

# Usar ou não telas no tratamento dos prolapso genitais?

Sérgio Flávio Munhoz de Camargo<sup>1</sup>

*“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 {...}”*

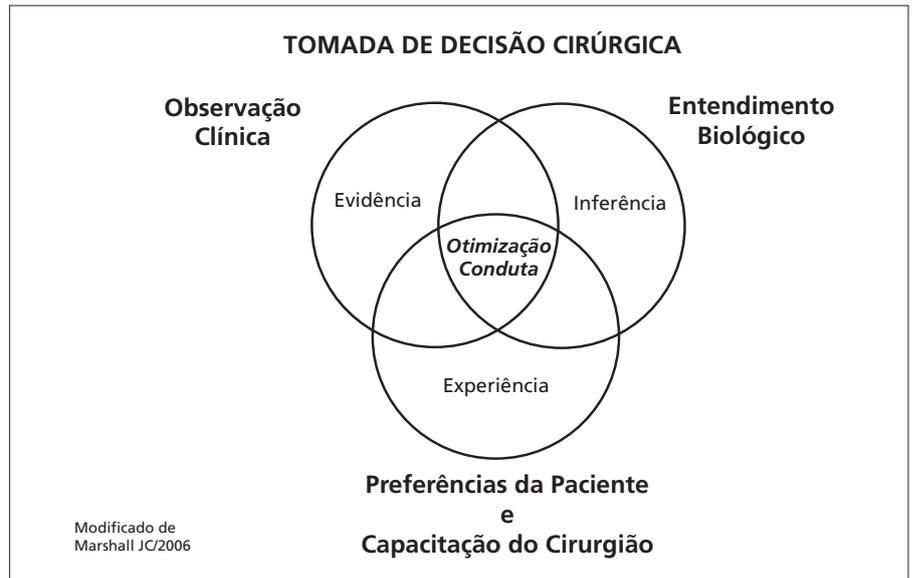
Henry Jellett.

*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 2008<sup>1</sup>, 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*<sup>2</sup>, enfatizando

<sup>1</sup> 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”<sup>2</sup>) 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, Marshall<sup>3</sup> 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.