

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA SÍNDROME DE MAYER - ROKITANSKY - KUSTER- HAUSER

THE PHYSIOTHERAPY PRACTICE IN MAYER - ROKITANSKY - KUSTER - HAUSER SYNDROME

Flavia Maria Campos de Abreu¹
Bárbara Querem Hapuque da Silva Linhares²

RESUMO: **Introdução:** A síndrome de Mayer – Rokitansky – Kuster – Hauser atinge 1 em cada 4.500 - 5.000 nascidos vivos do sexo feminino, é caracterizada por uma aplasia dos dois terços superiores da vagina associado a uma série anomalias uterinas, as pacientes possuem cariótipo feminino normal (46XX), ovários funcionantes e características sexuais externas típicas da idade. O tratamento consiste na criação de uma neovagina, podendo ser por método cruento ou incruento, mesmo após a criação da neovagina algumas disfunções sexuais podem estar presentes como: dispaurenia, anorgasmia, dor pélvica entre outros. Método: Foi realizado uma busca na base de dados da SciELO, LILACS, PUBMED e Google Acadêmico sendo selecionados artigos com relevância para o objetivo da pesquisa. Objetivo: identificar o papel da fisioterapia no tratamento da síndrome em questão, tanto na criação da neovagina, como nas disfunções sexuais que podem estar presentes. Conclusão: Os sinais presentes nas pacientes portadoras da síndrome são semelhantes às disfunções sexuais já tratadas na fisioterapia, contudo são necessárias pesquisas que expressem a intervenção fisioterapêutica nesse público.

Palavras-chave: Agenesia vaginal. Amenorreia primária. Dispaurenia. Fisioterapia.

ABSTRACT: **Introduction:** Mayer - Rokitansky - Kuster - Hauser syndrome affects 1 in 4,500-5,000 female live births, characterized by aplasia of the upper two thirds of the vagina associated with a series of uterine anomalies, patients have normal female karyotypes (46XX), functioning ovaries and external sexual characteristics typical of age. The treatment consists in the creation of a neovagina, it can be by bloody or bloodless method, even after the creation of neovagina some sexual dysfunctions may be present as: dispaurenia, anorgasmia, pelvic pain among others. Method: A search was carried out

¹Fisioterapeuta especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), Mestre em Ciência da Motricidade Humana, Autora dos livros "Fisioterapia em Gerontologia Clínica (Atheneu, 2021) e "Fisioterapia Geriátrica, (Shape, 2007)". Especialista em Fisiologia do Exercício na Saúde, na doença e no envelhecimento, Acupuntura e Método Busquet.

²Fisioterapeuta Pós -Graduada em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica.

in the database of SciELO, LILACS, PUBMED and Google Scholar, selecting articles with relevance to the research objective. Objective: To identify the role of physical therapy in the treatment of the syndrome in the creation of neovagina, as well as in the sexual dysfunctions that may be present. Conclusion: The signs present in the patients with the syndrome are similar to the sexual dysfunctions already treated in physical therapy, however research is needed to express the physiotherapeutic intervention in this public.

Keywords: Vaginal agenesis. Primary amenorrhea. Dyspareunia. Physiotherapy.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Mayer - Rokitansky - Kuster - Hauser consiste em uma má formação congênita caracterizada pela ausência dos dois terços superiores da vagina associado a um amplo espectro de anomalias uterinas e tubárias, onde pode ocorrer aplasia ou hipoplasia dessas estruturas. Em alguns casos há remanescentes uterinos que podem estar acompanhados de tecido endometrial. O terço inferior que pode ou não estar presente consiste em uma fosseta vaginal que chega até seis centímetros^{1,2}.

Trata-se de uma síndrome relativamente rara que atinge 1 em cada 4.500 - 5.000 recém nascidos vivos do sexo feminino, é consequência de um comprometimento dos ductos Müllerianos durante o desenvolvimento embrionário, pode gerar diversas variações anatômicas que chega a caracterizar total aplasia de estruturas do sistema reprodutor feminino, entre essas anomalias a mais presente é a agenesia vaginal³.

A real causa do comprometimento dos ductos müllerianos é considerada ainda idiopática, podendo ter relação genética².

A síndrome apresenta três variações que são classificadas de acordo com as estruturas comprometidas².

A síndrome típica, tipo I , é caracterizada por alterações restritas ao sistema reprodutor; A segunda, tipo II, atípica, é representada por estruturas uterinas hipoplásicas e assimétricas, associada à má formações tubares, essa forma pode estar acompanhada de patologias ovarianas, comprometimentos renais, ósseos e otológicas congênitas; um terceiro tipo denominado MURCS (Mullerian duct aplasia Renaldysplasia and Cervical Somite Anomalies), envolve hipoplasia ou aplasia uterovaginal, alterações renais, comprometimentos ósseos, má formações cardíacas e compõe a forma mais severa e

prevalente da patologia^{2,4}.

As portadoras apresentam cariótipo feminino normal (46 XX), ovários funcionantes, desenvolvimento das características sexuais secundárias na idade adequada, secreção de hormônios e ovulações normais. A descoberta da patologia ocorre por volta dos 16 anos quando a paciente procura atendimento médico com queixa de amenorreia primária, ou na tentativa frustrada/dificultada de manter relações sexuais^{1,5}.

O tratamento consiste na criação de um canal vaginal onde seja possível manter uma vida sexual ativa e saudável^{4,6}. A criação da neovagina deve ser proposta somente quando a paciente tiver intenção de iniciar vida sexual⁷.

Existem dois métodos de tratamento o conservado e o cirúrgico¹. O tratamento conservador denominado "método de Frank" é considerado tratamento de primeira linha e consiste na dilatação do canal vaginal através da introdução de moldes vaginais rígidos na fossa vaginal, que aumentam progressivamente de tamanho e espessura conforme o desenvolvimento da neovagina¹. O tratamento cirúrgico deve ser indicado a pacientes que não tenham sucesso na dilatação progressiva, ou quando o tamanho da concavidade presente não permita a realização das manobras necessárias para o tratamento incruento^{1,8}.

805

Várias técnicas foram criadas até os dias de hoje, não havendo concordância acerca de qual seja a melhor opção, observa-se a experiência da equipe cirúrgica para escolha do método mais adequado¹.

A fisioterapia tem ganhado espaço na equipe multidisciplinar voltada ao tratamento das disfunções sexuais femininas⁹. Os principais problemas presentes nesse público envolvem dispaurenia, ou seja, dor durante a relação sexual, a anorgasmia (Ausência de Orgasmo) e o vaginismo, que se apresenta como a dificuldade ou impossibilidade de penetração vaginal devido à intensa contração da musculatura vaginal^{8,9,10}.

Os melhores tratamentos fisioterapêuticos existentes consistem em exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica como por exemplo os exercícios de Kegel, eletroterapia e a terapia manual que se apresenta com grande variedade de técnicas como massagem vulvar, pressão digital, liberação da musculatura pélvica, alongamento

muscular passivo entre outras, Sendo assim a fisioterapia tem como objetivo reduzir as queixas das pacientes e proporcionar a elas uma melhor qualidade de vida^{9,10,11}.

O objetivo desse trabalho foi identificar o papel da fisioterapia no tratamento das portadoras da Síndrome de Mayer - Rokitansky - Kuster - Hauser, não somente na criação da neovagina, como também em proporcionar a essas mulheres uma vida sexual saudável e satisfatória levando em conta as particularidades anatômicas, aspectos sociais e psicológicos.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada por meio de uma pesquisa na base de dados da SciELO, LILACS, PUBMED e Google Acadêmico. Inicialmente para seleção dos artigos foram utilizados os termos: Agenesia Vaginal, Síndrome de Mayer - Rokitansky - Kuster- Hauser, Fisioterapia, neovagina, método de Frank e disfunções sexuais.

Os artigos foram selecionados primeiramente pelo título e o resumo, sendo incluídos os que possuíam informações relevantes para o objetivo do trabalho.

DISCUSSÃO

A síndrome de Mayer - Rokitansky- Kuster - Hauser, é caracterizada por uma aplasia congênita do útero e de dois terços superiores da vagina, sua apresentação clínica típica é a ausência de menarca com caracteres sexuais externos adequados para a idade sem sinais de virilização¹⁴. Impossibilidade de coito ou dispaurenia também estão presentes, o exame físico pode detectar ausência do canal vaginal ou encurtamento da vagina⁴.

O tratamento anatômico indicado consiste na criação de uma neovagina onde seja possível uma vida sexual saudável¹. Diversas discussões na área médica têm resultado em um amplo espectro de medidas terapêuticas na agenesia vaginal, podendo ser cirúrgico ou conservador¹³.

A American Congress Obstetricians Gynecologists (ACOG) considera a opção incruenta de dilatação vaginal como tratamento de primeira linha². Esse tratamento foi descrito por Frank em 1938¹². Frank observou a facilidade de se obter túnel por dissecação digital, impetrou que devido à elasticidade da mucosa do introito vaginal seria possível criar uma vagina por meio da técnica de aplicação de pressão do septo entre a vagina e o reto com tubo de vidro. Atualmente utilizam-se moldes vaginais de acrílico¹².

O protocolo proposto por Frank consiste na realização de exercícios diários com molde rígido, onde a paciente exercerá uma pressão no sentido cranial do introito vaginal até o ponto de desconforto sem dor, os exercícios são realizados de uma a duas vezes por dia por um período de 15 minutos¹².

A técnica conservadora apresenta vantagens em relação ao procedimento cruento, visto que envolve mínimas complicações, não havendo alto risco de infecções, tem-se ainda o fato de ser um tratamento de baixo custo e com alto índice de sucesso, em contrapartida os resultados são alcançados lentamente o que resulta em um grande número de desistência durante o tratamento devido a fatores sociais e psicológicos envolvidos no processo^{1,2,12}.

O tratamento cirúrgico só deve ser considerado quando houver falha do método de Frank ou em casos de agenesia total da vagina, é importante ressaltar que a motivação da paciente e sua saúde psicológica terá relação com os resultados, dessa forma pode se considerar uma opção o tratamento cruento em casos onde a paciente apresente aversão ao tratamento conservador^{1,2}.

Atualmente as técnicas cirúrgicas mais usadas são: operação de MC Indoe, Operação de Wartho – Sheares – Gerorge, Operação Vecchieti, Colpoplastia Sigmóide, sendo considerado a experiência do cirurgião para escolha do melhor método, cada uma apresenta vantagens e desvantagens se comparada com a outra¹.

Independente da técnica utilizada a paciente deve ser informada que a neovagina cirúrgica implica também na utilização de moldes vaginais no pós operatório para manter uma vagina funcionante¹².

Pacientes que realizaram vaginoplastia e utilizaram dilatadores vaginais, apresentam maior dificuldade em manter lubrificação adequada até o fim da relação sexual, o que gera dor durante a penetração (dispaurenia) e conseqüentemente dificuldade em alcançar o orgasmo⁸.

Esses sinais presentes nas portadoras da síndrome se qualificam como disfunção sexual, é importante ressaltar que uma função sexual adequada é um fator relevante de satisfação e qualidade de vida, logo a fisioterapia pode atuar no tratamento através do uso de técnicas para resolução desses sintomas¹¹.

Para o tratamento da dispaurenia existem as técnicas de dessensibilização do tecido e terapia manual⁹.

A fisioterapia indica exercícios de dessensibilização nos casos de vaginismo e dispaurenia, por meio de manobras miofasciais (digitopressão e ou deslizamento) nas regiões de pontos – gatilho, procura-se relaxar a MAP para facilitar a penetração⁹.

As técnicas de terapia manual são aplicadas na vulva e na pelve, tendo como objetiva uma melhor satisfação sexual, pois ela proporcionará um aumento do metabolismo local, vasodilatação e conseqüente aumento do fluxo sanguíneo, pode ser observado também como resultado uma melhora na dor e aumento da flexibilidade do introito vaginal^{8,9}.

Na anorgasmia o tratamento consiste em exercícios que fortaleçam a MAP, proporcionando assim uma melhor conscientização corporal, pois com a hipertrofia da musculatura que se insere no corpo cavernoso do clitóris, haverá uma otimização na resposta da contração involuntária durante os orgasmos⁸. Esse fortalecimento pode ser alcançado através de algumas técnicas, como os exercícios de Kegel que consiste em exercícios de contração e relaxamento da musculatura pélvica havendo variações de series e repetições conforme progressão do tratamento, esses exercícios podem ser otimizados se associados ao biofeedback, recurso que desenvolve melhor percepção e controle voluntário dos músculos do assoalho pélvico^{8,9,10,11}.

Para fortalecimento e melhora da percepção da MAP existe também a eletroestimulação que consiste na colocação intravaginal de um dispositivo de

aproximadamente 7 cm de comprimento e 2,5 com de diâmetro com frequência de 10 a 50hz, o qual promove estímulos elétricos na região pudenda⁹. Essa técnica é muito eficaz na conscientização do assoalho pélvico e reforço muscular, fatores que contribuem no tratamento da anorgasmia^{9,10}.

As pacientes submetidas à Vaginoplastia ou dilatação vaginal podem desenvolver a dor pélvica crônica, também decorrente de alterações musculares do assoalho pélvico ou fatores anatômicos como a agenesia vaginal. A terapia manual foi considerada a melhor técnica fisioterapêutica para tratamento⁸.

CONCLUSÃO

Não foram encontrados na literatura estudos que expressem o papel da fisioterapia no tratamento da síndrome de Mayer- Rokitansky -Kuster -Hauser, entre tanto foi observado que existe eficácia relevante no tratamento das disfunções sexuais femininas que se assemelham aos sinais presentes na paciente submetida à criação da neovagina, Porém são necessários estudos que comprovem os benefícios da intervenção fisioterapêutica nesse público.

REFERÊNCIAS

1. SOUSA S, Silva C, Rodrigues C, Leite H, Geraldês F, Águas F. Abordagem diagnóstica e terapêutica na síndrome de Mayer - Rokitansky - Küster - Hauser, Acta Obstet Ginecol Port. 2014.
2. REZENDE DF, Filho AVR, Oliveira GN, Mourão HA, Neto JMP, Sampaio PRL; Síndrome de Mayer - Rokitansky- Küster-Hauser: uma revisão da literatura. Revista de medicina e saúde de Brasília. 2013.
3. COUTINHO IM. Síndrome de Mayer - Rokitansky- Küster - Hauser descrição de um caso Clínico. Artigo tipo case report. Mestrado integrado em medicina.
4. GUTSCHE RM, Chagas LA, Leal R, Cunha AL, Djahjah MCR. Síndrome de Mayer - Rokitansky - Küster - Hauser: relato de caso e revisão de literatura. Radio Bras. Mai/Jun 2011.

5. SCHMIDT, AP, Camargo SFM, Vilodre C, Camargo R, Sória F. Simplificando a neovaginoplastia na síndrome de Mayer – Rokitansky – Küster – Hauser, Revista da AMRIGS. Porto Alegre. out-dez 2011.
6. BEREK JS, Novark ER, Berek e Novark. Tratado de Ginecologia. 14° ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooan. 2008.
7. MORCEL K, Camborieux L, Guerrier D. Mayer – Rokitansky – Küster – Hauser (MRKH) syndrome. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2007: 2(13):1-9.
8. FREITA TEF, Andrade LCC, Ferreira LA. O papel da fisioterapia no pós- operatório de neovaginoplastia, Revista SOGIA-BR. 2015.
9. DELGADO AM, Ferreira ISV, Sousa MA. Recursos Fisioterapeúticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. Revista científica da escola da saúde UP. 2013.
10. FRANCESCHINI J, Scarlato A, Cisi MC. Fisioterapia nas principais disfunções sexuais pós tratamento do câncer do colo de útero: Revisão Bibliográfica. Revista brasileira de cancerologia. 2010.
11. WOLPE RE, Tory AM, Silva FP, Zomkowski, Sperandio. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. Acta Fisiatr. 2015.
12. MARIN, JS, Lara LAS, Silva AV, Reis RM, Junqueira FR, Silva ACSR. Tratamento cirúrgico e conservador da agenesia vaginal: análise de uma série de casos, Ver Bras Ginecol Obstet. 2012.
13. PIAZZA MJ. Neovaginoplastias: uma revisão dos diversos métodos de tratamento, FEMINA. Maio/Junho 2014.