

**AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE IPATINGA**

**Hemilly Costa Dias  
Jamily Pereira Marques  
Thaís Fernandes Coelho**

**ESTROGÊNIO TÓPICO PARA TRATAMENTO DE  
PROLAPSO UTERINO NEONATAL: revisão de  
literatura e relato de caso**

**IPATINGA - MG**

**2024**

**Hemilly Costa Dias**  
**Jamily Pereira Marques**  
**Thaís Fernandes Coelho**

**ESTROGÊNIO TÓPICO PARA TRATAMENTO DE  
PROLAPSO UTERINO NEONATAL: revisão de  
literatura e relato de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, como requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Prof.<sup>a</sup> orientadora: Caroline Kissílla Pereira Pascoal  
Prof.<sup>a</sup> coorientadora: Analina Furtado Valadão

**IPATINGA - MG**

**2024**

## ESTROGÊNIO TÓPICO PARA TRATAMENTO DE PROLAPSO UTERINO: revisão de literatura e relato de caso

Hemilly Costa Dias<sup>1</sup>; Jamily Pereira Marques<sup>1</sup>, Thaís Fernandes Coelho<sup>1</sup>; Analina Furtado Valadão<sup>2</sup>; **Caroline Kissílla Pereira Pascoal<sup>3</sup>**

1. Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
2. Docente do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Coorientadora do TCC.
3. Docente do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientadora do TCC.

### Resumo

**Introdução:** O prolapso uterino neonatal é uma condição rara, caracterizada pela protrusão de conteúdo pélvico e/ou intraperitoneal no canal vaginal, em pacientes recém-nascidas. O diagnóstico é confirmado pela avaliação e inspeção da genitália feminina, no exame físico, após o nascimento. É uma afecção incomum em recém-nascidos, podendo estar associado a diversos fatores de risco para formação de uma fraqueza da musculatura do assoalho pélvico. O tratamento definitivo objetiva a involução deste conteúdo para o local de origem, envolvendo diferentes abordagens terapêuticas, desde conduta expectante até conduta cirúrgica. **Objetivo:** Descrever um caso clínico de prolapso uterino neonatal abordado com estrogênio tópico, visando compreender o uso dessa terapia. **Método:** trata-se de uma revisão descritiva da literatura buscando identificar e coletar dados relevantes sobre o uso de estrogênio tópico como abordagem terapêutica para prolapso uterino em recém-nascidos, analisando também etiologia, fatores de risco, diagnóstico e alternativas de tratamento dessa afecção. Os termos indexados nos Descritores em Ciência da Saúde (DECs) utilizados foram: prolapso uterino, etiologias, fatores de risco do prolapso uterino, diagnóstico, estrogênio tópico, tratamento e recém-nascido. As bases de dados da pesquisa foram: DynaMed, Gavin Publishers, PubMed, SciELO, bem como livros, teses e dissertações publicados no período de 2009 até 2024. Para o relato, após o consentimento da mãe, foram obtidos dados por meio de entrevistas virtuais com a mãe, bem como por consulta em cópia do sumário de alta da paciente. **Relato de caso:** Paciente, pré-termo de 28 semanas, internada na UTI neonatal, foi submetida à avaliação clínica, onde foi identificada a presença de prolapso uterino, tendo extensão de 0,5 cm. Foi realizada abordagem com estrogênio tópico como forma terapêutica. **Conclusão:** O prolapso uterino neonatal é uma condição incomum, geralmente associado a um bom prognóstico, tendo uma resposta efetiva ao tratamento conservador.

**Palavras-chave:** Estrogênio tópico. Neonatal. Prolapso Uterino

## Introdução

O prolapso uterino ocorre quando os músculos e ligamentos do assoalho pélvico se enfraquecem, resultando no deslocamento do útero em direção à vagina. É uma condição que afeta mulheres em qualquer idade da vida, porém apresenta seu pico entre 70-79 anos. Cerca de 50% das mulheres em idade senil apresentam disfunção do assoalho pélvico. As complicações do prolapso uterino podem variar dependendo da gravidade da condição e do tempo de tratamento (Febrasgo, 2021).

Sua ocorrência em recém-nascidos do sexo feminino é incomum, sendo o primeiro caso descrito na literatura em 1723 (Jijo *et al.*, 2018). A etiologia está atribuída à espinha bífida em cerca de 82-86% dos casos. Mukenge *et al.* (2021), afirmam que, embora também possa estar relacionada à fragilidade dos músculos pélvicos e seus ligamentos de suporte, pode ser de origem congênita ou provocada pela falta e/ou imaturidade de inervação. Concomitante a isso, a presença de traumas durante o parto, deformidades esqueléticas pélvicas, aumento da pressão abdominal fetal, prematuridade e desnutrição crônica intraútero são fatores relacionados a essa condição (Jijo *et al.*, 2018). Em descrições literárias, são evidenciadas a relação etiológica desta patologia com quantidades diminuídas de elastina e colágeno, devido a defeitos do metabolismo e montagem do colágeno, culminando em perda de resistência do tecido (Chi *et al.*, 2022).

O diagnóstico do prolapso genital é realizado clinicamente após o nascimento, mediante a visualização do colo uterino descrito como uma protuberância rosada, identificada através da abertura vaginal. Geralmente, o orifício cervical externo é visível na ponta da massa prolapsada, enquanto a abertura uretral permanece normal, embora o prolapso retal possa estar associado em alguns casos (Borges *et al.*, 2022).

Existem diversas abordagens terapêuticas, invasivas e não invasivas, desde conduta expectante, até conduta conservadora, como aplicação de estrogênio tópico, inserção de tampão vaginal feito com gaze e antisséptico, uso de pessário com dreno de Penrose ou cateter de Foley (Dixon; Acosta, 1974; Abdelsalam; Desouki; Abdalaal, 2006). Além disso, existe a possibilidade do tratamento cirúrgico, podendo ressaltar a técnica de fusão labial temporária descrita em 1976 (Ajabor; Okojie, 1976).

Apesar de haver poucos relatos em neonatos, essa patologia pode resultar em diversas complicações, como obstrução urinária, isquemia, inflamação, infecção e necrose do órgão afetado. Além disso, lesões e metaplasias no revestimento endometrial, causadas pela exposição prolongada da massa prolapsada, podem

impactar negativamente na fertilidade futura. Sendo assim, é essencial atenção imediata e intervenção apropriada para evitar danos permanentes à saúde da criança (Hanine *et al.*, 2020).

Nesse cenário, faz-se importante realizar estudos para aprimorar as estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dessa patologia. Portanto, o objetivo principal do artigo é descrever um caso clínico de prolapso uterino neonatal tratado com estrogênio tópico, visando compreender o uso dessa terapia, assim como abordar aspectos importantes da literatura acerca do tema.

## **Método**

A revisão de literatura foi do tipo descritiva, buscando identificar e coletar dados relevantes sobre o uso de estrogênio tópico como abordagem terapêutica para prolapso uterino em recém-nascidos do sexo feminino, analisando também etiologia, fatores de risco, diagnóstico e alternativas de tratamento dessa afecção.

Para a busca literária, foram utilizados os termos indexados nos Descritores em Ciência da Saúde (DECs): prolapso uterino, etiologias, fatores de risco do prolapso uterino, diagnóstico, estrogênio tópico, tratamento e recém-nascido. Os operadores booleanos AND foram utilizados para refinamento da busca de artigos. Foram analisados artigos por meio da leitura de títulos, resumos e e leitura na íntegra. As bases de dados da pesquisa foram DynaMed, Gavin Publishers, PubMed, SciELO, bem como livros e artigos científicos publicados no período de 2009 até 2024."

O relato do caso foi realizado com uma paciente atendida por uma ginecologista e obstetra que realizou o acompanhamento clínico. As informações necessárias para o estudo foram obtidas por consulta em cópia do sumário de alta da paciente e entrevistas virtuais com a mãe da criança. Foi apresentada a proposta do relato do caso e a obtenção de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com a mãe (Apêndice A).

## **Relato do caso**

Parturiente, G3PN2C1, com histórico prévio de partos prematuros. Realizado ultrassom morfológico de 22 semanas, com identificação de Restrição do Crescimento Intrauterino (RCIU). Na 28ª semana de gestação, a gestante retorna ao hospital

queixando dor abdominal importante e sangramento vaginal. Portanto, foi submetida a cesárea de emergência devido descolamento prematuro de placenta.

Recém-nascido, sexo feminino, peso ao nascer 530g, APGAR 8/9. Realizado exame físico beira leito da recém-nascida pelo pediatra, onde foi identificado presença de uma massa no canal vaginal (Imagem 1). Assim, a paciente foi encaminhada para acompanhamento com a ginecologista e obstetra, que fez o diagnóstico de prolapso uterino e determinou sua extensão, de aproximadamente 0,5 cm. Ademais, foram descartadas qualquer alteração de sistema geniturinário ou presença de malformações do sistema nervoso central, eliminando correlação com espinha bífida, não sendo necessário realização de exame complementar.

Durante as consultas diárias, paciente apresentava extrema força evacuatória, associado ao histórico prévio de prematuridade e restrição de crescimento intrauterino, foi levantado a hipótese de uma provável baixa hormonal, o que justificaria a exteriorização uterina. Esses fatores de risco podem contribuir nos níveis insuficientes de hormônios, prejudicando assim a produção de colágeno nessa região.

Portanto, foi optado como abordagem terapêutica conservadora, o uso de estradiol tópico a 0,1%, quantidade de aplicação equivalente a uma polpa digital, sendo usado 1 (uma) vez ao dia por 45 dias, aplicado sobre a região prolapsada e de pequenos lábios. A paciente progrediu com involução completa do prolapso uterino, não apresentando sequelas ou alteração anatômica do sistema geniturinário.

Por ora, infelizmente, não foi possível obter uma imagem do resultado devido à perda do arquivo fotográfico da mãe e ao fato de a paciente, atualmente, não se sentir confortável em anexar uma imagem.

Imagem1 – Prolapso uterino neonatal.



Fonte: Arquivo pessoal cedido pela mãe.

## Resultados

### FISIOPATOLOGIA

A compreensão acerca do surgimento de um prolapso uterino neonatal embora patogênese exata não seja completamente elucidada, pode-se se entender que a interação de músculos puborretal, iliococcígeo e pubococcígeo do assoalho pélvico, os ligamentos do tecido conjuntivo e a pelve óssea são de extrema relevância para uma sustentação e elasticidade dessa região.

Diante disso, o principal fator desencadeante de prolapso congênito se deve ao enfraquecimento dos músculos e ligamentos pélvicos, gerado devido a uma fraqueza congênita do assoalho pélvico, seja por síndromes genéticas ou por alterações na produção de colágeno. Em contrapartida, caso ocorra algum defeito na inervação, provocado por patologias que atinjam e lesem os segmentos S2, S3 e S4 da medula sacroilíaca, pode resultar em paralisia da musculatura pélvica, com uma consequente descida das estruturas pélvicas viscerais (Brow *et al.*, 2023; Jijo *et al.*, 2018).

Outro motivo descrito refere-se ao aumento da pressão intra-abdominal, gerado por tosse, espirros ou risos, transmitindo diretamente o útero para fora através da vagina. Isso se deve ao fato de que, no neonato, há uma mínima ou nenhuma angulação da junção útero-vaginal, mantendo-se em uma posição vertical, além de que seus órgãos pélvicos são essencialmente abdominais, portanto, com a pressão intra-abdominal elevada, pode-se transmitir o útero diretamente pela vagina da paciente (Hyginus; John, 2013).

### ETIOLOGIA

O prolapso uterino apresenta uma etiologia multifatorial. Estima-se que 82% a 86% dos casos relatados em neonatos estão associados a defeitos da medula espinhal, a qual é responsável pela inervação dos músculos do assoalho pélvico. Além disso, condições como trauma obstétrico, aumento da pressão intra-abdominal durante o trabalho de parto, prematuridade e algumas malformações dos ossos pélvicos podem estar relacionados com a etiologia da doença (Grass *et al.*, 2024).

Esses fatores etiológicos, que levam à debilidade muscular congênita e hipoplasia de todo o tecido suspensor e de suporte pélvico, podem explicar a associação do prolapso genital neonatal com gestações de apresentação pélvica,

trabalho de parto prolongado, parto prematuro ou restrição de crescimento intrauterino (FEMININA, 2019).

### **DIAGNÓSTICO:**

O diagnóstico envolve uma avaliação clínica detalhada, com a observação, pelo exame físico ginecológico, de uma protuberância rosa a avermelhada, visivelmente para além da parede vaginal, sendo observado o orifício externo cervical. A extensão do prolapso é variável, podendo ser de prolapso vaginal isolado ou incluindo o colo do útero ou corpo uterino (Saksono; Maulidyan, 2015).

Além disso, podem ser realizados exames complementares, como a ultrassonografia pélvica e a ressonância magnética, que irão evidenciar a posição dos órgãos pélvicos, dando detalhes na diferenciação de prolapsos complexos. Portanto, o diagnóstico de certeza pode ser confirmado após a restauração da anatomia fisiológica com a redução do prolapso e podendo ou não ter presença de associação de anormalidades na medula espinhal (Lockwood *et al.*, 2022).

### **TRATAMENTO**

Os tratamentos descritos na literatura variam desde condutas conservadoras até uma conduta cirúrgica. Tratamentos conservadores, como a redução manual e aguardar o ganho de peso, foram adotados em 2004, descritos por McGlone e Patole. Esta abordagem consiste em reposicionar o útero em sua anatomia fisiológica por meio de uma pressão digital externa suave.

A utilização de cateter de Foley via vaginal, redução digital da massa e cintagem de ambas as nádegas e extremidades inferiores, e o uso de tampão vaginal também são descritos em relatos (Jijo *et al.*, 2018; Zhirie *et al.*, 2018; Saramago *et al.*, 2019).

Embora raramente usado, o pessário vaginal foi descrito como uma abordagem terapêutica em prolapso persistente e que não respondem a redução manual. Essa forma de tratamento, ajuda a manter o útero em posição correta até desenvolvimento fisiológico do neonato, aguardando o aumento da tonicidade da região pélvica. (Pavone *et al.*, 2008).

A inserção do cateter de Foley pode ser indicado como método alternativo. Geralmente bem tolerado, estudos indicam sua eficácia em redução de prolapso em neonatos de forma a proporcionar um suporte mecânico ao útero reposicionando-o

através da inserção do cateter via vaginal e insuflação do balão com uma pequena quantidade de soro fisiológico. (Shaw; Austin, 2003).

Tratamentos cirúrgicos, como a fusão labial temporária com bandagem de crepe no baixo ventre até o terço inferior das pernas, ou a realização de sutura única dos grandes lábios durante dois meses são relatados. Essa forma de tratamento mais invasiva é utilizada em falha do tratamento conservador ou se o prolapso do neonato é irreversível ou severo (Hyginus; John, 2013; Fathi; Pinter, 2014; Keita *et al.*, 2023).

Ademais, foram encontrados dois relatos de caso com abordagem terapêutica utilizando o estrogênio tópico, porém com a necessidade de redução manual (Shaw; Austin, 2003; Pavone; King, 2008). Assim como os autores, no caso descrito, foi utilizado a terapia estrogênica, porém sem a necessidade de redução manual, e obteve-se resolução completa do prolapso uterino neonatal sem necessidade de intervenções cirúrgicas.

## **ESTROGÊNIO TÓPICO**

Acerca do estriol tópico, de baixa potência, compreende que atuando na mucosa vaginal e nos tecidos do assoalho pélvico, ele atinge as células epiteliais e fibroblastos, os quais são as células produtoras de colágeno. Ao atingir essas células, irão expressar os receptores de estrogênio, desencadeando assim uma ativação de genes responsáveis pela regulação da síntese de colágeno e de proteínas estruturais (Adlercreutz *et al.*, 1991; El-Sayed *et al.*, 2015).

Estudos atuais evidenciam que a terapia com estradiol colabora para aumento do colágeno tipo I e III no tecido conjuntivo do assoalho pélvico. O colágeno tipo I contribui para a formação de fibras grandes e de alta resistência à tração, as quais constituem tecidos como tendões, ligamentos, ossos e a pele. Já o colágeno tipo III forma fibras flexíveis e distensíveis, sendo o subtipo principal de colágeno existente na região vaginal (Rebecca *et al.*, 2022).

Diante deste cenário, o uso do estradiol tópico visa agir no fortalecimento dos tecidos do útero e vagina, além de restaurar a elasticidade vaginal, promovendo a contração e a regeneração dos músculos e ligamentos, auxiliando assim na resolução do prolapso uterino em neonatos. Uma das vantagens do uso tópico é devido à sua ação local, que por ser menos invasiva, minimiza os efeitos colaterais sistêmicos associados ao uso desse hormônio (Cappelletti *et al.*, 2003).

Disponíveis na forma de apresentação creme ou pomada vaginal, o estriol tópico possui concentrações de 0,1% a 0,5%. Para forma de aplicação, é orientado o uso de até 1 grama de creme a 0,1% ou 0,5% de preferência a noite visando permitir que o medicamento tenha tempo de agir durante o repouso do bebê. Orienta-se o uso por no mínimo 7 dias, sempre observando a resposta clínica, para ajuste de dose e frequência conforme necessidade (Cappelletti *et al.*, 2003; Pavone *et al.*, 2008).

No caso estudado, foi utilizado estriol tópico em sua forma de apresentação 0,1%, realizando aplicação diária do creme 1 (uma) vez ao dia á noite, por 45 dias consecutivos. O estriol foi aplicado com o dedo indicador diretamente na região prolapsada e pequenos lábios, com a pele limpa e seca, sendo utilizado uma gota em torno de 0,5 a 1 grama por aplicação. Com esse formato obteve-se resposta clínica significativa, com regressão completa do prolapso uterino neonatal, sem alterações de outros órgãos ou sistemas. Essa forma de tratamento se mostrou eficaz na redução e eliminação do prolapso neonatal, demonstrando o benefício de ser uma abordagem não invasiva, evitando necessidade de intervenção cirúrgica.

## **Discussão**

O prolapso uterino é uma condição incomum em recém-nascidos do sexo feminino e poucos relatos são encontrados na literatura, com sua primeira descrição realizada em 1723. O prolapso uterovaginal congênito tem diversas prováveis etiologias, como prematuridade, trauma obstétrico, aumento da pressão intra-abdominal, restrição do crescimento intrauterino, inervações defeituosas, e associação com defeitos congênitos no fechamento do tubo neural, sendo todos estes culminando ao enfraquecimento dos músculos e ligamentos da região pélvica (Febrasgo, 2021) (Hanine *et al.*, 2020).

No caso descrito, a paciente não tinha associação com patologias da medula espinhal, sendo descartado espinha bífida. O surgimento do defeito congênito foi associado a prematuridade e restrição do crescimentos intrauterino, que geraram a inabilidade do assoalho pélvico, assim como deficiência hormonal, que em associação aumento da pressão intra-abdominal ocasionado por cólicas abdominais e esforço para evacuação, culminam ao prolapso do útero.

Assim como descrito na literatura a maioria dos casos foram diagnosticados após o nascimento, com a realização do exame físico beira leito observando-se a região prolapsada, sendo medido sua extensão e se há presença ou não de espinha bífida

ou alterações no sistema geniturinário. Não foram encontradas evidências de pacientes que recebessem o diagnóstico durante o desenvolvimento intrauterino.

Ao analisar os resultados terapêuticos do prolapso uterino, podemos observar que as abordagens variam de acordo com as diferentes causas responsáveis pela condição da gestante. No caso específico, vários fatores podem ter contribuído para o prolapso, incluindo um pré-natal de alto risco devido à restrição do crescimento intrauterino, um parto prematuro com 28 semanas e imaturidade intestinal.

Em relação ao tratamento, a abordagem conservadora com o uso de estrogênio tópico deve ser considerada como a opção inicial no tratamento do prolapso uterino congênito, por ser uma alternativa de baixo custo, pouco invasiva e com baixa disseminação sistêmica. Essa terapia também pode ser associada a outras estratégias, como redução manual, uso do cateter de Foley e tampão. Caso essa abordagem não resulte em resolução, ou ocorra uma falha terapêutica, então outras abordagens, como cirurgias mais invasivas, devem ser consideradas (Beller *et al.*, 2021).

Apesar da etiologia multifatorial nesta paciente, foi possível obter resultados satisfatórios com estradiol tópico 0,1% usado por 45 dias como abordagem terapêutica. O prolapso uterino regrediu completamente, sem causar danos ou complicações a outros órgãos ou sistemas. Atualmente, cerca de dois anos após o diagnóstico e tratamento, a paciente continua a realizar suas atividades diárias normalmente, sem comprometimento em seu desenvolvimento e crescimento.

O uso de estrogênio tópico nesse contexto tem sido uma alternativa promissora. Este hormônio é essencial para o desenvolvimento e maturação dos músculos do assoalho pélvico, atuando nas células epiteliais e fibroblastos, realizando estimulação da produção de colágeno tipo I e III, fortalecendo assim os tecidos da região pélvica. No caso do prolapso uterino congênito, esses músculos são imaturos, o que contribui para a condição. Ao aplicar o estrogênio tópico, é possível estimular o amadurecimento desses músculos, proporcionando maior força e sustentação ao útero. Isso pode ajudar a reverter o prolapso, levando à sua regressão completa (Rebecca *et al.*, 2022) (Hyginus & John, 2013; Fathi & Pinter, 2014).

Além disso, o uso do estrogênio tópico como abordagem conservadora no tratamento do prolapso uterino congênito traz vantagens, como evitar procedimentos invasivos, como cirurgias, que podem apresentar riscos e complicações como sepse, isquemia, necrose e metaplasias, que podem afetar a futura fertilidade da paciente. O

tratamento com estrogênio tópico é geralmente seguro e bem tolerado, minimizando potenciais efeitos adversos (Hanine *et al.*, 2020).

## **Conclusão**

Os dados obtidos demonstraram que o prolapso uterino neonatal é uma condição incomum, mas muito importante clinicamente, diante de sua capacidade de causar repercussões permanentes no sistema reprodutor caso não tratado adequadamente. O caso descrito ilustra que a aplicação local do estrogênio foi eficaz na involução completa do prolapso, sem a necessidade de optar por uma intervenção cirúrgica. Como observado, o relato de caso reforça o benefício e a viabilidade dessa forma de tratamento em situações específicas, demonstrando a importância de considerar o tratamento conservador antes de eleger intervenções cirúrgicas.

Tratar o prolapso uterino neonatal com o estradiol tópico é uma opção segura e promissora, porém para garantia de sucesso e prevenção de complicações a longo prazo é de suma importância a associação de vigilância constante e avaliação clínica frequente. Essa terapia não oferece apenas abordagem menos traumática a paciente, mas representa um grande avanço na gestão terapêutica dessa patologia, demonstrando pelo caso clínico descrito seu resultado satisfatório e eficiente na resolução do quadro.

## **TOPICAL ESTROGEN FOR THE TREATMENT OF UTERINE PROLAPSE: literature review and case report**

### **Abstract**

**Introduction:** Neonatal uterine prolapse is a rare condition characterized by the protrusion of pelvic and/or intraperitoneal contents into the vaginal canal in newborn patients. The diagnosis is confirmed through the evaluation and inspection of the female genitalia during the physical examination after birth. It is a common affliction in women from the third decade of life, who have various risk factors for pelvic floor muscle weakness. The temporary treatment aims to return this content to its original location, involving different therapeutic approaches, from expectant management to surgical intervention.

**Objective:** To describe a clinical case of neonatal uterine prolapse treated with topical estrogen, aiming to understand the use of this therapy. **Method:** This is a descriptive literature review seeking to identify and collect relevant data on the use of topical estrogen as a therapeutic approach for uterine prolapse in newborns, also analyzing etiology, risk factors, diagnosis, and other treatment alternatives for this condition. The indexed terms used in the Health Science Descriptors (DECs) were uterine prolapse, etiologies, risk factors for uterine prolapse, diagnosis, topical estrogen, treatment, and newborn. The research databases included DynaMed, Gavin Publishers, PubMed, SciELO, as well as books, theses, and dissertations published between 2009 and 2024. For the case report, after obtaining the mother's consent, data was collected through virtual interviews with the mother, as well as by consulting the patient's discharge summary. **Case Report:** A preterm patient at 28 weeks of gestation, hospitalized in the neonatal ICU, underwent clinical evaluation, where a prolapse in the vaginal area measuring 0.5 cm was identified. Therefore, the use of topical estrogen was proposed as a therapeutic approach. **Conclusion:** Neonatal uterine prolapse is an uncommon condition, generally associated with a good prognosis, showing an effective response to conservative treatment.

**Keywords:** Topical estrogen, neonatal, uterine prolapse.

## Referências

- ABDELSALAM SE, DESOUKI NM, ABD ALAAL NA. Use of Foley catheter for management of neonatal genital prolapse: case report and review of the literature. **J Pediatr Surg**. 2006 Feb;41(2):449-52. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2005.11.031. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16481269/>. Acesso em: 27 mar. 2024.
- ADLERCREUTZ, H., et al. (1991). Effects of dietary soy on estrogen metabolism and breast cancer risk. **Journal of the National Cancer Institute**, 83(12), 900-908. doi: 10.1093/jnci/83.12.900. Acesso em: 28 de mar. 2024.
- AJABOR LN, OKOJIE SE. Prolapso genital no recém-nascido. **PubMed**. 1976 Sep;61(9):496-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/965192/>. Acesso em: 28 mar. 2024.
- BELLER, E. M. *et al.* Non-surgical management of congenital uterine prolapse in newborns: a systematic review." **Pediatric Surgery International**, v.37, n.2, p. 203-210, 2021. Acesso em: 27 mar. 2024
- BORGES, T. P.; LOPES, F. N. B.; VIANA, J. F. S. Neonatal uterine prolapse: case report in a maternity in the Brazilian Amazon. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 17, e08111738654, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i17.38654>. Acesso em: 27 de mar. 2024.
- BROWN, O. E.; MOU, T. P.; ACKENBOM, M. F. Prolapso uterino. **JAMA**, 2023. Disponível em: doi:10.1001/jama.2023.16277. Acesso em: 29 de mar. 2024.
- CAPPELLETTI, M., et al. (2003). Estrogens in neonatal treatment. **Hormone Research in Paediatrics**, 59(4), 159-164. doi: 10.1159/000068089. Acesso em: 28 de mar. 2024.
- CHENG, P. J. *et al.* Prenataldiagnosisof fetal genital prolapse. **Ultrasound in Obstetrics&Gynecology**, v. 26, p. 204-206, 2005. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/action/showCitFormats?doi=10.1002%2Fuog.1960&mobileUi=0>. Acesso em: 27 de mar. 2024.
- CRUZ, F. D. N. *et al.* O prolapso uterino e a anatomia aplicada aos procedimentos de correção. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 6, p. 22488-22498, nov./dez. 2022. DOI: 10.34119/bjhrv5n6-050. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com.br>. Acesso em: 27 mar. 2024.
- DIXON RE, ACOSTA AA, YOUNG RL. Manejo do pessário de Penrose no prolapso genital neonatal. **Revista americana de ginecologia e obstetrícia**. Jul 1974;119(6):855-7. doi: 10.1016/0002-9378(74)90104-5. PMID: 4601466. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4601466/>. Acesso em: 27 de mar. 2024.
- DYNAMED. **DynaMed**. Pelvic Organ Prolapse., 2024. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/pelvic-organ-prolapse>. Acesso em: 27 de mar. 2024.
- FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Prolapso dos órgãos pélvicos.**, n. 51, 2021. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/anticoncepcao/n51---G---Prolapso-dos-rgos-plvicos.pdf>. Acesso em: 28 de mar. 2024.

GIRIBELA, C. R. G.; GIRIBELA, A. H. G. Hormônios tópicos para o tratamento da atrofia urogenital: são todos iguais? **BULA EUROFARMA**, 2016. Disponível em: <https://cdn.eurofarma.com.br/wp-content/uploads/2016/10/artigo-terapia-hormonal-topica-tratamento-atrofia-vaginal-antrofi.pdf>. Acesso em: 28 de mar. 2024.

GRASSI, J. P. A. *et al.* Prolapso genital na prática clínica: análise da etiologia, diagnóstico e tratamento do prolapso de órgãos pélvicos em pacientes do sexo feminino. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n. 4, p. 01-11, jul./ago. 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n4-130. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com.br>. Acesso em: 29 de mar. 2024.

HANINE, D.; ETTAYEBI, F.; ZERHOUNI, H. Neonatal Genital Prolapse. *Archives of Pediatrics*, **Gavin Publishers**, 2020. Disponível em: <https://www.gavinpublishers.com/article/view/neonatal-genital-prolapse>. Acesso em: 28 de mar. 2024.

HYGINUS, E. O.; JOHN, C. O. Prolapso uterovaginal congênito presente no nascimento. **Jornal de Técnica Cirúrgica e Relato de Caso**, v. 5, p. 89-91, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/2006-8808.128741>. Acesso em: 28 de mar. 2024.

JIJO, Z. W.; BETELE, M. T.; ALI, A. S. Prolapso Uterovaginal Congênito em um Recém-nascido. *Relatos de Casos em Obstetrícia e Ginecologia*. **National Library of Medicine**, v. 3, p. 1-3, Jun, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2018/1425953>. Acesso em: 29 mar. 2024.

LOCKWOOD, G.; DURKEE, C.; GROTH, T. Genital prolapse causing urinary obstruction and hydronephrosis in a neonate: a case and review of the literature. **J Neonatal Surg**, n. 3, v. 1, p. 1-3, Jul 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4420420/pdf/jns-1-39.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2024.

PAVONE, M., ET AL. (2008). Treatment of neonatal uterine prolapse with topical estrogens. **Pediatric Surgery International**, 24(12), 1187-1191. doi: 10.1007/s00383-008-2230-6.

ROGERS, R. G.; FASHOKUN, T. Prolapso de órgãos pélvicos em mulheres: epidemiologia, fatores de risco, manifestações clínicas e manejo. **UpToDate**, 2022. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-females-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-management?search=estradiol%20e%20prolapso%20uterino&source=search\\_result&selectedTitle=4%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=4](https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-females-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-management?search=estradiol%20e%20prolapso%20uterino&source=search_result&selectedTitle=4%7E150&usage_type=default&display_rank=4). Acesso em: 28 mar. 2024.

SAKSONO, S.; MAULIDYAN, A. Neonatal genital prolapse: a case report. **Journal of Pediatric Surgery CASE REPORTS**, Elsevier, v. 3, p. 176-178. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213576615000299>. Acesso em: 29 mar. 2024.

SARAMAGO, A. L. P.; PARANHOS, M. B.; RIBEIRO, C. T. Prolapso uterino neonatal: relato de dois casos clínicos em hospital universitário e uma breve revisão de literatura. **Femina**, n. 47, v. 7, p. 421-425, maio 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046532/femina-2019-477-421-425.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2024.

SARTORI, M. G. F.; RIBEIRO, U. Prolapso genital. **Revista Médica Fleury**, ed. 1, 2014.

WALTERS, MARK D.; KARRAM, M. M. **Uroginecologia e Cirurgia Reconstructiva Pélvica**. Elsevier Brasil, 2016. Acesso em: 29 mar. 2024.

## APÊNDICE A - TCLE



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RELATO DE CASO  
MODELO PARA ADULTO**

Título da pesquisa: Estrogênio tópicos para tratamento de prolapso uterino: relato de caso  
 Pesquisador(a) Responsável: Caroline Kissila Pereira  
 Telefone(s) de contato:  
 E-mail:  
 Período total de duração da pesquisa: 10/03/2023 a 18/10/2024

1. Eu, Uenderson de Oliveira da Silva, estou sendo convidado (a) a permitir que o caso clínico da minha filha seja estudado e publicado pelos pesquisadores Caroline Kissila Pereira, Hemilly Costa Dias, Jamilly Pereira Marques e Thais Fernandes Coelho, na forma de um relato de caso, em encontros científicos e acadêmicos além de possível publicação em revista científica;
2. O objetivo dessa pesquisa é descrever um caso de uma paciente que realizou tratamento de prolapso uterino com estrogênio tópico, relatando as peculiaridades acerca do caso, afim de ampliar o conhecimento sobre o assunto;
3. A participação da minha filha incluirá responder às perguntas feitas pelos pesquisadores para fornecer informações acerca da história clínica da doença, autorizar a coleta dos dados dos resultados de exames realizados e das informações contidas na cópia do prontuário médico sobre a doença da minha filha. Permitir o uso de imagens, desde que estas sejam apenas para fins científicos e sem ser possível a identificação pessoal dela, com o uso de tarjas;
4. Ao participar desta pesquisa a Sra., bem como a sua filha podem não ter benefícios diretos na realização desse estudo. Contudo, possíveis benefícios, quando existirem, serão compartilhados e discutidos. As informações que serão avaliadas poderão ampliar o conhecimento sobre a doença e com isso os médicos e outros profissionais da saúde terão mais informações para cuidar de outros pacientes com a mesma doença;
5. Os riscos ou desconfortos que podem ocorrer incluem a possibilidade de exposição de informações pessoais, exigência de disponibilidade, dedicação e/ou perturbação emocional em razão do tempo de estudo. Fui informado (a) também que minha identidade e da minha filha não serão reveladas, ou seja, nossos dados pessoais não irão aparecer na divulgação desse trabalho;
6. Estou ciente de que os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e, portanto, esta pesquisa não oferece riscos à minha dignidade. Ao participar não irei sofrer nenhum preconceito, discriminação ou desigualdade social;
7. Tenho liberdade de não querer participar desse estudo agora ou em qualquer parte da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderei pedir mais informações sobre este estudo através do telefone dos pesquisadores;
8. Não terei nenhum tipo de despesa se escolher participar desta pesquisa, também não terei nenhum ganho material por aceitar participar. Se por causa dessa pesquisa, eu tiver alguma despesa, essa será reembolsada pelos responsáveis por essa pesquisa;



9. Qualquer dúvida quanto aos direitos da minha filha como participante desta pesquisa, ou se sentir que fomos colocados em riscos não previstos, eu poderei contatar um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos para esclarecimentos.

#### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Li as informações acima, recebi as explicações sobre a natureza, os riscos e benefícios do projeto. Comprometo-me a colaborar voluntariamente e compreendo que posso retirar meu consentimento e interrompê-lo a qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício.

Ao assinar duas vias deste termo, não estou desistindo de quaisquer direitos meus. Uma via deste termo me foi dada e a outra arquivada.

Nome do Participante: Wendecelina da Costa Lage Fernandes  
 Assinatura do participante: [Assinatura]  
 CPF: 052.651.366-31 Data 01/09/2023

Nome do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ Data  / /

No caso do projeto ter sido avalliado por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) favor informar os dados do CEP.

Identificação do CEP: \_\_\_\_\_  
 Endereço do CEP: \_\_\_\_\_  
 Telefone do CEP: \_\_\_\_\_