

FISIOTERAPIA NO PACIENTE COM DESORDEM DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL: FUNCIONALIDADE E ESTÉTICA

Cristina Aires Brasil

Email para correspondência: Cristina Brasil - tinaabrasil@hotmail.com
Fisioterapeuta. Mestranda em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Pesquisadora do Centro de Atenção ao Assolho Pélvico, Salvador, Bahia, Brasil.

RESUMO | A desordem da diferenciação sexual (DDS) é definida como uma condição congênita em que o desenvolvimento dos cromossomos, gônadas e a anatomia sexual são atípicas. Os pacientes com DDS apresentam repercussões ao longo da vida que perpassam por queixas que englobam componentes da funcionalidade do assoalho pélvico como: incontinência urinária, estreitamento vaginal, disfunções sexuais, além da insatisfação com a aparência genital. Existem diferentes recursos que podem ser utilizados para reduzir estas repercussões no qual fazem parte do arsenal de recursos fisioterapêuticos, como os dilatadores vaginais e o uso da radiofrequência. Contudo, a fisioterapia ainda não faz parte da equipe multidisciplinar exigida pelos guidelines de manejo ao paciente com DDS, devido a escassez de estudos que comprovem a evidência da fisioterapia nesses pacientes, porém baseados nos estudos desenvolvidos para o tratamento da aparência genital e funcionalidade do assoalho pélvico, torna-se possível a atuação deste profissional nesta população.

Palavras-chave: Desordem da Diferenciação Sexual, Radiofrequência, assoalho pélvico.

O desenvolvimento sexual seja para o sexo feminino ou masculino decorre de processos embrionários ocorrido de forma cronológica. A desordem da diferenciação sexual (DDS) é definida como uma condição congênita em que o desenvolvimento dos cromossomos, gônadas e a anatomia sexual são atípicas. Aproximadamente um em cada 2.000 crianças a nível mundial nasce com uma condição de desordem da diferenciação sexual^{1,2}.

A determinação gonadal, no qual acontece a transformação da gônada bipotencial em ovários ou testículos e a diferenciação sexual, que ocorre através da gônada diferenciada levando-o o indivíduo para o fenótipo final constituem as duas principais fases do desenvolvimento sexual que ocasionando alterações levam a DDS. A terminologia para esta condição vem sendo modificada ao longo do tempo, e em 2006, a Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society (LWPES) e a European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE) estabeleceram o termo desordem da diferenciação sexual (DDS) com o intuito de minimizar os desconfortos gerados pelas terminologias hermafrodita, pseudo hermafrodita ou genitalia ambigua que se mostram pejorativas e ofensivas para os pacientes e seus familiares¹.

Existem alguns conceitos que precisam ser compreendidos para o manejo do paciente com DDS, que são: orientação sexual e identidade de gênero. A orientação sexual se refere ao sexo no qual a pessoa sente desejo sexual (mesmo sexo, sexo oposto ou ambos os sexos) e a identidade de gênero corresponde ao gênero no qual a pessoa se identifica³⁻⁵.

O manejo do paciente com desordem da diferenciação sexual perpassa por uma equipe multidisciplinar no qual os principais guias de atendimento: LWPES Consensus Group, ESPE Consensus Group e Clinical guidelines for the management of disorders of sex development in childhood listam como necessários uma equipe com: urologistas pediátricos, psicólogos, ginecologistas, psiquiatras, endocrinologistas, enfermeiros e um aconselhamento genético^{1,6,7}. E qual seria o papel do fisioterapeuta? Ele não está inserido na equipe multidisciplinar, mas será que teria espaço e atuação?

A revisão de Schober 2012, relata os desfechos que aparecem nos indivíduos com DDS a longo prazo,

no qual é destacado que dos poucos estudos que investigam as questões urinárias nesta população, a incontinência urinária de urgência e incontinência urinária de esforço acometem respectivamente, 18% e 31%. Outros desfechos encontrados que impactam esses pacientes na fase adulta são: as disfunções sexuais e a insatisfação com a aparência interna e externa da genitália⁸.

Um estudo verificou a função sexual e a sensibilidade genital de mulheres com hiperplasia adrenal (HA) e foi encontrado uma menor sensibilidade clitoriana quando comparado com mulheres sem HA, o que pode influenciar nas disfunções sexuais dessas mulheres. Neste mesmo estudo, foi avaliado a função sexual e as mulheres com HA apresentaram uma maior dificuldade na penetração vaginal, uma menor frequência de relação sexual, uma maior recusa ao ato sexual e um escore global de satisfação sexual diminuído⁹.

A função sexual das mulheres com DDS sofrem modificações, principalmente, por três fatores: o estreitamento vaginal, a dificuldade de lubrificação e a insatisfação com a aparência genital. A fisioterapia possuem recursos que podem auxiliar na modificação desses fatores, porém existe uma lacuna da literatura para afirmar a evidência da fisioterapia neste grupo de pacientes.

Para o estreitamento vaginal, a dilatação progressiva foi descoberta como uma opção conservadora para auxiliar esta disfunção desde 1938 por Robert Frank¹⁰. A dilatação progressiva visa aumentar a flexibilidade da parede vaginal permitindo que esta aumente de comprimento e largura. Os primeiros estudos utilizavam os dilatadores 3 vezes ao dia por no mínimo 30 minutos. Em 1981 Williams, desenvolveu um banco de bicicleta, que tinha um encaixe para acoplar os diferentes tamanhos dos dilatadores de acordo com a evolução da paciente, essa bicicleta permitia que as mulheres sentassem neste banco e realizassem a dilatação¹¹.

Atualmente os dilatadores vaginais são de silicone e possuem diversos tamanhos, eles vão sendo modificados tanto no comprimento como na largura o que permite uma dilatação mais efetiva. Os protocolos atuais estimulam o uso diário dos dilatadores, porém o tempo de uso varia na literatura de 30min a 2 horas, sendo aconselhado

que esses pacientes tenham um acompanhamento para indicar o tamanho ideal bem como a evolução da troca do dilatador^{10,11,12}.

Outro incomodo presente nesses pacientes além do estreitamento vaginal, é a insatisfação com a aparência genital, desta forma a fisioterapia vem crescendo na área da estética íntima, um ramo no qual visa modificar a aparência da região genital, o que pode vir como uma alternativa para os pacientes com DDS. Na busca realizada no pubmed, medline, scielo, lilacs e periódico CAPES não foi encontrado estudos com abordagem fisioterapêutica nesse grupo de pacientes. O tratamento fisioterapêutico visa, principalmente, melhorar a aparência da região dos grandes lábios (flacidez tissular), clareamento das regiões perianal, genital e virilha, redução de gordura localizada, normalmente encontrada na região supra púbica e na fibrose de cicatrizes pós cirúrgicas.

A radiofrequência não ablativa surge como uma possibilidade fisioterapêutica para a modificação da aparência genital. A RF trata-se de uma onda eletromagnética e tem seu mecanismo de ação baseado na geração de calor nas camadas cutâneas, com retração imediata do colágeno existente e neocolanogênese ao longo do tempo¹³. Este recurso tem sido muito utilizado em pacientes com flacidez cutânea de face, tronco e membros, com melhora significativa do quadro¹⁴, e esta começando a ser utilizado também na região genital^{15,16,17}.

Um estudo piloto buscou avaliar a segurança da radiofrequência não ablativa em região de grandes lábios, no qual não foi verificado nenhum efeito adverso¹⁷. Os estudos que utilizam a radiofrequência não ablativa para frouxidão genital, possuem protocolos diferentes, que variam de acordo com o número de sessões e o tempo de aplicação. Um ensaio clínico randomizado verificou a satisfação com o tratamento, a modificação na aparência genital e a função sexual com o uso da RF não ablativa em mulheres com queixa de frouxidão dos grandes lábios. O protocolo utilizado foi de 5 sessões, sendo 1 sessão por semana com uma temperatura de 39-41°C durante 2 minutos, em cada lado. Para avaliar a aparência genital foi tirado fotografias no qual foi avaliado por três especialistas: ginecologista, dermatologistas e fisioterapeuta, todos os profissionais demonstraram

uma modificação positiva no turgor e números de pregação dos grandes lábios das pacientes ($p < 0,05$). A satisfação com o tratamento foi relatada 76% para o grupo que utilizou da radiofrequência enquanto que o grupo controle apresentou uma satisfação de 27% ($p = 0,001$). Para o desfecho função sexual houve uma modificação positiva nos domínios do questionário Female Sexual Function Index (FSFI) da excitação, satisfação sexual e o escore geral¹⁵.

A radiofrequência vem sendo utilizada não só para a modificação da aparência genital, mas também para a dispareunia e dificuldade de atingir o orgasmo. Através do aumento da temperatura, a radiofrequência estimula a produção de novos colágenos, fazendo com que a região vaginal modifique suas características melhorando a função sexual, principalmente nos desfechos de dor na relação e dificuldade para atingir o orgasmo^{18,19,20}.

CONCLUSÃO

Há escassez de estudos que comprovem a evidência da fisioterapia no paciente com desordem da diferenciação sexual, porém baseados nos estudos desenvolvidos para o tratamento da aparência genital e funcionalidade da região genital, torna-se possível a atuação deste profissional nesta população.

CONFLITOS DE INTERESSES

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc).

REFERÊNCIAS

1. Hughes IA, Houk C, Ahmed SF, Lee PA, LWPES Consensus Group, ESPE Consensus Group. Consensus statement on management of intersex disorders. *Arch Dis Child*. 2006;91(7):554-63
2. Reisch N, Arlt W, Krone N. Health problems in congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *Hormone Research in Paediatrics*. 2011;76:73-85. doi: 10.1159/000327794
3. Cardoso FL. O Conceito de Orientação Sexual na Encruzilhada entre Sexo, Gênero e Motricidade. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 2008;42(1):69-79
4. Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I. Ser transexual (Being Transsexual). Barcelona: Glosa; 2006
5. Zucker KJ. Intersexuality and gender identity differentiation. *Annu Rev Sex Res*. 1999;10:1-69
6. Clinical Guidelines for the Management of Disorders of Sex Development in Childhood [Internet]. 2006. Disponível em: <http://www.accordalliance.org/wp-content/uploads/2013/07/clinical.pdf>
7. Moran ME, Karkazis K. Developing a multidisciplinary team for disorders of sex development: planning, implementation, and operation tools for care providers. *Adv Urol*. 2012;604135. doi: 10.1155/2012/604135
8. Schober J, Nordenstroöm A, Hoebeke P, Lee P, Houk C, Looijenga L et al. Disorders of sex development: Summaries of long-term outcome studies. *Journal of Pediatric Urology*. 2012;8(6):616-623. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpuro.2012.08.005>
9. Crouch NS, Minto CL, Liao LM, Woodhouse CR, Creighton SM. Genital sensation after feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia: a pilot study. *BJU Int*. 2004;93(1):135-138
10. Frank RT. The formation of an artificial vagina without operation. *Am J Obstet Gynecol*. 1938;35:1053-1055
11. Ingrain JM. The bicycle seat stool in the treatment of vaginal agenesis and stenosis: a preliminary report. *Am J Obstet Gynecol*. 1981;140:867-873
12. Edmonds DK, Rose GL, Lipton MG, Quek J, Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a review of 245 consecutive cases managed by a multidisciplinary approach with vaginal dilators. *Fertil Steril*. 2012;97(3):686-90. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.12.038
13. Carvalho GF, Silva RM, Filho JJTM, Meyer PF, Ronzio OA, Medeiros JO, Nobrega MM. Avaliação dos efeitos da radiofrequência no tecido conjuntivo. *Rev Bras Med*. 2011;68:10-25
14. Atiyeh BS, Dibo SA. Nonsurgical Nonablative Treatment of Aging Skin: Radiofrequency Technologies Between Aggressive Marketing and Evidence-Based Efficacy. *Aesth Plast Surg*. 2009;33(3):283-294. doi: 10.1007/s00266-009-9361-9
15. Lordêlo P, Leal MRD, Brasil CA, Santos JM, Lima MC, Sartori MG. Radiofrequency in female external genital cosmetics and sexual function: a randomized clinical trial. *Int Urogynecol J*. 2016;27(11):1681-1687. doi: 10.1007/s00192-016-3020-x
16. Vanaman M, Bolton J, Placik O, Guillen S. Emerging Trends in Nonsurgical Female Genital Rejuvenation. *Dermatologic Surgery*. 2016;42(9):1019-1029. doi: 10.1097/DSS.0000000000000697
17. Lordelo P, Robatto M, Menezes J, Brasil C, Pavie MC, Sartori M. Radiofrequency in the female genital laxity—a pilot study. *Rev Pesq Em Fisioter*. 2014;4(2):152-159
18. Alinsod RM. Transcutaneous temperature controlled radiofrequency for orgasmic dysfunction. *Lasers Surg Med*. 2016;48(7):641-5. doi: 10.1002/lsm.22537
19. Alinsod RM. Transcutaneous Temperature Controlled Radiofrequency for Atrophic Vaginitis and Dyspareunia. *J Minim Invasive Gynecol*. 2015;22(6S):S226-S227. doi: 10.1016/j.jmig.2015.08.798
20. Sekiguchi Y, Utsugisawa Y, Azekosi Y, Kinjo M, Song M, Kubota Y. Laxity of the vaginal introitus after childbirth: nonsurgical outpatient procedure for vaginal tissue restoration and improved sexual satisfaction using low-energy radiofrequency thermal therapy. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013;22(9):775-81. doi: 10.1089/jwh.2012.4123