que aparece depois da correção. O estudo urodinâmico com redução do prolapso ajuda a identificar esse risco antes da cirurgia.

Recuperação

1ª e 2ª semanas

- Repouso em casa.
- Higiene íntima cuidadosa.
- Sem esforço físico, agachamento ou peso.

3ª e 4ª semanas

- Retorno gradual às atividades leves.
- Abstinência sexual mantida.

4ª a 6ª semana

- Liberação para atividade física moderada e vida sexual, conforme avaliação.

2º e 3º meses

- Cicatrização vaginal completa e resultado consolidado.

Perguntas frequentes

O prolapso tem tratamento sem cirurgia?

Nos graus I e II, fisioterapia pélvica, exercícios de Kegel e pessário vaginal podem controlar os sintomas. Nos graus III e IV a cirurgia costuma ser necessária.

A cirurgia é definitiva?

Os resultados são duradouros, mas envelhecimento, obesidade, constipação e esforço repetido podem contribuir para recidiva ao longo dos anos. Manter peso saudável e tratar a constipação ajuda a preservar o resultado.

Vou perder a fertilidade?

Sim. A histerectomia encerra a possibilidade de gestação, por isso é indicada para quem não deseja mais engravidar. Em mulheres jovens com desejo reprodutivo existem técnicas de correção do prolapso que preservam o útero.

O sling resolve a incontinência?

Na maioria dos estudos, mais de 80% das mulheres têm cura ou melhora importante da perda de urina ao esforço, com resultado mantido no longo prazo. Nenhuma cirurgia garante resultado em todos os casos.

Terei cicatriz visível?

Não. Todo o procedimento é feito pela vagina.

Vou entrar na menopausa?

Não, se os ovários forem preservados, o que é a regra quando estão saudáveis.

Agende sua consulta

Clínica Materny

Rua 8E, Qd 44 Lt 05, Setor Garavelo Residencial Park,
Aparecida de Goiânia, GO

WhatsApp (62) 9 9136-5421

Instagram @draharusy

Site harusyginecologia.com.br

Este material tem caráter exclusivamente informativo e não substitui a consulta médica. O diagnóstico e a indicação de qualquer tratamento são individuais e definidos em avaliação com a médica. Material informativo elaborado pela Dra. Harusy Ribeiro Bastos, CRM-GO 17.232.