RBFP
ISSN 2763-9738
Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

Manobra do Ligamento Largo aumenta mais de 500% a espessura do endométrio: estudo de caso

Gustavo F. Sutter Latorre[1], Larissa Nunes da Rosa[2]

Submissão: 01/12/2023

Aceite: 18/12/2023

Publicação: 31/12/2023

RESUMO

Panorama: A infertilidade acomete mais de um em cada 10 casais no mundo, mas não é bem entendida. A liberação miofascial emerge como técnica promissora, mas não existem estudos. **Objetivo:** Descrever o desempenho de uma técnica específica de liberação miofascial intracavitária para a pelve profunda no crescimento endometrial. **Método:** A Manobra do Ligamento Largo foi efetuada durante cinco sessões de 10 minutos em dias consecutivos. A espessura do endométrio foi medida por ultrassonografia transvaginal e ressonância magnética (RM), antes e depois da intervenção. **Resultados:** A espessura do endométrio antes era de 3,0 e 3,7 mm. Depois da intervenção passou para 18,7 mm (aumento de 505,4%). Os sintomas de endometriose, dismenorreia, constipação, dor ao urinar e dor sexual desapareceram após a intervenção. **Conclusão:** A MLL produziu um crescimento de 500% do endométrio e extinguiu os sintomas de endometriose, dismenorreia, constipação, dores sexual e urinária. Boa parte das doenças pélvicas hoje consideradas idiopáticas devem ser simplesmente de origem miofascial, problema para o qual já existe tratamento efetivo. Novos estudos a respeito se fazem urgentes.

ABSTRACT

Background: Infertility affects more than one in 10 couples worldwide, but it is not well understood. Myofascial release techniques emerge as promising, but there are no studies. **Aims:** To describe the performance of a specific intracavitary myofascial release technique for the deep pelvis on endometrial growth. **Method:** The Broad Ligament Maneuver (BLM) was performed during five 10-minute sessions on consecutive days. Endometrial thickness was measured by transvaginal ultrasound and magnetic resonance imaging, before and after the intervention. **Results:** The thickness of the endometrium was previously 3.0 and 3.7 mm. After the intervention it increased to 18.7 mm (505.4% increase). Symptoms of endometriosis, dysmenorrhea, constipation, painful urination, and sexual pain disappeared after the intervention. **Conclusion:** The BLM produced a 500% growth of the endometrium and eliminated the symptoms of endometriosis, dysmenorrhea, constipation, sexual and urinary pain. Most of the current idiopathic pelvic diseases must simply be of myofascial origin, a problem for which there is already effective treatment. New studies on this matter are urgently needed.

[1] Fisioterapeuta pélvico, doutor em medicina (UFPR), mestre em fisioterapia (UDESC). gustavo@perineo.net
[1] Fisioterapeuta pélvica, Maquiné, RS, Brasil. Larissa_snunes@hotmail.com

CC BY SA

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

INTRODUÇÃO

O perfil reprodutivo da humanidade mudou. Até meados do século XX a maioria das famílias brasileiras era formada por cerca de seis filhos[1], mas após os anos 1960 a revolução feminista emancipou a mulher e, dentre outros avanços, devolveu a ela o poder de decisão quanto à maternidade ou não[2]. Hoje, boa parte das famílias brasileiras é composta por apenas um filho e, não raras vezes nenhum[1].

Com a decisão mais ponderada pela maternidade, a gestação passa hoje a ser vista com muito mais austeridade. A aspiração em expandir geneticamente uma família é (e para as próximas gerações será cada vez mais) alicerçado em decisões parcimoniosamente refletidas e em arbítrios mais concretos. Ao se tornar mais consciente, o desejo pela gestação, hoje, se torna mais crítico e, muitas vezes, dramático.

A infertilidade é uma disfunção definida pela falha em conseguir uma gestação, clinicamente constatada, após 12 meses de intercurso sexual regular e desprotegido. O problema acomete um em cada dez casais em idade reprodutiva, resultando em sofrimento para mais de 183 milhões de famílias ao redor do mundo. Os principais preditores são o envelhecimento feminino, estilo de vida e fatores ambientais[3].

A relação entre o envelhecimento feminino e a infertilidade é relativamente conhecido hoje. A taxa de fertilidade feminina começa a decair por volta dos 25-30 anos de idade e a idade média para a gestação do último filho é por volta de 40-41 anos[3]. Quanto ao impacto do estilo de vida sobre a infertilidade, os hábitos da mulher moderna tendem a fazê-la desejar a maternidade mais tarde e, deste modo, o principal fator relativo a infertilidade volta a ser a idade feminina. Outros fatores correlacionando infertilidade e estilo de vida são fatores nutricionais, obesidade, bulimia nervosa, estresse psicológico, distúrbios do ritmo circadiano, consumo de álcool, tabaco, cafeína e de drogas ilícitas[4].

Já dentre os problemas ambientais e laborais que impactam sobre a fertilidade, têm destaque a poluição aérea e sonora, exposição a metais pesados, solventes e outros químicos, exposição à radiação[4]. Quanto aos fatores sociodemográficos têm destaque principalmente a exposição contínua a doenças sexualmente transmissíveis e a violência sexual[4].

De modo mais específico, cerca de 30% dos casos de infertilidade são causados por defeito

ISSN 2763-9738
CC BY SA

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

nos espermatozoides, 25% por falha na ovulação, 20% por defeitos nas tubas uterinas, 5% por endometriose e 3% por deficiência no muco cervical. No entanto, para um em cada quatro casais, a causa da infertilidade não pode ser explicada por nenhuma das situações acima, simplesmente considerada "idiopática", ou sem causa aparente[5].

Interessantemente, a soma dos percentuais de falhas na ovulação, defeitos nas tubas uterinas, endometriose e deficiência do muco resultam em um total de 53% das causas de infertilidade de casais. Extraindo-se daí falhas em espermatozoides, exclusividade masculina, é possível inferir que estas quatro causas correspondem a mais de três quartos (75,7%) dos motivos de infertilidade feminina. Nosso interesse nestas causas em particular reside uma só palavra: funcional.

Neste aspecto, a relação entre forma e função e, portanto, entre deformidade e disfunção, está hoje claramente estabelecida. Quando uma estrutura muscular está deformada (sob a forma de ponto-gatilho ou contratura), ou quando uma estrutura conectiva (fáscia ou ligamento) está deformada (soba forma de uma aderência), ambas acabam causando perda funcional relevante. Esta perda funcional é traduzida, por exemplo, em disfunções da mobilidade (incapacidade) e/ou da sensibilidade (dor).

De fato, sabe-se hoje, por exemplo, que a dor genital é não apenas correlacionada, mas causada por deformidades miofasciais (musculares e/ou conectivas), isso porque o tratamento mecânico, sob a forma das técnicas que em conjunto chamamos *liberação miofascial*, reabilita a forma e mobilidade de tecidos musculares ou conectivos e, por consequência, acaba também por eliminar a dor. Em suma, a restauração da forma elimina a disfunção[6,7].

Deste estado da arte, emerge automaticamente uma questão a respeito da correlação entre a infertilidade idiopática e as disfunções miofasciais que acometem especialmente a cavidade pélvica e seus arredores. Particularmente, com base em observações e relatos clínicos prévios[8], o presente estudo objetivou fornecer evidência acerca da eficácia de uma manobra especificamente desenvolvida para atuar nos tecidos conectivos pericervicais, periuterinos e periovarianos (Manobra do Ligamento Largo)[8,9], sobre o crescimento endometrial, e abrir a discussão a respeito da influência da liberação miofascial dos tecidos conectivos profundos da pelve sobre a fertilidade feminina.

ISSN 2763-9738
CC BY SA

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso em que a autora, fisioterapeuta pélvica, descreve a própria experiência no tratamento do crescimento endometrial por meio de liberação miofascial específica. A técnica utilizada para este fim foi a Manobra do Ligamento Largo, previamente descrita[8,9], realizada pelo outro autor durante cinco sessões diárias e consecutivas, em setembro do corrente ano. O tempo de cada sessão foi de cerca de 10 minutos.

A Manobra do Ligamento Largo é uma manobra de liberação miofascial específica para fisioterapeutas pélvicas, desenvolvida para atuar especialmente sobre os tecidos conectivos pericervicais (ao redor do colo do útero), periuterinos (ao redor do corpo útero) e periovarianos (ao redor dos ovários). A técnica combina um posicionamento *sui generis* de mãos, onde a mão dominante é posicionada intravaginalmente, na direção dos ligamentos pericervicais e do ovário homolateral, enquanto a mão não dominante é posicionada externamente acima da região inguinal, dando suporte para que os tecidos, tantos às fáscias parietais (externas) quanto viscerais (internas), além de todos os tecidos subjacentes, sejam tracionados de modo efetivo (figura 1).

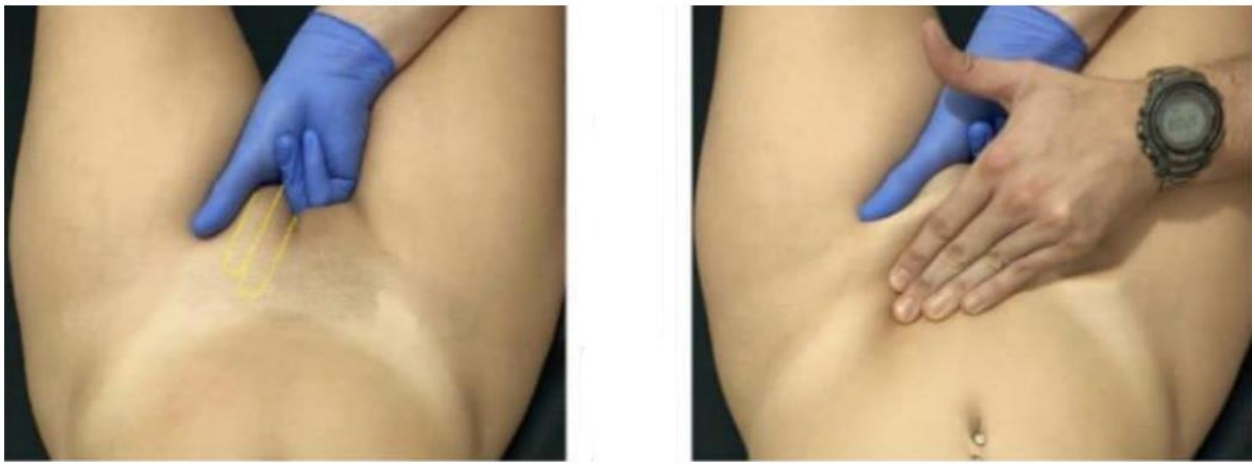


Figura 1: Manobra do Ligamento Largo. Uma combinação de mãos posicionadas internamente (dominante) e externamente (não dominante) permite a mobilização tanto dos tecidos musculares e conectivos externos da parede na interface entre as cavidades abdominal e pélvica, quanto os tecidos internos profundos, particularmente fáscias e ligamentos, das regiões periuterina, periovariana e perivesical. **Esquerda:** mão dominante em posição intracavitária. **Direita:** combinação das mãos dominante (interna) e não dominante (externa). ©2022 Latorre.

A Manobra do Ligamento Largo tem as propriedades de mobilizar componentes miofasciais das paredes abdominal e do compartimento abdômino-pélvico, mobilizando fáscias tanto parietais quando visceral, o que pode ser observado por meio de ultrassonografia[9].

Como medidas de sucesso terapêutico são apresentados exames de mensuração da

ISSN 2763-9738
CC BY SA

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

espessura do endométrio por meio de ultrassonografia transvaginal e ressonância magnética, antes e depois da intervenção. Os exames foram escolhidos por permitirem a medida da espessura endometrial com precisão de milímetros, fornecendo uma medida objetiva e fidedigna.

RESULTADOS

O histórico do crescimento endometrial da voluntária está registrado por dois exames de imagem. Em maio de 2021 uma ultrassonografia (USG) transvaginal revelou que a espessura do endométrio era de 3,7 mm ([USG 1]). Em outubro de 2022 uma ressonância magnética (RM) revelou espessura de 3 mm ([RM 1]). Após a intervenção, uma nova USG transvaginal revelou que o endométrio passou a apresentar uma espessura de 18,7 mm [USG 2].

Todos os exames foram realizados durante a fase de maior crescimento endometrial, como forma de controle de fertilidade. O conjunto dos dois exames pré-intervenção evidencia que, mesmo no ápice da fase proliferativa, a espessura do endométrio não ultrapassava muito mais do que 3 mm. Em comparação com a USG pós-intervenção, o aumento relativo na espessura endometrial foi de mais de cinco vezes (505,4%).

Outra evidência subjetiva do aumento da espessura endometrial foi um notável incremento na quantidade (volume de sangue) e qualidade (aspecto e coloração do sangue) do fluxo menstrual, relatados pela voluntária no mês da intervenção, seguido de diminuição do fluxo mas manutenção do aspecto (coloração mais viva) nos meses subsequentes. Considerando que o volume de sangue menstrual é diretamente proporcional à quantidade de endométrio crescido na fase de proliferação, um volume maior de sangue menstrual deve significar um crescimento mais intenso, neste caso, comprovado pela ultrassonografia.

Desde os 15 anos de idade ela utilizava anticoncepcionais (AC) sob prescrição médica, por conta de violenta dismenorreia e fluxo menstrual demasiado. Apresentava constipação importante, com evacuações uma vez a cada quatro dias, além de dor sexual intensa e ardência para urinar. Em 2021, mesmo com uso contínuo de AC menstruava muito e sob muita cólica, suficiente para impactar de forma significativa sobre as atividades de vida diária, estudo e trabalho. Em maio deste mesmo ano foi diagnosticada com endometriose, sendo encaminhada para cirurgia. Contudo, ao ser informada dos riscos de lesão por proximidade do colo sigmoide, buscou uma segunda opinião

ISSN 2763-9738
CC BY SA

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

médica, iniciando tratamento conservador Dienogeste (droga hormonal para tratamento de dores por endometriose), mas apresentou reações negativas e início de trombose, abandonando a medicação. Foi prescrito então acompanhamento com nutricionista, educação física e fisioterapia pélvica, esta última realizada durante dois meses, três vezes na semana sem, no entanto, apresentar qualquer resultado. Utilizava Desogestrel contínuo (anticoncepcional) para evitar a menstruação e sintomas associados. A parte dietética melhorou, mas não resolveu a constipação, frequência agora era de dois em dois dias. No início de 2023 as cólicas e sangramento vinham piorando, sendo responsáveis por diversas internações hospitalares por dor intensa. Nesta época cancelou a fisioterapia pélvica por não perceber qualquer resultado. Em junho de 2023 foi internada com dor severa e sangramento muito intenso; houve suspeita de aborto, descartado por diversos exames BetaHCG. Exames de imagem mostravam apenas "útero inchado" (SIC), sem que ela recebesse qualquer informação mais precisa da equipe médica do hospital. Foi tratada como suspeita de infecção, com antibióticos. Dor e sangramento diminuíram. Este foi o quadro até setembro de 2023, data da intervenção.

Após a intervenção suspendeu o uso do AC por orientação médica, com base na ausência dos sintomas da endometriose: o fluxo menstrual estava normalizado, hoje o fluxo é decrescente e dura cerca de quatro dias, sem dismenorreia, senão uma leve cólica ou desconforto no primeiro dia do ciclo (primeiro dia da menstruação), sem que haja qualquer dor ou desconforto nos dias subsequentes ao primeiro. Não há mais indicação cirúrgica, é a conclusão médica atual. A dor sexual desapareceu por completo, assim como a ardência ao urinar. Não apresenta mais nenhum grau de constipação: evacua todos os dias sem qualquer esforço ou desconforto. Todos estes resultados estão mantidos por pelo menos mais de dois meses, tempo da publicação deste artigo.

DISCUSSÃO

Que palavra interessante é "idiopático". Uma soma ordinária de radicais gregos (*idios*, de si próprio; e *pathos*, doença) permite que nós, cientistas e clínicos, nos escondamos por detrás de uma cortina requintada de obscurantismo, aceitando confortavelmente nossa própria ignorância e eructando-a na literatura para lograr o público com a ilusão de que dominamos o assunto. Mas, no fim das contas, "idiopático" não é sobre uma doença que explica ela mesma (seja lá o que isso signifique), nem patologia sem causa aparente, mas sim um problema sobre o qual ninguém da

ISSN 2763-9738
CC BY SA

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

comunidade científica, até o presente, teve suficiente competência para descobrir a causa. "Idiopático" significa um hiato científico. Significa que uma lacuna deve ser abraçada, uma vergonha deve ser encarada e que mangas devem ser arregaçadas.

Durante mais de um século, centenas de condições de saúde relacionadas – inclusive etiologicamente – a disfunções de tecidos miofasciais, particularmente dos tecidos conectivos, estiveram escondidas sob as sombras da idiopatia. São os casos, por exemplo, das jurássicas síndromes do "vaginismo"[10] e "vulvodínia"[11], hoje reconhecidas como hiperatividade severa dos músculos puboviscerais e aderências dos tecidos conectivos vestibulares, respectivamente[6]. Não obstante, resultados preliminares têm indicado que possivelmente outros problemas ainda "idiopáticos", como a cistite intersticial e as aderências intracavernosas (antiga doença de Peyronie) também devam ser nada além de aderências nos tecidos conectivos perivesicais e intracavernosos, respectivamente. O mesmo pode ser dito a respeito de boa parte das mal diagnosticadas cistites de repetição, cistites da lua-de-mel, candidíases de repetição e até mesmo da impiedosa endometriose[8]. Ao que tudo indica, os avanços a passos largos no entendimento da patofisiologia dos tecidos conectivos devem finalmente colocar um fim na *Era da Idiopatia*. Então, cara leitora, fique de olho, pois parece que novos e excitantes capítulos, cheios de novidades e reviravoltas, estão prestes a ser lançados na "Netflix" da literatura científica. Nós, do lado de cá, seguimos ansiosos pelos detalhes.

Neste meio-tempo, o presente estudo objetivou lançar uma modesta luz sobre uma destas idiopatias modernas: a infertilidade feminina por hipoproliferação endometrial. Idiopática. Como o final de um filme que já vínhamos adivinhando, baseados na experiência com roteiros similares, o crescimento acanhado do endométrio, sem causa aparente, começa a nos despertar a previsão de que se trata do mesmo vilão de outras histórias semelhantes: nada mais, nada menos que aderências miofasciais. De fato, a pequena lanterna do presente relato de caso conseguiu mostrar, com sólida evidência, que, ao menos para o caso desta autora, manobras de liberação miofascial, desenvolvidas especificamente para atuar sobre os tecidos conectivos pericervicais, periuterinos e periovarianos, foram capazes de aumentar a espessura do endométrio em surpreendentes 505%, provocando fluxo menstrual muito mais vivo e intenso. Além disso, o tratamento foi capaz de liquidar a dor genital, o que está de acordo com resultados de estudos prévios[7], reverter a constipação, ardência uretral, dismenorreia e sangramento menstrual intenso e demais sintomas de

ISSN 2763-9738
CC BY SA

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

endometriose, severos o suficiente para justificarem internação hospitalar. Clinicamente a endometriose foi regredida e não houve mais episódios de infecções uterinas. Não há mais indicação cirúrgica.

Obviamente é leviano querer extrapolar as descobertas de um único estudo de caso para o resto da população em geral e, por este fato, as conclusões do presente estudo são severamente limitadas. No entanto, enquanto nosso país investir tão pouco em pesquisa, e enquanto a profissão de pesquisador continuar sem sequer ser citada pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)[12], levar um estudo científico, por menor que seja à cabo, sempre será um ato relevante. Para o presente, o tema infertilidade *versus* disfunção dos tecidos conectivos está longe de ser encerrado, mas a discussão a respeito foi aberta. Este foi o singelo papel do presente ensaio.

Considerando, por fim, a quantidade de sofrimento causada pela infertilidade a quase 200 milhões de famílias por todo o mundo, e considerando os achados surpreendentes descritos pelo presente artigo, estudos maiores, envolvendo um número amostral significativo se fazem mais do que urgentes.

CONCLUSÃO

A Manobra do Ligamento Largo tem potencial para aumentar em até cinco vezes a espessura endometrial. É possível que uma parte significativa dos casos de infertilidade feminina idiopática sejam na verdade ancorados em aderências miofasciais da pelve profunda, periovarianas e periuterinas, mas são necessários novos estudos explorando mais a fundo estas variáveis.

Liberação miofascial intracavitária especializada tem o poder de reverter constipação, dor idiopática ao urinar, dismenorreia, normalizar o fluxo menstrual e reverter os sintomas da endometriose até a fase subclínica, revogando a indicação cirúrgica.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria Nacional da Família: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Fatos e números: família e filhos no Brasil. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/familias-e-filhos-no-brasil.pdf. Acesso em 03/12/23.

ISSN 2763-9738
CC BY SA

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

2. Jordahl MBJ. Mulheres na luta: 150 anos em busca de liberdade, igualdade e sororidade. São Paulo: Seguinte. 128 p.
3. Vander Borght M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. Clin Biochem. 2018 Dec;62:2-10. doi: 10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012. Epub 2018 Mar 16. PMID: 29555319.
4. Bala R, Singh V, Rajender S, Singh K. Environment, Lifestyle, and Female Infertility. Reprod Sci. 2021 Mar;28(3):617-638. doi: 10.1007/s43032-020-00279-3. Epub 2020 Aug 3. PMID: 32748224.
5. Hull MGR, Cahill DJ. Female Infertility, J Gonadal Disorders (1998) 27(4), 851–876. doi:10.1016/S0889-8529(05)70044-X.
6. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. Rev Bras Fisiot Pelvica (2021) 1(2)71-82.
7. Latorre GFS, Ayala A, Machado MP, et al. Novas técnicas de Liberação Miofascial para Dor Genital e Sexual. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(3)5-15.
8. Latorre GFS. Manobra do Ligamento Largo nos tratamentos de infertilidade e da endometriose? Rev Bras Fisiot Pelvica 2023;3(2)27-33.
9. Latorre GFS, Gil NA, Echavarria VR, Ayala A. Liberação miofascial (Manobra do Ligamento Largo) associada ou não ao LPF. Rev Bras Fisiot Pelvica (2022) 2(1)4-15.
10. Schafascheck E, Roedel APL, Nunes EFC, Latorre GFS. Fisioterapia no vaginismo: estudo de caso. Rev Inspirar Mov & Saúde 2020 abr-jun;20(2):1-10.
11. Latorre GFS, Manfredini CCM, Demterco PS, Barreto VMNF, Nunes EFC. A fisioterapia pélvica no tratamento da vulvodínia: revisão sistemática. Femina. 2015;43(6)257-264
12. Brasil. Ministério do Trabalho. CBO: Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em: https://cbo.mte.gov.br/cbosite/pages/home.jsf. Acesso em 03/12/23.

ISSN 2763-9738
CC BY SA