



RELATO DE CASO

Óbito pós inversão uterina: relato de caso

Death after uterine inversion: a case report

Muriel S. Giongo¹, Tatiane Azzi², Thaisa Silva Gios³, Thaiana Santoro C. Rosa⁴

Resumo

A inversão uterina é uma patologia rara, ocorre como complicação grave do terceiro estágio do trabalho de parto. O aspecto mais importante reside no diagnóstico precoce e como consequência uma conduta terapêutica metódica e urgente; quanto maior o atraso no tratamento mais alta a taxa de mortalidade. Descreve-se um caso de inversão uterina não responsiva ao tratamento mesmo sem apresentar intercorrências desde o pré-natal até o parto. As autoras abordam em seguida os fatores etiológicos, o diagnóstico e a terapêutica.

Descritores: Inversão uterina. Hemorragia pós-parto. Óbito.

Abstract

The uterus inversion is a rare pathology, occurs as a serious complication of the third labor stage. The mainly aspect is an early diagnosis and consequently an therapeutic methodical and urgent conduct; as longer is the delay in treatment, as highest is the mortality rate. A case of uterine inversion that was unresponsive to the treatment even without presenting complications from prenatal until delivery is described. The authors then discuss the etiologic factors, the diagnosis and the therapeutic.

Keywords: Uterus inversion. Post labor hemorrhage. Deat.

Introdução

A inversão uterina aguda do pós-parto é uma patologia rara, mas potencialmente trágica. Geralmente é associada à hemorragia imediata com risco de vida. Ocorre como complicação do terceiro período do parto, e deve ser imediatamente identificada e tratada, pois pode levar à morte ou comprometer o futuro reprodutivo da mulher. Apesar de rara, surge de imediato após o parto, em particular em primíparas^{1,3,5}.

Há inversão uterina de causa ginecológica e de causa obstétrica. A inversão de origem tocológica constitui o tipo mais comum de inversão uterina, sendo mais raros os casos cuja origem se prende à presença de tumores; menos frequentes ainda são as inversões idiopáticas. A incidência de inversão uterina aguda é variável, na média fica em torno de 1: 15000 partos^{2,6}.

Os sinais clínicos variam de acordo com a intensidade, o grau anatômico de inversão e o momento em que ela ocorre. Quanto ao quadro clínico e diagnóstico, o principal sinal de inversão uterina aguda é a hemorragia, de intensidade variável e constante, podendo causar comprometimento hemodinâmico. A dor abdominal pode ser intensa, sincopal e persistente em região hipogástrica, podendo acontecer após alguns minutos do parto ou até dias depois do mesmo. O choque geralmente é de origem neurogênica, pelo estiramento dos ligamentos largo, dos nervos peritoneais e também pela pressão sobre os ovários^{5,7,8}.

Relato de caso

V.C. feminina, 20 anos, primigesta, Idade Gestacional de 38 semanas e 2 dias, admitida no hospital para assistência ao parto vaginal. Contrações uterinas com frequência de 2/10 minutos, duração de 40 segundos. Pré natal com sorologias negativas, tipagem sanguínea A e fator Rh (+) positivo. Exame físico: PA 120/80 mmHg; colo uterino apagado, grosso, centralizado, com 4cm de dilatação; bolsa íntegra. BCF presentes e regulares 146bpm. Evolução de 7 horas do trabalho de parto, com

1. Médica Ginecologista e Obstetra formada pela Universidade do Rio Grande do Sul (URG), Porto Alegre, RS.
2. Acadêmica de Medicina da Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC.
3. Acadêmica de Medicina da Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC.
4. Acadêmica de Medicina da Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC.

ruptura manual da bolsa amniótica e dilatação uterina de 10 cm e foi indicado parto vaginal com realização de episiotomia, sem intercorrências. RN único, vivo, feminino, 2930g, APGAR 9/10. Dequitação normal e espontânea. Durante a episiorrafia observou-se sangramento maior que o esperado, sendo realizado Methergyn IM.

Na revisão pós parto, feito diagnóstico de inversão uterina, confirmado com exame especular. Foi realizada a manobra de TAXE, porém não houve resposta efetiva. Optou-se por realizar o procedimento de Huntington, com realização da laparotomia e tração do corpo uterino, com pexia em ligamentos redondos. Transfundiuse 5 concentrados de hemácias, 3 de plaquetas e 3 de plasmas congelados. Não havia sinal de útero de Couvelair. Paciente evoluiu com choque necessitando de histerectomia puerperal. Durante o procedimento foi realizada transfusão de três concentrados de hemácias. Paciente apresentou parada cardiorespiratória, sendo realizada manobra de ressuscitação sem sucesso, com evolução a óbito. O anatomopatológico evidenciou útero puerperal com processo inflamatório agudo.

Discussão

Relatamos um caso clínico de uma primípara que realizou o pré-natal sem intercorrências, assim como o trabalho de parto e o parto, porém evoluiu para inversão uterina não responsiva ao tratamento. Segundo a evolução clínica a inversão uterina é classificada em aguda se ocorrer nas primeiras 24 horas pós-parto, subagudas se ocorrem depois das 24 horas e antes de quatro semanas e são ditas inversões uterinas crônicas se surgem a mais de quatro semanas após o parto...Quanto à etiopatogenia da inversão uterina aguda, destacam-se alguns fatores predisponentes: inserção fúndica da placenta, atonia uterina, acretismo placentário, cordão curto, anomalias congênitas e fraqueza da parede uterina na zona de inserção placentária (devido a endometrites, multiparidade, curetagem)^{2,6,7,9}.

Na grande maioria das vezes, principalmente na forma aguda, o diagnóstico é clínico. O obstetra deve ser consciente acerca desta complicação pós parto, e deve rastreá-la pela exploração manual do útero, pela revisão rotineira do colo do útero e da vagina no pós parto imediato^{7,11}.

O tratamento consiste na realização da manobra de Taxe (com a mão fechada, desinverter o útero para sua posição normal) sob anestesia e com miorelaxantes como o halotano. Em casos mais graves pode-se deixar compressa para a manutenção do útero nessa posição, ou, em necessidade extrema, realizar laparotomia e tração cirúrgica do corpo pelo fundo uterino com pinças

(procedimento de Huntington). Após o reposicionamento uterino, deve-se associar ocitócitos e, nos casos de grandes perdas sanguíneas, transfusão sanguínea^{8,10}.

Complicações sépticas e hemorrágicas estão descritas assim como perfurações ou roturas uterinas^{10,11}.

A histerectomia representa o último recurso a ser usado no tratamento da hemorragia pós-parto, sendo utilizada quando o choque volêmico é evidente. É necessária, na maioria das vezes, a histerectomia subtotal, que é de mais fácil realização e com menor morbidade associada, representa a forma mais comum de tratamento quando a hemorragia pós parto necessita de intervenção cirúrgica. Sua incidência é mais elevada após cesarianas^{8,11}.

Portanto a inversão uterina é uma emergência obstétrica que deve ter diagnóstico e terapêutica imediatos devido a alta morbimortalidade materna. Para o diagnóstico é necessária a vigilância atenta da paciente, principalmente no pós-parto imediato, para uma boa recuperação anatômico e funcional, sem sequelas.

Bibliografia

- 1) Tratado de obstetrícia [da] Febrasgo /editor geral Roberto Benzecry; editores adjuntos Hildoberto Carneiro de Oliveira, Ivan Lemgruber. - Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 2000. - 913 p.
- 2) Calado E., Rebelo C. Hemorragias graves do 3º e 4º períodos do trabalho de parto e miomas submucosos. Arquivos de medicina, 2006.19/4, 145-147.
- 3) Camano L., Souza E., Sass N., Mattar R. Obstetrícia - Guias de Medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP/Escola paulista de medicina. 2003; 1ed. São Paulo, SP.
- 4) Leveno K.J e col. Manual de Obstetrícia de Williams. Tradução: Edison Capp. -21.ed. - Porto Alegre, RS: Artmed, 2005. - 784 p.
- 5) Freitas e col. Rotinas em Obstetrícia, 4ª ed - Porto Alegre, RS: Artmed, 2001.
- 6) Neves J. et al. Inversão uterina. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Hospital Santa Maria. Lisboa; Acta Med Port 2006; 19: 181-184.
- 7) Jerbi M, Iraqui Y , Jacob D, Truc J-B: Inversion utérine puerpérale aigue: a propos de deux cas. Gynecol Obstet Fert 2004; 32: 224-227.
- 8) Costa AS, Constantino GD, Abrahão J. Manejo Clínico da hemorragia pós parto. Rev Med Minas Gérias 2010; 20 (4S2): 55-58

- 9) Miras T, Collet F, Seffert P. Inversion utérine puerpérale aigue: a propos de deux cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002; 31: 668-671
- 10) Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ ET AL: Williams Obstetrics. 21st ed. McGraw-Hill 2001; 642-3.
- 11) Andrade D, Oliveira GH, Oliveira HL. Tratamento da hemorragia pós parto. Rev Med Minas Gerais 2010 ;20 (4S2) : 42-47.

Endereço para correspondência

Thaiana Santoro Campos Rosa
R: engenheiro Rodolfo Ferraz 189 apto 701
Blumenau, SC.
89010-320
E-mail: thaianasantoro@hotmail.com