

Dashboard Médico

Fixação de Cúpula Vaginal por Via Vaginal

DURAÇÃO

45-90
min

TIPO DE ANESTESIA

Raqui/Geral

INTERNAÇÃO

12-24h

TAXA DE SUCESSO

80-90%

✓ Indicações Principais

Prolapso de cúpula vaginal pós-histerectomia

Prolapso uterovaginal completo (graus III-IV)

Defeito apical isolado ou predominante

Recidiva após cirurgias prévias

Paciente idosa com comorbidades

Contraindicação para cirurgia abdominal

Preferência por via vaginal

Associação com correção de defeitos



Vantagens da Via Vaginal

Menor trauma cirúrgico e invasividade

Recuperação mais rápida e confortável

Ideal para pacientes idosas e frágeis

Menor risco anestésico

Ausência de incisões abdominais

Menor tempo de internação

Correção simultânea de defeitos vaginais

Preservação do comprimento vaginal



Contraindicações Relativas

Vagina curta ou estreita (< 6cm)

Atividade sexual regular em jovens

Ligamentos sacrospinhosos não palpáveis

Cicatrizes vaginais extensas

Anatomia pélvica muito distorcida

Necessidade de outros procedimentos abdominais

Como é Realizada a Cirurgia

1. Preparação e Posicionamento:

Anestesia raquidiana ou geral, posição ginecológica, sondagem vesical, antissepsia e exposição vaginal adequada com afastadores.

2. Incisão e Exposição:

Incisão posterior na cúpula vaginal, dissecação do espaço retovaginal e exposição do ligamento sacrospinhoso direito ou bilateral.

3. Identificação do Ligamento:

Palpação e identificação do ligamento sacrospinhoso, localização da espinha ciática como referência anatômica, proteção do nervo pudendo.

4. Colocação das Suturas:

Passagem de suturas não absorvíveis através do ligamento sacrospinhoso, 2-3cm medialmente à espinha ciática, evitando estruturas neurovasculares.

5. Fixação da Cúpula:

Fixação da cúpula vaginal ao ligamento com tensão adequada, sem compressão excessiva que comprometa a vascularização.

6. Procedimentos Associados:

Correção simultânea de cistocele, retocele ou defeitos de parede vaginal conforme indicação clínica.

7. Finalização:

Fechamento da incisão vaginal, revisão hemostática, colocação de tampão vaginal e orientações pós-operatórias.

Timeline da Cirurgia

Preparação

Anestesia e posicionamento da paciente

0h

Exposição

Exposição vaginal e incisão posterior

10min

Dissecção

Dissecção do espaço retovaginal

20min

Identificação

Localização do ligamento sacrospinoso

30min

Fixação

Colocação de suturas e fixação da cúpula

45-70min

Correções Associadas

Correção de defeitos vaginais se necessário

60-80min

Finalização

Fechamento e tampão vaginal

90min

Taxa de Sucesso e Resultados

Sucesso Anatômico (POP-Q ≤ 1)

85%

Sucesso Subjetivo (Ausência de Sintomas)

88%

Melhora da Qualidade de Vida

92%

Preservação da Função Sexual

76%

Satisfação da Paciente

89%

Durabilidade em 5 anos

72%

Limitações da Via Vaginal: Embora seja menos invasiva, a fixação vaginal apresenta durabilidade inferior à sacrocolpopexia abdominal, com maior taxa de recidiva a longo prazo, especialmente em pacientes jovens e ativas.

Cuidados Pós-Operatórios



Tampão Vaginal

Remoção do tampão em 24-48h.
Observar sangramento e sinais de hematoma vaginal



Sondagem Vesical

Sonda vesical por 12-24h. Teste de micção espontânea antes da alta hospitalar



Mobilização

Deambulação precoce em 6-12h.
Exercícios respiratórios e movimentação gradual



Medicações

Analgésicos, antibióticos se indicado.
Laxantes para evitar constipação e esforço evacuatório



Restrições

Repouso pélvico por 6 semanas. Evitar esforços, carregar peso > 5kg.
Atividade sexual após 6-8 semanas



Seguimento

Retorno em 1 semana, 6 semanas, 3 meses e anualmente. Exame ginecológico com POP-Q

⚠ Sinais de Alerta

Procure atendimento médico imediato se apresentar:

Febre persistente acima de 38°C

Sangramento vaginal intenso

Dor pélvica intensa que piora

Dor glútea intensa (lesão do nervo pudendo)

Impossibilidade de urinar

Sinais de infecção vaginal

Massa ou abaulamento vaginal

Dor na perna ou ciatalgia

Técnicas de Fixação Vaginal

Fixação Sacrospinhosa Unilateral

Técnica clássica com fixação apenas do lado direito. Mais rápida e simples, adequada para a maioria dos casos com boa sustentação.

Fixação Sacrospinhosa Bilateral

Fixação em ambos os ligamentos. Oferece melhor suporte, especialmente para defeitos grandes ou recidivados. Maior tempo cirúrgico.

Fixação Iliococcígea

Alternativa quando o ligamento sacrospinhoso não é acessível. Fixação à fáscia do músculo iliococcígeo.

Técnica de McCall

Plicatura dos ligamentos uterossacrais. Pode ser combinada com outras

Fixação com Tela

Uso de tela de polipropileno para reforço. Maior durabilidade, mas risco

Colpocleise

Fechamento vaginal para pacientes idosas sem atividade sexual. Taxa de

técnicas. Ideal para defeitos menores.

de erosão e complicações relacionadas à tela.

sucesso > 95%, mas elimina função sexual.