

Histerectomia de emergência em primigesta de 15 anos de idade por hemorragia no pós-parto

Emergency hysterectomy in primigravida of 15 years old for postpartum haemorrhage

Antônio Flávio Rodrigues¹, Bruno Emanuel Carvalho Oliveira¹, Diogo Ramos Santos¹, Eualdo Fernandes da Silva Júnior¹, Felipe Ferreira Guimarães¹, Hebert Gomes Muniz², Leonardo Vinicius de Andrade¹, Mariana Ataydes Leite Seabra²

RESUMO

A hemorragia pós-parto é responsável por quase um quarto de todas as mortes maternas no mundo, além de constituir importante causa de morbidade puerperal e sequelas maternas. Os principais fatores de risco são a atonia uterina, retenção de tecidos ovulares e placentários, traumas obstétricos e coagulopatias. A atonia uterina é a causa mais comum, sendo tratada com massagem uterina e vários agentes uterotônicos e, na sua falha, com intervenções cirúrgicas como a histerectomia. Relata-se a evolução de primigesta de 15 anos de idade submetida à histerectomia de emergência devido à hemorragia pós-parto não controlada com medidas conservadoras.

Palavras-chave: Hemorragia Pós-Parto; Histerectomia; Período Pós-Parto.

ABSTRACT

The postpartum hemorrhage is responsible for almost one quarter of all maternal deaths in the world, besides being an important cause of morbidity, perinatal and maternal sequelae. The main risk factors are uterine atony, retained placental and ovular tissues, obstetric trauma and coagulopathy. The uterine atony is the most common cause, being treated with uterine massage and various uterotonic agents, and the failure of those, with surgeries such as hysterectomy. This article presents a case of a primigravida of 15 years who underwent an emergency hysterectomy due to postpartum hemorrhage not controlled with conservative measures.

Key words: Postpartum Hemorrhage; Hysterectomy; Postpartum Period.

INTRODUÇÃO

A hemorragia pós-parto (HPP) é responsável por quase um quarto das mortes maternas no mundo, com estimativa de 125.000 mortes anuais.¹

A Organização Mundial da Saúde define HPP como perda superior a 500 mL de sangue até 24 horas após o parto.² Há evidências, entretanto, de que a perda de 500 e de 1000 mL sangue após o parto vaginal e após cesariana, respectivamente, é normal e tem pouca relevância clínica.³ A definição de HPP, por isso, pode ser revista como a hemorragia que requer hemotransfusão para seu tratamento.⁴

A HPP associa-se a complicações maternas como choque hipovolêmico, insuficiência renal, coagulopatias, síndrome da angústia respiratória do adulto, necrose

¹ Acadêmico interno em Ginecologia e Obstetrícia - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

² Professora Substituta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG

Instituição:

Trabalho realizado pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG

Endereço para correspondência:

Rua Stibina nº 40, aptº 204, bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG. CEP 30260-300.
E-mail: leonardoandrade1@yahoo.com.br

hipofisária e histerectomia de emergência, procedimento cirúrgico com graves consequências para o futuro reprodutivo da mulher.^{5,6}

Os principais fatores de risco da HPP são a atonia uterina, retenção de tecidos ovulares e placentários, principalmente por acretismo placentário, traumas obstétricos e coagulopatias.⁵ São também considerados fatores de risco: obesidade, idade materna avançada e gestações com fetos constitucionalmente grandes.

A adoção de medidas preventivas, o diagnóstico precoce e a abordagem sistematizada são fundamentais para diminuir o impacto da hemorragia pós-parto.

Descrição do caso

Foi admitida à uma hora, na Maternidade do Hospital Júlia Kubitschek, primigesta de 15 anos de idade, com idade gestacional (IG) de 39 semanas e dois dias, com queixas de contrações uterinas esporádicas. Apresentava-se em bom estado geral, sem alterações nos principais sistemas fisiológicos. Os batimentos cardíacos estavam em 140 bpm, com movimentação fetal presente, medida de fundo uterino de 34 cm e tônus uterino normal, com contração de 15 segundos, a cada 10 minutos. O colo uterino apresentava-se ao toque com dois cm de dilatação e 80% apagado.

A paciente realizou nove consultas de pré-natal em Unidade Básica de Saúde, tendo como única intercorrência três episódios de infecção do trato urinário, sem controle de cura. Os exames laboratoriais e ultrassonográficos do pré-natal estavam normais. A paciente não possuía antecedentes de cirurgias e doenças relevantes.

Permaneceu sob observação quando iniciou, cinco horas após a sua admissão hospitalar, a fase ativa do trabalho de parto. Passou a queixar, três horas depois, de dor abdominal intensa, sudorese, tônus uterino aumentado e bradicardia fetal. Foi submetida, nesse momento, à amniotomia, com saída de pequena quantidade de líquido amniótico claro. Foi encaminhada ao Centro Obstétrico para cesariana de emergência devido à possibilidade de descolamento prematuro de placenta.

A cirurgia transcorreu sem intercorrências, sendo retirado o recém-nascido (RN) vivo, único, masculino, com Apgar 9 e 9 nos primeiro e quinto minutos, com 2805 g. A dequitação manual da placenta evidenciou área sugestiva de descolamento placentário correspondente à região fúndica do útero. Observou-se, após a histerorrafia, hipotonia uterina. Não foi obser-

vado sangramento em histerorrafia. Entretanto, foi evidenciada hemorragia vaginal importante, e manutenção da hipotonia uterina, mesmo após massagem uterina bimanual direta vigorosa. Foram infundidas também quatro ampolas (20 UI) de ocitocina intravenosa e uma ampola de *Methergin*® em corno uterino, sem reversão da atonia uterina. Optou-se por inserção de quatro comprimidos de 200 µg de *misoprostol* via retal associado à massagem uterina vigorosa. Devido ao insucesso das medidas descritas e à manutenção da atonia uterina e da hemorragia vaginal, optou-se pela histerectomia subtotal abdominal.

A paciente evoluiu bem no puerpério imediato. O RN permaneceu com a mãe no alojamento conjunto, amamentando ao seio e sem intercorrências. Os exames complementares prévios à cirurgia evidenciaram hemograma e coagulograma normais, e ausência de indícios de foco infeccioso. Recebeu alta no terceiro dia pós-histerectomia, com orientações para acompanhamento puerperal e uso de sulfato ferroso.

DISCUSSÃO

A abordagem da HPP depende de vários fatores, como etiologia do sangramento, opções terapêuticas disponíveis, experiência dos médicos em utilizá-las e o desejo reprodutivo da paciente.⁶

A prevenção da HPP consiste na conduta ativa durante o terceiro período do parto, por meio da administração de agentes uterotônicos profiláticos, clampeamento precoce e tração controlada do cordão umbilical, medidas eficazes em diminuir a incidência e morbidade da hemorragia pós-parto.⁶

A causa mais comum da atonia uterina é tratada primariamente com massagem uterina e vários agentes uterotônicos como ocitocina, ergometrina, misoprostol e prostaglandina F_{2α},⁷ drogas que foram instituídas, sem sucesso, neste caso.

Caso não haja controle da hemorragia com o tratamento inicial, intervenções cirúrgicas, como tamponamento por balão intra-uterino, suturas de compressão uterina, embolização arterial angiográfica, ligadura arterial e histerectomia devem ser realizadas a fim de se conseguir a hemostasia e de evitar danos maiores à saúde materna.^{8,9} Nem todos esses procedimentos estão disponíveis em maternidades, além de ser necessária experiência do médico com a técnica utilizada. Não existem estudos randomizados controlados sobre os vários métodos de tratamento e a taxa

de sucesso de um método não tem se mostrado melhor que a de outro no manejo da HPP grave.¹⁰

A histerectomia periparto tem média estimada de 0,8 por 1000 partos¹², e as duas razões mais comuns para sua realização são a atonia uterina e o acretismo placentário.¹¹ É a modalidade cirúrgica mais comum, tendo maior incidência após cesarianas.¹³ É importante ressaltar que a paciente em questão apresentou descolamento prematuro de placenta, confirmado pela inspeção do órgão, o que pode ter contribuído para a hipotonia uterina pós-parto. As principais complicações da histerectomia são infecção do sítio cirúrgico, lesões da bexiga e uretra, dentre outros órgãos, hemorragia intra-abdominal e o comprometimento definitivo da vida reprodutiva da mulher.¹⁴

Neste relato, provavelmente, a gravidade da hemorragia e a via de parto utilizada corroboraram para a não-utilização das intervenções citadas, tornando a histerectomia a opção terapêutica mais plausível apesar de todas suas repercussões.

CONCLUSÃO

A HPP é importante causa de morbimortalidade materna. A adoção de medidas preventivas, o diagnóstico precoce e uma abordagem sistematizada são fundamentais para diminuir o seu impacto. A histerectomia de emergência, como a realizada no caso, deve ser vista como última opção terapêutica após a ineficiência ou impossibilidade de aplicação das demais medidas de hemostasia, pois compromete de forma definitiva o futuro reprodutivo da mulher.

REFERÊNCIAS

1. Selo-Ojeme DO. Primary postpartum haemorrhage. *J Obstet Gynaecol.* 2002; 22(5): 463-9.
2. World Health Organization. The prevention and management of postpartum haemorrhage. WHO Report of Technical Working Group. Geneva: World Health Organization; 1990.
3. Dildy GA 3rd, Paine AR, George NC, Velasco C. Estimating blood loss: can teaching significantly improve visual estimation? *Obstet Gynecol.* 2004; 104:601-6.
4. Combs CA, Murphy EL, Laros RK Jr. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol.* 1991; 77(1):69-76.
5. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu A. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008; 22(6):999-1012.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum haemorrhage. Practice Bulletin No. 76. *Obstet Gynecol.* 2006; 108:1039-47.
7. Somerset D. The emergency management of catastrophic obstetric haemorrhage. *Obstet Gynaecol.* 2006; 8:18-22.
8. Tamizian O, Arulkumaran S. The surgical management of postpartum haemorrhage. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2001; 13:127-31.
9. Knight M. On behalf of UKOSS. Peripartum hysterectomy in the UK: management and outcomes of the associated haemorrhage. *BJOG.* 2007; 114:1380-7.
10. Doumouchtsis SK, Papageoghiou AT, Arulkumaran S. Systematic review of conservative management of postpartum haemorrhage: what to do when medical treatment fails. *Obstet Gynecol Surv.* 2007; 62:540-7.
11. Mayer DC, Smith KA. Chestnut's Obstetric Anaesthesia Principles and Practice. 4th Ed. Missouri: Elsevier Mosby; 2009; 825-30.
12. Glaze S, Ekwalanga P, Roberts G, Lange I, Birch C, Rosengarten A, Jarrell J, Ross S. Peripartum hysterectomy: 1999 to 2006. *Obstet Gynecol.* 2008; 111:732-8.
13. Schuurmans N, MacKinnon C, Lane C, Etches D. Prevention and management of postpartum haemorrhage. *SOGC.* 2000; 88:1-11.
14. Shah M, Wright JD. Surgical intervention in the management of postpartum haemorrhage. *Semin Perinatol.* 2009; 33: 109-14.