

Manobras de Liberação Miofascial dos Ligamentos Profundos (Manobra do Ligamento Largo) nos tratamentos de Infertilidade e da Endometriose?



Gustavo F. Sutter Latorre¹

RESUMO

Submissão: 21/07/2023

Aceite: 30/07/2023

Publicação: 10/08/2023

Panorama: A Manobra do Ligamento Largo (MLG) foi descrita para o tratamento de dores pélvicas profundas, mas vem evoluindo com o tempo, parecendo ser útil em outros campos específicos. **Objetivo:** Descrever os avanços clínicos do uso da MLG, particularmente sobre infertilidade e endometriose. **Método:** Comunicação de avanços a partir de discussões de casos clínicos de um grupo focal de fisioterapeutas pélvicas para criação de hipóteses para futuros estudos. **Resultados:** A MLG parece aumentar o fluxo menstrual, relacionado ao crescimento endometrial e, portanto, correção da infertilidade por baixa receptividade endometrial. As dores de endometriose podem estar relacionadas a contraturas musculares e/ou conectivas, pois a MLG parece diminuir estas dores tanto na fase aguda quanto crônica. **Conclusão:** É possível que a MLG aumente as chances de nidação e conseqüentemente a fertilidade, bem como sirva de ferramenta para o tratamento das dores por endometriose, porém estudos clínicos para este fim se fazem urgentes.

ABSTRACT

Background: The Broad Ligament Maneuver (BLM) was described for the treatment of deep pelvic pain, but it has evolved over time, appearing to be useful in other specific fields. **Aims:** To describe the clinical advances in the use of BLM, particularly regarding infertility and endometriosis. **Method:** Communication of advances from discussions of clinical cases of a focus group of pelvic physiotherapists to create hypotheses for future studies. **Results:** BLM seems to increase menstrual flow, related to endometrial growth and, therefore, correction of infertility due to low endometrial receptivity. Endometriosis pain may be related to muscle and/or connective contractures, as the BLM seems to reduce these pains both in the acute and chronic phases. **Conclusion:** It is possible that BLM increases the chances of implantation and consequently fertility, as well as serving as a tool for the treatment of pain due to endometriosis, but clinical studies for this purpose are urgently needed.

INTRODUÇÃO

A dor genital segue ainda um tormento real para mais da metade das mulheres por volta dos 20 anos de idade¹, para cerca de um terço das mulheres por volta dos 30 anos de idade² e para um em cada um em cada dez homens³. Recentemente os tipos de dor genital foram descritos por meio de uma classificação cinesiológico-funcional baseada na Classificação Internacional de Incapacidade e Saúde (CIF) em dores genitais de causas musculares (ou dores tipo 1) e dores genitais de causas conectivas (ou dores tipo 2)⁴, para as quais foram desenvolvidos dois protocolos específicos para liberação miofascial capazes de regredir totalmente a dor em uma média de 4,5 sessões⁵. O fato de a maioria absoluta (85%) dos assoalhos pélvicos poder ser enquadrada num diagnóstico cinesiológico-funcional compatível à hiperatividade do assoalho pélvico⁶ faz parte do entendimento deste amplo fenômeno que, apenas recentemente, começa a ser categoricamente desvendado.

O tratamento de dores genitais por meio de técnicas liberação miofascial específica, hoje, é responsável boa parte do movimento de centenas de consultórios de fisioterapeutas pélvicas por todo o país. O fato destas dores serem causadas por contraturas/aderências musculares e/ou conectivas permite a inferência de que este tipo de problema pode estar presente em virtualmente qualquer parte da pelve humana, uma vez que tecidos musculares e tecidos conectivos existem desde a pele até as porções mais profundas do tecido ósseo, incluindo as vísceras.

Apesar de historicamente as primeiras manobras para liberação miofascial de dores genitais foram desenvolvidas para regiões superficiais, como o vestíbulo vulvar e as regiões perianal e periclitoridiana^{5,7}, além da porção pubovisceral dos músculos levantadores do ânus^{5,7-9}, a necessidade de abordagens voltadas às porções mais profundas, como a área circunjacente aos ligamentos pericervicais uterinos (ligamentos uterossacros, cardinais e pubocervicais) e dos ligamentos profundos, mais próximos ao fundo uterino (ligamentos largo e redondo), exigiu o desenvolvimento de manobras mais profundas de liberação miofascial, que ultrapassassem os limites da vulva externa e dos músculos puboviscerais. Trata-se de um conjunto de manobras distintas, mais conhecidas hoje pela manobra mais popular, chamada *Manobra do Ligamento Largo*^{5,10}, previamente descrita¹⁰.

Como qualquer procedimento que exige técnica, as manobras de liberação miofascial para dores genitais continuam evoluindo, a passos cada vez mais largos quanto mais profissionais vão aderindo ao protocolo e, deste modo, aperfeiçoamentos traduzidos em maior eficácia e eficiência vem

surgindo progressivamente. Assim, a razão do presente relato é atualizar a comunidade das fisioterapeutas pélvicas brasileiras a respeito das mais recentes novidades acerca das manobras profundas de liberação miofascial, ancoradas pela já célebre *Manobra de Liberação do Ligamento Largo*.

MÉTODO

Trata-se de comunicação de avanços do tipo “cartas ao editor”, para divulgar observações clínicas do uso da *Manobra do Ligamento Largo* e suas variantes, no intuito de estimular a comunidade clínica e científica na observação e no carreamento de novos estudos para temas ainda pouco estudados na literatura atual, particularmente sobre as dores relacionadas à endometriose e sobre os efeitos funcionais da Fisioterapia Pélvica sobre a fertilidade humana. Os resultados descritos na presente comunicação, são oriundos de relatos de casos clínicos anônimos, discutidos por fisioterapeutas pélvicas que utilizam as manobras supracitadas com o autor, a partir de grupos focais de discussão de casos em Fisioterapia Pélvica via WhatsApp e servem, portanto, unicamente como provocação científica para futuras pesquisas sobre o tema. De acordo com a Lei nº 12.527/2011, artigo VII, o presente desenho é isento de avaliação por Comitê de Ética.

RESULTADOS

Alteração do fluxo menstrual

Relatos *a posteriori* das mulheres sujeitadas à Manobra do Ligamento Largo, desde os primeiros estudos¹⁰ têm apontado uma tendência ao aumento do fluxo menstrual no ciclo imediatamente seguinte à aplicação da Manobra, mesmo quando realizada uma única vez. No presente, o fenômeno parece ter sido observado em mais de 30 mulheres, dentre fisioterapeutas pélvicas e pacientes, sem outros efeitos colaterais relatados, que não a diminuição da dor local.

Pois bem. A quantidade de sangue exteriorizada durante o período menstrual (menstruação) é advinda da descamação do epitélio endometrial, cujo crescimento ocorrera nas semanas anteriores no intuito de favorecer à nidadação do embrião no caso de fecundação¹¹. Deste modo, a quantidade de

sangue menstrual é diretamente proporcional à quantidade (ou espessura) do epitélio endometrial construído nas semanas anteriores: quanto mais espesso o endométrio, maior o volume sangue menstruado caso não haja fecundação.

Acontece que uma das variáveis que implica diretamente na fertilidade feminina é a espessura do endométrio: quanto mais espesso, maiores as chances de nidação e, portanto, da viabilidade da gestação¹². A nidação do embrião ocorre quando este é capturado pelas vilosidades endometriais, que funcionam como torres de tecido epitelial projetadas para dentro da cavidade uterina, entre as quais fossos aumentam a probabilidade de captura do ovo fecundado para fixação e consequente desenvolvimento¹¹.

Ante o exposto se, de fato, a Manobra do Ligamento Largo aumenta o fluxo menstrual, ela deve logicamente ter aumentado o crescimento do epitélio endometrial nas semanas prévias. Se esta observação for confirmada, é possível que a aplicação desta manobra favoreça a construção de uma rede mais poderosa de captura do ovo fecundado, incrementando as possibilidades de nidação e, portanto, de gestação. Convém ressaltar que a baixa receptividade endometrial é prevalente nos casos de infertilidade idiopática (onde não há problemas hormonais ou físicos aparentes com a mãe ou o pai)¹³.

Alívio das dores causadas pela endometriose

A endometriose é uma condição que afeta uma em cada cinco mulheres¹⁴, correspondendo a boa parte das pacientes que buscam ajuda em consultórios de Fisioterapia Pélvica por dor pélvica crônica¹⁵. A condição é causada por focos de tecido endometrial que migram e se implantam em outras partes da cavidade pélvica, dentre músculos (lisos, como parede de outros órgãos pélvicos como reto ou bexiga, ou estriados, como as paredes dos músculos obturador interno e levantadores do ânus), fáscias (como a de músculos estriados ou a própria fáscia endopélvica) e ligamentos (como o largo e o redondo), causando dor cíclica, especialmente na última semana do ciclo (semana antes da descida do fluxo menstrual)¹⁶. Há pouco sucesso hoje no tratamento das dores causadas pela endometriose, assim coroando sombriamente as dores pélvicas crônicas.

Dentro de nosso grupo de profissionais, a Manobra do Ligamento Largo tem sido

repetidamente descrita como causadora de influência positiva sobre o quadro algico de mulheres com endometriose que buscam serviços de Fisioterapia Pélvica. Os mecanismos pelos quais estas manobras têm aliviado este tipo de dor, no entanto, seguem sem explicação.

Teoricamente, é possível que a dor da endometriose em si esteja diretamente relacionada a contraturas das fâscias e ligamentos (tecidos conectivos) ou dos músculos (particularmente os estriados). Apesar de aprisionados dentro dos tecidos musculares e/ou conectivos, estes focos de tecido endometrial, suscetíveis à ação hormonal, cresceriam sob a ação especialmente do estrogênio durante a fase normal de crescimento do epitélio do endométrio. Este crescimento formaria uma espécie de tumor ou inchaço dentro da estrutura muscular ou conectiva que, com a queda dos níveis de estrogênio e progesterona desencadeadora da descamação endometrial e consequente fluxo menstrual formaria, dentro daqueles pontos específicos, uma espécie de hematoma (sangue “menstrual” aprisionado dentro do músculo, uma fâscia ou um ligamento, por exemplo). A presença deste hematoma dentro de estruturas relacionadas ao movimento causaria, durante a mobilidade quotidiana, dores musculares ou conectivas no exato período prévio à descida do fluxo menstrual, justamente na fase quando os processos inflamatórios pré-menstruais seriam mais intensos.

Sabemos que dores relacionadas a contraturas de músculos ou de fâscias são causadoras de dor pélvica crônica⁴, e podem ser tratadas com sucesso por técnicas de liberação miofascial específicas, capazes de zerar a dor da paciente em poucas sessões⁵. Contudo, para o caso da endometriose, estas contraturas seriam causadas por estes hematomas ativos na fase pré-menstrual, que voltariam a estar ativos novamente no próximo mês e assim sucessivamente, de modo que as contraturas são cronificadas em ciclos caracterizados por semanas de menor dor (fases folicular e ovulatória) e semanas de maior dor (final da fase lútea). Nestes casos a liberação miofascial deveria ser realizada na última semana do ciclo (semana antes da menstruação ou pré-menstrual) aliviando a dor que, teoricamente, regressaria em cerca de três semanas, durante a nova próxima semana pré-menstrual.

Curiosamente, o alívio da dor pré-menstrual em mulheres com endometrioses tratadas pela Manobra do Ligamento Largo, para o nosso grupo de profissionais, parece surtir efeito mesmo no médio prazo. A dor do mês seguinte, mesmo com sessões realizadas unicamente no mês anterior, têm sido descritas pelas mulheres acometidas como menores no geral. Esta observação, se

confirmada, pode sugerir que exista uma acumulação de contraturas nos tecidos moles acometidos por focos de endometriose com o tempo, de modo a piorar cumulativamente tanto as contraturas quanto as dores subsequentes. Assim, a liberação miofascial também poderia ocorrer de forma crescente e cumulativa, quando realizada com suficiente frequência, diminuindo assim cronicamente o volume total de dor causada por estes focos de endometriose. Estas intrigantes questões certamente merecem ensaios clínicos para serem elucidadas, pois uma vez confirmadas, poderão servir de guia para uma forma não invasiva, sem riscos nem efeitos colaterais, embora paliativa, para o alívio da dor das milhares de vítimas da endometriose espalhadas pelo mundo.

CONCLUSÃO

A *Manobra do Ligamento Largo*, como ícone do conjunto de manobras de liberação miofascial específicas para dores pélvicas crônicas profundas, é eficiente no tratamento deste tipo de dor, e ao que parece, possivelmente pode ajudar no tratamento da infertilidade “idiopática” (na verdade relacionada à baixa receptividade endometrial) e das dores pélvicas causadas por focos de endometriose. Novos estudos se fazem necessários para maiores esclarecimentos.

REFERÊNCIAS

1. Cerentini TM, La Rosa VC, Goulart CL, Latorre GFS, Caruso S, Sudbrack AC. Female sexual dysfunctions: prevalence and related factors in a sample of young university women – a cross-sectional study. *Sex Relationship Ther*. <https://doi.org/10.1080/14681994.2020.1748592>.
2. Latorre GFS, Bobsin E, Kist LT, Nunes EFC. Validação da escala curta de avaliação funcional do desejo sexual feminino. *Rev Pesqui Fisioter*. 2020;10(1):93-102. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v10i1.2724.
3. Suskind AM, Berry SH, Ewing BA, Elliott MN, Suttorp MJ, Clemens JQ. The prevalence and overlap of interstitial cystitis/bladder pain syndrome and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: results of the RAND Interstitial Cystitis Epidemiology male study. *J Urol*. 2013 Jan;189(1):141-5. doi: 10.1016/j.juro.2012.08.088. Epub 2012 Nov 16. PMID: 23164386; PMCID: PMC3894747.
4. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. *Rev Bras Fisiot Pelvica* (2021) 1(2):71-82.
5. 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.

6. Latorre GFS, Rohenkohl SD, Vianna FH, et al. (Quase) todos os assoalhos pélvicos são hiperativos: a inversão do mais antigo paradigma da Fisioterapia Pélvica. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(2)63-70.
7. Latorre GFS, Ayala A. Ferramentas de imagem para avaliação e evolução do tratamento de aderências conectivas: estudo piloto. Rev Bras Fisiot Pelvica 2023;3(1)5-14.
8. 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.
9. Tomen A, Fracaro G, Nunes ECF, Latorre GFS. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 24(3):121-130, set/dez, 2015.
10. 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.
11. Guyton AC e Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. Editora Elsevier. 13ª ed., 2017.
12. Thomas Strowitzki and others, The human endometrium as a fertility-determining factor, Human Reproduction Update, Volume 12, Issue 5, September/October 2006, Pages 617–630, <https://doi.org/10.1093/humupd/dml033>
13. Lessey BA, Castelbaum AJ, Sawin SW and Sun J (1995) Integrins as markers of uterine receptivity in women with primary unexplained infertility. Fertil Steril 63,535–542.
14. Moradi Y, Shams-Beyranvand M, Khateri S, Gharahjeh S, Tehrani S, Varse F, Tiyuri A, Najmi Z. A systematic review on the prevalence of endometriosis in women. Indian J Med Res. 2021 Mar;154(3):446-454. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_817_18. PMID: 35345070; PMCID: PMC9131783.
15. Wójcik M, Szczepaniak R, Placek K. Physiotherapy Management in Endometriosis. Int J Environ Res Public Health. 2022 Dec 2;19(23):16148. doi: 10.3390/ijerph192316148. PMID: 36498220; PMCID: PMC9740037.
16. Bansal K. Manual of Endometriosis. JAYPEE Medical Ltd; 1ª ed., 2013.