

Usar ou não telas no tratamento dos prolapso genitais?

Sérgio Flávio Munhoz de Camargo¹

“Penso que existem poucos assuntos em ginecologia operatória como o prolapso genital nos quais os homens se deixem tanto influenciar pelos modismos e os adotem, sem a devida consideração dos seus resultados finais {...}”

Henry Jellett.

MD, The Relation of Theory and Practice in The Operative Treatment of Genital Prolapse. Da conferência proferida no encontro anual da Associação Médica Canadense, julho de 1914.

“To mesh or not to mesh” – diria o deprimido Hamlet atualmente a uma plateia de confusos e inseguros ginecologistas sobre o tema do uso, ou não, de telas e fitas de prolene no tratamento cirúrgico dos prolapso genitais. O aumento da sobrevivência da população feminina, bem como a alta prevalência e recidiva dos prolapso genitais, resultarão que, a curto e médio prazo, não existirão subespecialistas (uroginecologistas) suficientes para atender à demanda. Portanto, aos ginecologistas gerais dedicamos as próximas considerações.

- À procura de melhores resultados cirúrgicos e apoiadas pelo interesse do complexo médico-industrial, as telas e fitas (atualmente de prolene) possuem um papel importante e são comercializadas numa variedade e velocidade que superam o tempo necessário para serem avaliados os riscos, as complicações e as vantagens das mesmas em relação às técnicas tradicionais.
- Ao pesquisar-se na literatura existente, constata-se a carência de estudos bem desenhados e com longo período de observação para confirmar se as telas em si e suas técnicas de colocação são melhores, mais duradouras e resultam em menos complicações do que aquelas cirurgias com tecidos nativos. Em séries de casos de defensores ou opositores do seu uso, são relatados resultados anatômicos iniciais animadores e cirurgias mais rápidas, mas também complicações de difícil solução (hemorrágicas e neurológicas), bem como sequelas como retração vaginal e dispareunia severa.
- A *Food and Drug Administration* (FDA) americana, em 2008¹, publicou uma nota, na qual, em virtude da divulgação de diversos casos de complicações de cirurgias com telas nos Estados Unidos, fazia recomendações aos médicos que se propunham a usá-las, tais como a necessidade de treinamento adequado e a imprescindível elaboração de consentimento informado com a paciente antes do procedimento. Esta última colocação mereceu da Doutora Anne Weber uma nota no *American Journal of Obstetrics and Gynecology*², enfatizando

¹ Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas – Porto Alegre (RS), Brasil.
Endereço para correspondência: Sérgio Flávio Munhoz de Camargo – Avenida Alegrete, 126/201 – Petrópolis – CEP: 90460-100 – Porto Alegre (RS), Brasil – E-mail: sergiocamargo47@gmail.com

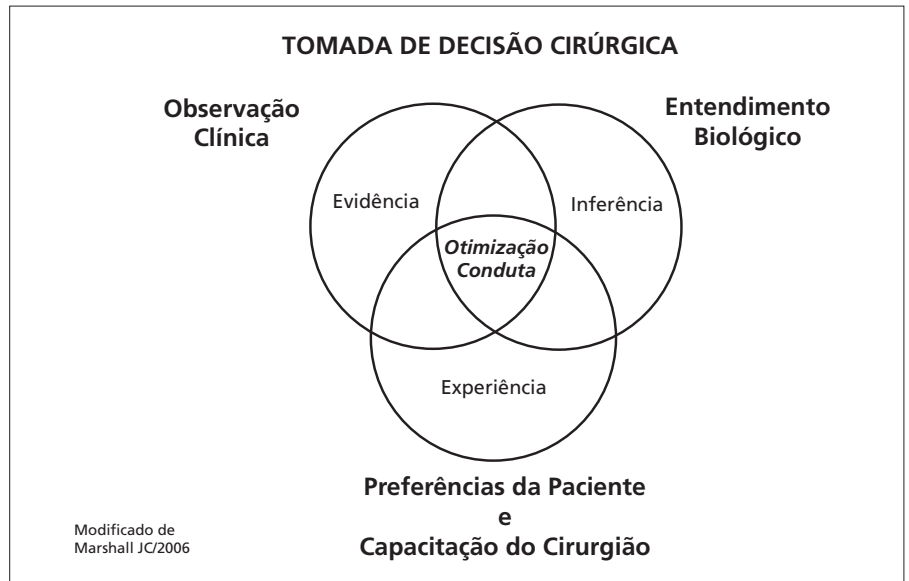


Figura 1 - Tomada de decisão cirúrgica.

ser impossível o consentimento informado pela falta de dados conclusivos entre benefícios e riscos das telas. Recomenda-se que a paciente deva ser conscientizada da natureza experimental ou investigacional (“até que provas médicas sejam publicadas sobre riscos, benefícios, eficácia e segurança, para caracterizá-la como uma prática médica estabelecida”²) do procedimento. Desse modo, o médico estaria autorizado a prosseguir com o tratamento.

- Após as sugestões éticas, como pode então o ginecologista escolher o recurso cirúrgico com ou sem telas, que proporcione a possibilidade de solução duradoura, rápida, com menores riscos de complicações para suas pacientes com prolapso genital?

Na ausência de estudos definitivos sobre a melhor opção, Marshall³ apresentou as ferramentas evidência, inferência e experiência (Figura 1) para serem sintetizados dados empíricos e transformá-los em auxiliares na tomada de condutas. A evidência (provas) está fundamentada nos princípios da probabilidade, enquanto a inferência (passagem por meio de regras válidas, do antecedente ao conseqüente de um argumento) deriva dos princípios da lógica. A primeira é um exemplo de raciocínio indutivo e a última, do dedutivo. Cabe à experiência (e às preferências da paciente) integrar estes dois princípios, para, no terreno das incertezas, seguir-se o aforisma hipocrático de “primeiro não prejudicar”. Como apropriadamente salientou Kenton no encontro anual das Sociedades Internacional de Continência e Uroginecologia (2010): “para a paciente, ter piorado com a cirurgia é diferente de não ter melhorado do seu problema; bem como sintomas persistentes associados a novos são piores do que apenas a persistência daqueles já existenteswww. As conseqüências, para ambas as partes envolvidas, são previsíveis.

Leituras suplementares

1. Food and Drug Administration. Public Health Notifications. [cited 2009 Fev 5]. Available at: <http://www.fda.gov/cdrh/safety/102008-surgicalmesh.html>
2. Weber AM. Informed consent cannot be obtained for use of vaginal mesh. Letter to the Editor. Am J Obstet Gynecol. 2011;204(3):6.
3. Marshall JCM. Surgical Decision-Making: Integrating Evidence, Inference, and Experience. Surg Clin N Am. 2006;86:201-15.