

Prolapso uterino neonatal: relato de dois casos clínicos em hospital universitário e uma breve revisão da literatura

Neonatal uterine prolapse: two cases reports in an university hospital and a brief review of the literature

Ana Luíza Pereira Saramago¹; Mariana Barbosa Paranhos¹; Camila Toffoli Ribeiro¹

Descritores

Prolapso uterino; Recém-nascido; Terapêutica

Keywords

Uterine prolapse; Newborn; Therapeutics

Submetido

16/04/2019

Aceito

27/05/2019

1. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente:

Ana Luíza Pereira Saramago
Rua Bernardo Cupertino,
705, ap. 902, 38400-444,
Uberlândia, MG, Brasil.
ana_saramago@yahoo.com.br

RESUMO

O prolapso genital neonatal é uma condição clínica rara e na maioria das vezes associada a anomalias neurológicas. Nos últimos 50 anos, foram relatados menos de 10 casos na literatura de prolapso genital em recém-nascido sem espinha bífida ou meningomielocele (nenhum deles no Brasil), tornando tal entidade ainda mais rara em neonatos neurologicamente normais. Neste artigo relatamos dois casos clínicos de prolapso genital em neonatos prematuros neurologicamente normais. Em ambos os casos foi optado por manejo conservador com redução digital do prolapso. Foi realizada também uma breve revisão da literatura para melhor discussão sobre o tema (etiologia, diagnóstico e manejo).

ABSTRACT

Neonatal genital prolapse is a rare clinical condition and most often associated with neurological abnormalities. In the last 50 years, less than 10 cases of genital prolapse have been reported in literature in neonates without spina bifida or meningomyelocele (none of them in Brazil), making this entity even rarer in neurologically normal neonates. In this article we report two clinical cases of genital prolapse in neurologically normal preterm neonates. In both cases, conservative management with digital reduction was chosen. A brief review of the literature was also carried out to better discuss the topic (etiology, diagnosis and management).

INTRODUÇÃO

O prolapso neonatal foi relatado pela primeira vez em 1723,⁽¹⁾ sendo considerado uma condição clínica rara e na maioria das vezes associada a anomalias neurológicas. Nos últimos 50 anos, foram relatados menos de 10 casos na literatura de prolapso genital em recém-nascido sem espinha bífida ou meningomielocele (nenhum deles no Brasil), tornando tal entidade ainda mais rara em neonatos neurologicamente normais.⁽²⁾ Existem diversas formas de manejo da condição, desde conduta expectante até conduta cirúrgica. Este artigo descreve dois casos de prolapso uterino neonatal em neonatos neurologicamente normais atendidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (com consentimento informado dos responsáveis legais) e traz uma breve revisão da literatura sobre o assunto.

CASO 1

Neonato nascido de gestante de 27 anos, G5 P0 A4, com idade gestacional de 27 semanas e 4 dias, por cesariana devida a quadro materno de pré-eclâmpsia grave e sinais de sofrimento fetal. Recém-nascido (RN) em apresentação pélvica, hipotônico e em apneia, Apgar 6 e 8 (em 1º e 5º minutos de vida, respectivamente); com necessidade de manobras de reanimação. Ao exame físico, apresentou-se com peso de 705 g, edema leve, fâcies atípica, flexão de membros; tecido subcutâneo reduzido. Avaliações cardiovascular, respiratória, abdominal, geniturinária e neurológica dentro da normalidade, ausência de espinha bífida ou outra anormalidade espinhal. Diagnósticos finais de prematuridade, restrição de crescimento intraútero (RCIU) e extremo baixo peso. Evoluiu durante a internação com herniação inguinal bilateral, sendo submetido à hernioplastia com 14 semanas de vida. Na 18ª semana de vida, foi observada a presença de massa rósea, edemaciada e interlabial, e foi solicitada avaliação da equipe de ginecologia, com diagnóstico de prolapso uterino, com extrusão de 2 cm do útero pelo introito vaginal (Figura 1). Optou-se por redução manual sob sedação. Foi aplicado gel de lidocaína localmente e realizada redução digital de útero prolapsado. Inserida sonda Foley nº 14 na cavidade vaginal e insuflada com 4 ml de água destilada. Foi mantida a sonda vaginal por sete dias, associado à aplicação tópica de estrogênio (estriol) diariamente por 15 dias. Foi retirada a sonda ambulatorialmente e mantida a observação clínica, sem recidiva do prolapso após dois meses (Figura 2).

CASO 2

Neonato nascido de gestante de 29 anos, G2 P0 A1, gestação gemelar dicoriônica, sendo o segundo gemelar, com idade gestacional de 28 semanas e 1 dia, por cesariana devida a quadro materno de pré-eclâmpsia grave e sinais de sofrimento fetal, com RCIU em ambos os fetos. RN em apresentação cefálica, Apgar 5 e 8 (em 1º e 5º minutos de vida, respectivamente), com necessidade de manobras de reanimação. Ao exame físico, apresentou-se com peso de 770 g, fâcies atípica, flexão de membros; tecido subcutâneo reduzido; presença de sopro sistólico suave à ausculta. Avaliações respiratória, abdominal, geniturinária e neurológica dentro da normalidade, ausência de espinha bífida ou outra anormalidade espinhal. Diagnósticos finais de gemelaridade, prematuridade e RCIU. Evoluiu no 5º dia de vida com enterocolite necrotizante e perfuração intestinal. Na 11ª semana de vida, foi observada a presença de massa rósea, edemaciada e interlabial e foi solicitada avaliação da equipe de ginecologia, com diagnóstico de prolapso uterino, com extrusão do colo uterino pelo introito vaginal (Figura 3). Optou-se por redução manual sob sedação. Foi aplicado gel de lidocaína localmente e realizada redução digital de útero prolapsado. Foi inserida sonda Foley nº 8 na cavidade vaginal, insuflada com 4 ml de água destila-



Figura 1. Prolapso uterino neonatal



Figura 2. Evolução após dois meses

da. Foi mantida a sonda vaginal por 15 dias, associada à aplicação tópica de estrogênio (estriol). Foi retirada a sonda ambulatorialmente e mantida a observação clínica, sem recidiva do prolapso após um ano (Figura 4).

DISCUSSÃO E REVISÃO DA LITERATURA

A etiologia do prolapso uterino neonatal parece ser multifatorial. Em 82% a 86% dos casos, está associado a anomalias da medula espinhal, responsáveis pela interrupção da inervação dos músculos do assoalho pélvico.^(1,3) Outros fatores foram descritos, como aumento da pressão intra-abdominal durante o trabalho de parto prolongado, trauma obstétrico, malformações do esqueleto pélvico e prematuridade.^(4,5) É notável, a partir da literatura disponível, que esses fetos costumam apresentar-se em posição pélvica, tendo sido documentado, inclusive, que os pélvicos diferem neurologicamente de seus homólogos cefálicos.⁽⁶⁾ Esse fato também foi observado no caso 1. Apesar de o prolapso genital ser usualmente observado imediatamente após o parto, com a possibilidade de que o evento etiológico ocorra durante período pré-natal,⁽⁷⁾ observamos o surgimento do prolapso genital com 18 e 11 semanas de vida (caso 1 e caso 2, respectivamente) e, apesar de um dos RNs ter apresentação pélvica, as gestantes em questão não entraram em trabalho de parto, afastando a possibilidade etiológica de trabalho de parto prolongado.



Figura 3. Prolapso uterino neonatal



Figura 4. Evolução após quatro meses

O conhecimento básico da anatomia funcional do assoalho pélvico é inerente à compreensão do prolapso. A pelve é composta por dois ossos inominados anterior e lateralmente, e pelo sacro e cóccix posteriormente. A base é constituída pelos músculos levantadores do ânus e coccígeos e pela fásia pélvica. O suporte muscular consiste nos músculos isquiococcígeo, iliococcígeo e pubococcígeo, que se originam da coluna vertebral e dos ossos da pelve. Eles são inseridos no cóccix e na rafe anococcígea, e inervados pelo ramo perineal do quarto nervo sacral e por ramos dos nervos retal inferior e perineal.⁽⁸⁾ Normalmente, quaisquer elevações na pressão intra-abdominal como espirros, risos ou tosse são contrapostas por contrações dos músculos do assoalho pélvico. Se esses nervos ou seus componentes da medula espinhal são defeituosos por causa de mielodisplasia, anomalias ou traumas na segmentação lombossacra, a paralisia flácida do assoalho pélvico permite protusões descendentes de vísceras pélvicas. Nos RNs, isso é manifestado por uma fenda interglútea mal desenvolvida e um abaulamento do períneo que é acentuado pelo choro ou esforço. Em casos graves, até mesmo o prolapso retal pode estar presente.⁽⁸⁾

Uma camada de fásia também fica disposta entre o assoalho muscular e o peritônio pélvico, formando um tecido areolar solto circundando as vísceras pélvicas. Condensações desses ligamentos formam os ligamen-

tos de suporte das vísceras (por exemplo, os ligamentos redondos, cardinais e uterossacros). A falha no desenvolvimento desses ligamentos de suporte por meio da denervação ou trauma obstétrico também levará a prolapsos genitais.⁽⁸⁾ Assim, o prolapso uterino congênito, que geralmente resulta da fraqueza do suporte muscular pélvico e dos ligamentos, pode ser secundário à fraqueza congênita da musculatura pélvica e/ou aos defeitos na inervação.⁽⁹⁾

Ainda em relação a etiologia e fatores de risco, a desnutrição como causa de fraqueza muscular, combinada com o aumento da pressão intra-abdominal, vem sendo apontada desde 1917 como fator de risco para o prolapso genital,⁽¹⁰⁾ e a associação entre prematuridade e desnutrição crônica intraútero, como observado na RCIU, foi ressaltada por outros autores.⁽¹¹⁾

Um caso semelhante aos nossos foi relatado por McGlone e Patole,⁽⁵⁾ em que um RN pré-termo, com RCIU por pré-eclâmpsia grave materna, apresentou diagnóstico de prolapso genital após 14 semanas de nascimento, sem anomalia do sistema nervoso central (SNC) associada. Desse modo, podemos descrever como fatores de risco significantes, nos três casos – os nossos e o de McGlone e Patole⁽⁵⁾ –, a prematuridade e a provável desnutrição decorrente da RCIU, que levaram ao extremo baixo peso ao nascimento.

O diagnóstico do prolapso neonatal é clínico, com visualização de uma massa vermelha ou protuberância através da abertura vaginal.⁽¹²⁾ O orifício externo cervical geralmente é visto no final da massa do prolapso e o orifício uretral costuma ser normal; o prolapso retal pode estar associado.^(12,13) O diagnóstico diferencial de massa interlabial durante o período neonatal inclui pólipos vaginais, prolapso uretral, cistos parauretrais e rabiomiossarcoma. Os pólipos cervicais e vaginais são autolimitados, com regressão espontânea; são caracterizados pela ausência de orifício cervical e ultrassonografia pélvica ou tomografia computadorizada (TC) normais. O prolapso uretral e os cistos parauretrais apresentam principalmente sintomas urinários, introito vaginal normal e ressonância magnética, TC e uretroscopia normais. O rabiomiossarcoma, conhecido como sarcoma botriode, é o diagnóstico diferencial mais temido. É caracterizado por massa lobulada carnuda com áreas de hemorragia e necrose, falha na redução da massa e ausência de malformações neurológicas associadas; o diagnóstico é confirmado por biópsia de tecido.⁽¹²⁾

São descritos dois tipos distintos de prolapso neonatal, com o objetivo de orientar o tratamento e o aconselhamento. O tipo 1 corresponde a 77% dos casos, com a maioria dos neonatos nascidos em apresentação cefálica; é associado a defeitos do tubo neural (principalmente espinha bífida com meningocele ou mielomeningocele), com necessidade de procedimentos de redução mais complexos, além da importância do reparo cirúrgico do defeito neurológico para a prevenção de recidivas.

Já o tipo 2 corresponde a 23% dos casos e ocorre em RNs neurologicamente normais, a maioria em apresentação pélvica. A redução digital simples geralmente é suficiente para a resolução.⁽²⁾

O tratamento do prolapso varia desde uma conduta expectante até uma conduta cirúrgica.⁽¹⁴⁾ McGlone e Patole⁽⁵⁾ optaram pelo tratamento conservador e aguardaram ganho de peso em RN pré-termo e com RCIU, evoluindo com resolução espontânea completa do prolapso com 28 semanas de idade. Já Cheng *et al.*⁽⁷⁾ adotaram conduta conservadora medicamentosa, com aplicação tópica de estrogênio, e observaram regressão espontânea do quadro. No entanto, é bem descrito na literatura que o tratamento precoce é importante para prevenir lesões e metaplasia do revestimento endometrial por exposição prolongada, o que poderia afetar futuramente a fertilidade.⁽⁹⁾ Ainda, a massa prolapsada pode apresentar risco de inflamação e infecção, portanto a redução imediata é geralmente aceita.

Diferentes técnicas de tratamento conservador têm sido descritas, como inserção de tampão vaginal feito de gaze revestido com antisséptico, uso de pessário com dreno de penrose⁽¹⁵⁾ e pessário com uso de borracha de mamadeira ou cateter de Foley.^(3,16)

Entre as modalidades de tratamento cirúrgico, podemos ressaltar a fusão labial temporária, apresentada por Ajabor e Okojie, em 1976,⁽¹⁷⁾ na qual solução salina hipertônica foi usada para reduzir o edema, com posterior fusão parcial dos lábios com sutura mantida por duas semanas, com resolução total.⁽¹⁷⁾ Outros autores realizaram fusão labial temporária com bandagem de crepe do abdômen inferior ao terço inferior das pernas,⁽⁹⁾ ou com sutura única dos grandes lábios, mantida por dois meses.⁽¹⁸⁾ Existe ainda o método de Baskaran *et al.*,⁽¹⁹⁾ que consiste em sutura em bolsa vaginal, para estreitar o canal vaginal após a redução digital do prolapso.^(14,19) Outra opção é a associação da redução digital sob sedação com cateterização vesical e bandagem de crepe, aplicada em modo sereia nos membros inferiores (estendendo-se desde as nádegas até a parte inferior das pernas, poupando o ânus para a evacuação), com remoção após 72 horas.⁽⁹⁾

Assim como outros autores,^(2,20,21) nós também obtivemos sucesso com a redução digital manual. Porém, em vez de aguardarmos a falha de redução⁽²¹⁾ ou inserção de tampão vaginal pós-redução,⁽²⁾ optamos pela imediata inserção de sonda de Foley via vaginal, conforme descrito por Abdelsalam *et al.*,⁽³⁾ e a manutenção dela por 15 dias no caso 2 e por sete dias no caso 1 – uma semana a menos do que o relatado por Abdelsalam *et al.*⁽³⁾ –, associado à aplicação tópica de estriol diariamente por 15 dias, já que antibióticos ou cremes de estrogênio podem ser utilizados para conseguir maior proteção vaginal.^(22,23)

Em geral, o manejo conservador tem taxa de sucesso de mais de 90%, embora ainda não seja possível determinar o resultado em longo prazo.⁽⁹⁾ Já os tratamentos cirúrgicos mais invasivos são excepcionais, podendo

consistir em cervicopexia sacral ou ventrossuspensão.⁽²⁴⁾ Outras técnicas como histerectomia ou amputação cervical foram descritas anteriormente, mas não devem mais ser realizadas. A evolução é geralmente favorável quando o prolapso genital está isolado.⁽²⁴⁾ Nos neonatos com espinha bífida, existe alta taxa de recorrência até que o defeito da coluna vertebral seja reparado cirurgicamente e o tônus dos músculos elevadores do ânus melhore.

CONCLUSÃO

O prolapso genital é uma entidade excepcional em RNs. É mais frequentemente associado a anomalias do SNC. O tratamento é conservador na maioria dos casos e o prognóstico geralmente é favorável. Em neonatos neurologicamente anormais (presença de espinha bífida e meningomielocelo), existe uma chance aumentada de recidiva após a conduta conservadora e às vezes são necessários tratamentos mais invasivos. Além disso, não podemos nos esquecer da importância da subnutrição *in utero* (como em casos de RCIU) e da prematuridade, cada vez mais frequentes em nosso meio, como fatores de risco para o surgimento do prolapso genital neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Noyes I. Uterine prolapse associated with spina bifida in the newborn, with report of a case. *Am J Obstet Gynecol.* 1927;13(2):209-13. doi: 10.1016/S0002-9378(27)90514-6
2. Henn EW, Juul L, van Rensburg K. Pelvic organ prolapse in the neonate: report of two cases and review of the literature. *Int Urogynecol J.* 2015;26(4):613-5. doi: 10.1007/s00192-014-2539-y
3. Abdelsalam SE, Desouki NM, Abd alaal NA. Use of Foley catheter for management of neonatal genital prolapse: case report and review of the literature. *J Pediatr Surg.* 2006;41(2):449-52. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2005.11.031
4. Lockwood G, Durkee C, Groth T. Genital prolapse causing urinary obstruction and hydronephrosis in a neonate: a case and review of the literature. *J Neonatal Surg.* 2012;1(3):39.
5. McGlone L, Patole S. Neonatal genital prolapse. *J Paediatr Child Health.* 2004;40(3):156-7. doi: 10.1111/j.1440-1754.2004.00321.x
6. Kean LH, Suwanrath C, Gargari SS, Sahota DS, James DK. A comparison of fetal behaviour in breech and cephalic presentations at term. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106(11):1209-13. doi: 10.1111/j.1471-0528.1999.tb08150.x
7. Cheng PJ, Shaw SW, Cheuh HY, Soong YK. Prenatal diagnosis of fetal genital prolapse. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;26(2):204-6. doi: 10.1002/uog.1960
8. Loret de Mola JR, Carpenter SE. Management of genital prolapse in neonates and young women. *Obstet Gynecol Surv.* 1996;51(4):253-60.
9. Hyginus EO, John CO. Congenital uterovaginal prolapse present at birth. *J Surg Tech Case Rep.* 2013;5(2):89-91. doi: 10.4103/2006-8808.128741
10. Findley P. Prolapse of the uterus in nulliparous women. *Am J Obstet Dis Women Child.* 1917;75(1):12-21.
11. Bader D, Davidovitch M, Berger A. Genital prolapse in a preterm female infant. *J Perinatol.* 1993;13(2):159-61.
12. Porges RF. Neonatal genital prolapse. *Pediatrics.* 1993;91(4):853-4.
13. Fraser RD. A case of genital prolapse in a newborn baby. *Br Med J.* 1961;1(5231):1011-2. doi: 10.1136/bmj.1.5231.1011
14. Saksono S, Maulidyan A. Neonatal genital prolapse: a case report. *J Pediatr Surg Case Rep.* 2015;3(4):176-8. doi: 10.1016/j.epsc.2015.02.013

15. Dixon RE, Acosta AA, Young RL. Penrose pessary management of neonatal genital prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 1974;119(6):855-7. doi: 10.1016/0002-9378(74)90104-5
16. Carpenter SE, Rock JA. Procidencia in the newborn. *Int J Gynaecol Obstet.* 1987;25(2):151-3. doi: 10.1016/0020-7292(87)90010-5
17. Ajabor LN, Okojie SE. Genital prolapse in the newborn. *Int Surg.* 1976;61(9):496-7.
18. Fathi K, Pinter A. Semiconservative management of neonatal vaginal prolapsed. *J Pediatr Surg Spec.* 2014;8(3).
19. Baskaran D, Mohan P, Nazeeb. Purse string suturing in a neonatal prolapsed uterus. *Indian J Surg.* 2012;74(2):143-5. doi: 10.1007/s12262-011-0361-z
20. Saha DK, Hasan KM, Rahman SM, Majumder SK, Zahid MK, Chakraborty AK, et al. Neonatal uterine prolapse – a case report. *Mymensingh Med J.* 2014;23(2):401-5.
21. Zhiri H, Fatih B, Harou K, Aboufalah A, Asmouki H, Soummani A. [Neonatal genital prolapse: an exceptional entity (about a case)]. *Pan Afr Med J.* 2016;25:153. doi: 10.11604/pamj.2016.25.153.9853. French.
22. Johnson A, Unger SW, Rodgers BM. Uterine prolapse in the neonate. *J Pediatr Surg.* 1984;19(2):210-1. doi: 10.1016/S0022-3468(84)80456-X
23. Shuwarger D, Young RL. Management of neonatal genital prolapse: case reports and historic review. *Obstet Gynecol.* 1985;66(3 Suppl):61S-63S.
24. Baniaghbal B, Fonseca J. Surgical management of uterine prolapse in an infant. *Eur J Pediatr Surg.* 1998;8(2):119-20. doi: 10.1055/s-2008-1071137