

Prolapso de cordão umbilical: relato de caso

Umbilical cord prolapse: case report

Matheus Assunção Goebel¹, Natanael Alves de Souza¹, Priscilla Soares dos Santos¹, Raquel Alves Nunes¹, Raquel Cristina Lopes Assis¹, Renata Koza da Mota¹, Tabatha Daniela Nunes Amaral¹, Marcos Mendonça²

RESUMO

O prolapso de cordão umbilical é uma intercorrência obstétrica que, embora pouco frequente, uma vez diagnosticada, necessita de rápida intervenção, devido ao grande risco de morbimortalidade fetal. A conduta mais recomendada, nesse caso, é a interrupção da gestação por meio de cesariana. Algumas medidas pré e per-operatórias podem ser utilizadas a fim de reduzir a compressão do cordão e manter adequado fluxo sanguíneo para o feto até a intervenção obstétrica definitiva. O intervalo de tempo entre o prolapso do cordão e a interrupção da gravidez, assim como o grau de compressão do cordão são fatores determinantes para o prognóstico neonatal. Apresenta-se, neste relato, o caso de uma paciente primigesta de 21 anos, com 40 semanas de gestação, que foi internada para indução do trabalho de parto e investigação de suspeita de síndrome HELLP. O quadro evoluiu com rotura da bolsa e prolapso de cordão umbilical. Foi realizada cesariana de urgência para resolução do caso.

Palavras-chave: Prolapso; Cordão Umbilical; Complicações na Gravidez; Medicina de Emergência.

ABSTRACT

Umbilical cord prolapse is an obstetric complication that, although uncommon, once diagnosed needs prompt intervention, due to high risk of fetal morbimortality. The widely recommended management in this set is the interruption of the pregnancy by means of cesarean. Some pre and peroperative techniques may be used in order to reduce funic compression and maintain appropriate blood flow to the fetus to definitive obstetric intervention. Time interval between cord prolapse and pregnancy interruption, as well as cord compression degree are crucial for neonatal prognosis. This report presents the case of a 21 year primigravida patient, with a 40 weeks pregnancy, who was admitted to the Hospital das Clínicas da UFMG for induction of labor and investigation of suspected HELLP syndrome. The patient developed rupture of membranes and umbilical cord prolapse. An urgency cesarean was performed to solve the case.

Key words: Prolapse; Umbilical Cord; Pregnancy Complications; Emergency Medicine.

INTRODUÇÃO

O prolapso de cordão umbilical (PCU) ocorre em 0.14% a 0.62% das gestações e sua frequência não mudou ao longo dos anos.¹ Por outro lado, a mortalidade perinatal relacionada a essa condição apresentou queda, de 375 por 1000 partos no início do século XX para 36 a 162 por 1000 partos nas últimas décadas,² o que provavelmente reflete as melhorias na terapia intensiva neonatal e na interrupção da gravidez por cesariana imediatamente após o diagnóstico de PCU.

¹ Acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil
² Professor Associado 2 do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Instituição:
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

Endereço para correspondência:
Natanael Alves de Souza.
Av. Afonso Pena 1456, apto 1004.
Centro
Belo Horizonte, MG, Brasil
Cep 30130-005
Email: natanaelink@yahoo.com.br

O prolapso ocorre quando o cordão umbilical projeta-se ao lado (prolapso oculto) ou além da apresentação fetal pelo orifício cervical (prolapso manifesto), podendo estar presente na vagina ou além desta. É uma condição que ameaça a vida do feto, pois ele pode comprimir o cordão umbilical comprometendo seu próprio aporte sanguíneo.

Este relato tem como objetivo apresentar uma emergência obstétrica que, apesar de infrequente, necessita de rápido diagnóstico e tratamento, com risco de morte fetal, se medidas adequadas não forem tomadas.

RELATO DO CASO

Paciente de 21 anos, leucoderma, primigesta, gestação de 40 semanas. Admitida na Maternidade do Hospital das Clínicas da UFMG, com queixa de dor pélvica e cefaleia temporal direita leve. Relatou pressão arterial (PA) aumentada: 140x90mmHg, na última consulta de pré-natal, embora tenha se apresentado normotensa anteriormente. Negou contrações uterinas e perdas vaginais, comorbidades e uso de medicação. Ao exame, apresentava-se corada, hidratada, com edema acentuado em membros inferiores. PA de 150x110mmHg, frequência cardíaca: 80bpm, altura uterina: 29cm, batimentos cardíacos fetais (BCF): 152bpm. Normorreflexia patelar. Ao toque vaginal, colo uterino longo, posterior, fechado. A conduta adotada foi internação da paciente para indução do parto, descolamento de bolsa e realização de prope-dêutica para Síndrome HELLP.

Os exames: hemograma, bilirrubinas, aspartato aminotransferase, alanina aminotransferase, ácido úrico e desidrogenase lática apresentaram-se dentro dos limites da normalidade e proteinúria de fita +/++++.

A paciente foi medicada com Misoprostol 25mg, via vaginal, e evoluiu com contrações 3/30'/10' após quatro horas e trinta minutos. Na ocasião, foi realizado toque vaginal que evidenciou colo com 5cm de dilatação, 90% apagado, apresentação fetal cefálica, bolsa formada e protusa. Houve rotura acidental da bolsa durante esse procedimento que se seguiu de prolapso de alças de cordão pelo orifício externo do colo. Realizou-se, então, tração oposta ao pólo cefálico, no intuito de manter suprimento sanguíneo adequado ao feto. Submeteu-se a paciente à cesariana de urgência, com incisão de Pfannenstiel, sob raquia-

nestesia. A manobra de descompressão do cordão foi utilizada durante o procedimento cirúrgico até o desprendimento do polo cefálico, que ocorreu 10 minutos após o diagnóstico do prolapso. O recém nascido, assistido por pediatra, apresentou cianose central e foi medicado com O₂ com boa resposta – apgar 1º min: 8, 5º min: 9, sendo encaminhado ao berçário em boas condições.

DISCUSSÃO

O primeiro sinal do PCU é bradicardia fetal prolongada de início abrupto ou desacelerações, moderadas a graves, à cardiotocografia.^{1,3} Por essa razão, é importante realizar a ausculta do BCF regularmente e sempre que ocorrer rotura da bolsa. Outras causas de bradicardia fetal de início abrupto incluem a hipotensão materna, descolamento prematuro de placenta, ruptura uterina e *vasa previa*.⁴

Os principais fatores de risco para o PCU incluem: apresentação^{1,5} – 0.24%, 3.5% e 9.6% em vértice, pélvica e transversa, respectivamente;⁶ prematuridade;^{7,8} gestação múltipla;^{1,8,9} multiparidade;^{5,10} polidrâmnio;¹¹ e intervenções obstétricas (ruptura artificial das membranas, rotação manual do polo fetal, versão cefálica externa com membranas rotas). Muitas dessas intervenções ocorrem durante o trabalho de parto induzido e, portanto, a frequência do prolapso de cordão parece ser maior nesses partos que nos espontâneos.¹² No presente relato, a paciente encontrava-se no processo da indução do parto, e a rotura das membranas, juntamente com o prolapso, ocorreram durante um procedimento obstétrico - toque vaginal, que é uma manobra importante para avaliar a progressão do trabalho de parto. A paciente do caso não apresentava nenhum outro fator de risco.

Alguns cuidados em relação aos procedimentos obstétricos devem ser tomados a fim de se diminuir o risco de PCU. A amniotomia, por exemplo, deve ser feita quando o polo cefálico estiver bem encaixado na cérvix. Além disso, o médico assistente deve evitar mover a apresentação fetal para dentro da cavidade uterina ao realizar procedimentos como a aplicação do fórceps e rotação interna.⁴

Uma vez feito o diagnóstico de PCU, algumas manobras descritas podem ser úteis para minimizar o déficit sanguíneo fetal durante o período pré e peroperatório:

Descompressão do cordão: os dedos indicador e médio do examinador são mantidos dentro da vagina

da paciente, elevando-se o polo cefálico, com o objetivo de aliviar a compressão sobre o cordão.⁴

Enchimento Vesical: a paciente é colocada na posição de Trendelenburg e sua bexiga rapidamente preenchida com 500 a 700 mL de soro fisiológico, utilizando-se para isso um cateter de Foley. A distensão vesical eleva a apresentação e alivia a compressão, evitando assim a necessidade de decompressão digital prolongada. O enchimento vesical é uma técnica útil, especialmente quando não é possível a realização de uma cesariana em caráter emergencial.⁴

A ultrassonografia de rotina não é indicada no PCU, principalmente devido ao caráter de emergência da situação. No entanto, ela pode ser utilizada para confirmar uma suspeita de apresentação de cordão umbilical.^{13,14}

A ocorrência de PCU exige abordagem de emergência e revisões de literatura têm demonstrado que a via trans-abdominal é a mais indicada⁴ com resultados neonatais satisfatórios.^{9,15,16} O prognóstico fetal, embora esteja também relacionado ao grau de compressão do cordão^{16,17}, tem no tempo transcorrido entre a ocorrência do prolapso e o nascimento seu principal determinante.⁴ Uma das principais análises retrospectivas de PCU demonstrou que não houve importantes alterações nas notas de Apgar de primeiro e quinto minutos quando o parto foi realizado em até 30 minutos após o diagnóstico de prolapso.⁸

CONCLUSÃO

O prolapso de cordão é apenas uma das intercorrências do trabalho de parto. Diante disso, é imprescindível o acompanhamento atento de cada gestante a fim de se diagnosticar e tratar correta e precocemente qualquer alteração que possa incorrer em morbimortalidade materno-fetal.

REFERÊNCIAS

1. Koonings PP, Paul RH, Campbell K. Umbilical cord prolapse. A contemporary look. *J Reprod Med.* 1990; 35(7):690-2.
2. Panter KR, Hannah ME. Umbilical cord prolapse: so far so good? *Lancet* 1996; 347(8994): 74.
3. Usta IM, Mercer BM, Sibai BM. Current obstetrical practice and umbilical cord prolapse. *Am J Perinatol.* 1999; 16(9):479-84.
4. Belogolovkin V, Bush M, Eddleman K. *Umbilical cord prolapse.* 17.3 ed: UpToDate, Inc. 2009.
5. Uygur D, Kis S, Tuncer R, Ozcan FS, Erkaya S. Risk factors and infant outcomes associated with umbilical cord prolapse. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002; 78(2):127-30.
6. Barclay M. Umbilical cord prolapse and other cord accidents. In: Sciarra JJ, editor. *Gynecology and obstetrics.* Philadelphia, PA: Lippincott; 1989. v.1.
7. Yla-Outinen A, Heinonen PK, Tuimala R. Predisposing and risk factors of umbilical cord prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1985; 64(7):567-70.
8. Murphy DJ, MacKenzie IZ. The mortality and morbidity associated with umbilical cord prolapse. *Br J Obstet Gynaecol.* 1995; 102(10):826-30.
9. Qureshi NS, Taylor DJ, Tomlinson AJ. Umbilical cord prolapse. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004; 86(1):29-30.
10. Altaras M, Potashnik G, Ben-Adereth N, Leventhal H. The use of vacuum extraction in cases of cord prolapse during labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1974; 118(6):824-30.
11. Kahana B, Sheiner E, Levy A, Lazer S, Mazor M. Umbilical cord prolapse and perinatal outcomes. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004; 84(2):127-32.
12. Boyle JJ, Katz VL. Umbilical cord prolapse in current obstetric practice. *J Reprod Med* 2005; 50(5):303-6.
13. Lange IR, Manning FA, Morrison I, Chamberlain PF, Harman CR. Cord prolapse: is antenatal diagnosis possible? *Am J Obstet Gynecol.* 1985; 151(8):1083-5.
14. Raga F, Osborne N, Ballester MJ, Bonilla-Musoles F. Color flow Doppler: a useful instrument in the diagnosis of funic presentation. *J Natl Med Assoc.* 1996; 88(2):94-6.
15. Katz Z, Shoham Z, Lancet M, Blickstein I, Mogilner BM, Zalel Y. Management of labor with umbilical cord prolapse: a 5-year study. *Obstet Gynecol.* 1988; 72(2):278-81.
16. Prabulos AM, Philipson EH. Umbilical cord prolapse. Is the time from diagnosis to delivery critical? *J Reprod Med.* 1998; 43(2):129-32.
17. Nizard J, Cromi A, Molendijk H, Arabin B. Neonatal outcome following prolonged umbilical cord prolapse in preterm premature rupture of membranes. *Br J Obstet Gynaecol.* 2005; 112(6):833-6.