

Ruptura uterina

Uterine rupture

Matheus Assunção Goebel¹, Natanael Alves de Souza¹, Priscilla Soares dos Santos¹, Raquel Alves Nunes¹, Raquel Cristina Lopes Assis^{1*}, Renata Koza da Mota¹, Tabatha Daniela Nunes Amaral¹, Marcos Mendonça²

RESUMO

¹ Acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais;
² Professor Associado 2 do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

A ruptura uterina ocorre de forma relativamente rara na obstetrícia, com incidência de um em 585 até um em 6673 partos e apresenta alta morbimortalidade materna e fetal. O principal fator de risco é a presença de cicatriz no útero causada, na maioria dos casos, por cesariana, e raramente por outras cirurgias uterinas. Há também causas não obstétricas, como violência e acidentes. Sua ocorrência é maior no terceiro trimestre, no pré-parto, intraparto ou pós-parto. A ruptura uterina apresenta-se com dor abdominal intensa, de início súbito, com dificuldade de ausculta de sons cardíacos fetais, e cessação das contrações uterinas, com sangramento vaginal e choque. O risco para a paciente e o feto é maior quanto mais demorado é o diagnóstico. O tratamento é cirúrgico e as prioridades são a retirada rápida do feto da cavidade peritoneal e a correção da hemorragia, quando o feto e a placenta já foram retirados. A ruptura uterina em gravidez após cesariana prévia representa preocupação especial. Entretanto, há grande probabilidade de sucesso no parto vaginal quando há seleção adequada das pacientes, uso cauteloso de ocitócicos e monitoramento vigilante.

Palavras-chave: Ruptura Uterina; Complicações na Gravidez; Medicina de Emergência.

ABSTRACT

Uterine rupture is a relatively rare occurrence in obstetrician which incidence was described between one for 585 labors to one for 6673 labors and have high maternal and fetus morbidity and mortality. The main risk factor is a uterine scar, most of then caused by a cesarean section and seldom by others uterine surgeries and non-obstetrics causes, like accidents and violence. It usually occur in the third trimester, during the prodromal labor, the labor or at the time of delivery. The signs and symptoms are acute abdominal pain without contraction, noiseless fetus beating, vaginal bleeding and shock. The risk increase how later the diagnosis is made. It has a surgical treatment and the priorities are the remotion of the fetus and placenta from the abdominal cavity and to stop the bleeding after it has been done. The main concern between the obstetricians is the uterine rupture in pregnant women who has already had a cesarean section, but if the patients were carefully chosen and assisted, and the oxytocin were appropriated used, there is a huge chance to have a successful vaginal labor.

Key words: Uterine Rupture, Pregnancy Complications, Emergency Medicine.

INTRODUÇÃO

A ruptura uterina representa complicação obstétrica grave. Constitui-se em evento raro mas associa-se com elevados índices de morbimortalidade maternofetal.¹ Seu principal fator de risco é a presença de cicatriz na musculatura uterina, usual-

Instituição:
Trabalho realizado pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFMG

Endereço para correspondência:
Rua Curral Del Rei, 295/303, Bairro Padre Eustáquio,
Belo Horizonte. Cep: 30720-220
E-mail: raquelnunes84@hotmail.com

mente secundária a cesariana anterior². Mas há relatos de casos raros de ruptura uterina em primíparas.³

CLASSIFICAÇÃO

As rupturas uterinas são classificadas, em geral, de acordo com a etiologia e podem ser separadas em espontâneas ou traumáticas.^{1,4} As rupturas traumáticas decorrem de trauma obstétrico (versão podálica interna, pressão no fundo uterino exercida pelo obstetra) ou nãoobstétrico (violência, acidentes automobilísticos).^{1,5} As rupturas espontâneas podem ser encontradas em pacientes com história pregressa de cirurgia uterina e raramente naquelas com útero sem cicatrizes.^{3,6} Devem ser distinguidas em completas e incompletas. As rupturas completas caracterizam-se pela solução de continuidade total da parede uterina, resultando em comunicação direta entre as cavidades uterina e peritoneal. Apresentam-se frequentemente como emergência dramática que ameaça a vida materno-fetal.¹ As rupturas incompletas caracterizam-se pelo defeito não extensivo a toda parede uterina, com o peritônio visceral sobrejacente íntegro; frequentemente são oligossintomáticas, podendo ser descobertas incidentalmente.³

INCIDÊNCIA

A incidência de ruptura uterina varia local e globalmente, inclusive em um mesmo hospital ao longo dos anos. A ocorrência é de um em 585⁷ até de um em 6673 partos.⁸ A estimativa de sua incidência em países desenvolvidos é menor do que 1%, sendo que a maioria dos casos ocorre em mulheres com cesariana prévia.⁹ Há maior risco em pacientes submetidas à incisão clássica da cesariana.^{1,4,5} Atualmente a ruptura uterina raramente resulta em morte materna mas resulta com frequência em significativa morbidade, particularmente histerectomia periparto, hemotransfusão e morte fetal.¹ A ruptura uterina ainda é responsável por 5%⁹ e 16,9%¹⁰ das mortes maternas anuais nos Estados Unidos e na Nigéria, respectivamente.^{4,11}

ETIOLOGIA

O fator de risco mais importante na determinação da ruptura uterina é a presença ou não de uma cicatriz uterina prévia. Essa cicatriz pode ser devido

a: miomectomia, perfuração, ferimentos por penetrações abdominais, histeroscopia ou injúrias laparoscópicas. Entretanto, na maioria das vezes, decorre de cirurgia cesariana anterior.^{1,12,13}

Deve-se considerar o tipo de cicatriz uterina, em particular, da cesariana, já que determina o risco de ruptura, a apresentação clínica e a taxa de complicação.¹ O grupo de mais alto risco é representado pelas pacientes submetidas à fertilização *in vitro*, pela grande frequência, de manipulação uterina.¹² As candidatas à fertilização *in vitro* devem ser observadas atentamente com ultrassonografia para identificar o local da placentação e desenvolvimento do saco gestacional.¹⁴ A ruptura do útero sem cicatriz é menos frequente e geralmente de origem traumática ou iatrogênica. A ruptura pode ocorrer durante a aplicação de força externa sobre a parede uterina ou sobre a região suprapúbica.¹² A ruptura de útero sem cicatriz prévia raramente acontecerá quando está presente a vigilância médica adequada e na ausência de trauma externo ou obstétrico.^{15,16} A ruptura de útero sem¹⁷ ou com³ cicatriz prévia constitui-se, na dependência de casuísticas apresentadas, em evento com maior ou igual risco de catástrofe, quanto à morbidade materna ou perinatal.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A ruptura uterina ocorre, principalmente, no terceiro trimestre, podendo apresentar-se no pré, intra ou pós-parto.

Suas manifestações clínicas observadas em 45% das vezes são: desenvolvimento agudo de dor abdominal intensa e sinais e hemorragia intra-abdominal em uma mulher com história de cirurgia uterina prévia ou trauma recente¹, com ausência de sons cardíacos fetais, cessação das contrações uterinas em associação com sangramento vaginal e choque.^{1,3,6,18-20} O abdômen é, em geral, doloroso e flácido, especialmente se o conteúdo uterino tiver sido liberado na cavidade abdominal, com palpação de partes do corpo fetal, cessação das contrações e sinais de sangramento intraperitoneal. É menos comum a observação de dor epigástrica ou nos ombros (do lado direito ou bilateral), distensão abdominal, íleo paralítico, hematúria, útero hipertônico e alteração no contorno uterino.^{1,6}

A apresentação mais comum e precoce da ruptura uterina no intraparto é o início abrupto de sofrimento fetal, representado por anormalidades inespecíficas na frequência cardíaca fetal^{1,4,5,6,21}, dor abdominal e

cessação abrupta das contrações uterinas. O uso generalizado de analgesia epidural em pacientes com cicatriz uterina prévia pode mascarar a dor da ruptura e retardar o diagnóstico.

Apresenta-se no pós-parto, frequentemente com dor e flacidez abdominais, e/ou hemorragia⁴, inclusive persistente, apesar do uso de ocitócico. Nesse caso, o diagnóstico diferencial deve ser o de inversão uterina. A hematúria prévia ou durante o parto pode ocorrer, ocasionalmente com ruptura uterina, quando a ruptura envolve a bexiga. O desenvolvimento de choque, aparentemente inexplicável, pode ocorrer antes, durante ou após o parto.

As manifestações clínicas da ruptura uterina podem ser diferentes se a paciente possuir cicatriz uterina prévia ou não.²² Porém, alguns sinais são inespecíficos e geralmente não variarão: rigidez abdominal, choque, sangramento uterino, dor abdominal intensa e fácil palpação de partes fetais.⁶

O maior risco materno-fetal está associado com a demora do diagnóstico e do tratamento de suporte.¹

CONDUTA

A abordagem da ruptura uterina deve ser feita o mais rápido possível. A cirurgia deve ser imediata. A laparotomia confirma o diagnóstico, permite avaliar a extensão e a localização da ruptura.¹

Deve ser assegurada a ventilação adequada da paciente, a reposição volêmica quando necessária, incluindo a transfusão sanguínea.^{1,6} As prioridades no tratamento são a retirada do feto que pode estar na cavidade peritoneal agravando o prognóstico e a correção da hemorragia, quando já foram retirados o feto e a placenta. A seguir, deve ser decidido se o reparo será suficiente ou se é necessária a histerectomia.¹ A escolha pelo procedimento a ser realizado deverá considerar as características da ruptura uterina, que caracterizam sua urgência, a habilidade e a experiência do cirurgião e o desejo de manter a fertilidade.¹²

PREVENÇÃO

O conhecimento dos fatores associados ao aumento do risco de ruptura uterina torna-se relevante para que sejam realizadas as medidas preventivas.

A história prévia de abordagem cirúrgica do útero está fortemente associada ao aumento do risco de

ruptura uterina²³. O receio da ruptura é fator importante que conduz à opção por repetir o parto cesáreo eletivamente a termo. Mas essa abordagem não isenta mãe e feto de riscos.²⁴ É evidente que evitar a primeira secção no útero ajuda a prevenir a ruptura uterina em subseqüentes gestações.²⁴ A indicação de parto por via vaginal em pacientes selecionadas após cesarianas prévias, pode minimizar os riscos de ocorrência da ruptura uterina.²⁵

É controversa a contribuição da indução do parto com ocitocina ou uso de prostaglandinas no aumento do risco de ruptura uterina diante de cicatriz uterina prévia.^{26,28,29} Entretanto poucos dados embasam o uso seguro desses medicamentos³⁰ e alguns estudos associam o uso de drogas para a indução do parto a risco de ruptura uterina.^{4,5} Em 42 casos de ruptura uterina com morte fetal, 60% associavam-se com indução do trabalho de parto³¹ sendo que, na maioria das vezes, o colo era desfavorável.¹

O uso criterioso de ocitocina não aumenta o risco de deiscência uterina ou ruptura em úteros com ou sem cicatriz prévia³³, o que parece indicar que a duração do trabalho de parto e não o uso da ocitocina, predispõe à ruptura uterina.⁶ Deve-se levar em consideração se a paciente teve parto vaginal prévio diante da decisão por induzir o parto em paciente com cicatriz uterina.³² O risco de ruptura uterina diminui em partos que se seguem a um parto vaginal após uma cesariana prévia.³⁴

O sucesso do parto vaginal subseqüente à cesariana parece associar-se com a individualização de cada caso, em seleção adequada da paciente, em cautela na administração de ocitócicos e em monitorização correta nos períodos intra e pós-parto.

REFERÊNCIAS

1. Turner M. Uterine rupture. *Clin Obstet Gynaecol.* 2002; 16:69-79.
2. SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005 [review]. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005;89:319-31.
3. Walsh CA, Baxi LV. Rupture of the primigravid uterus: a review of the literature. *Obstet Gynecol Surv.* 2007; 62:328-34.
4. Gairdeil F, Daly S, Turner M. Uterine rupture in pregnancy reviewed. *European Journal of Obstetrics, Gynecol Reprod Biol.* 1994; 56:107-10.
5. Baskett TF, Klieser KE. A 10-year population-based study of uterine rupture. *Obstet Gynecol.* 2001; 97:S69.

6. Suner S, Jagminas L, Peipert JF, Linakis J. Fatal spontaneous rupture of a gravid uterus: Case report and literature review of uterine rupture. *J Emerg Med.* 1996; 14:181-5.
7. Rahman J, Al Sibai MH, Rahman MS. Rupture of the uterus in the labour: a review of 96 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1985; 64:311-5.
8. Spaulding LB, Gallup DG. Current concepts of management of rupture of the gravid uterus. *Obstet Gynecol.* 1989; 54:437-41.
9. Hofmayer GJ, Say L, Gulmezoglu AM. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture [review]. *Br J Obstet Gynaecol.* 2005; 112:1221-8.
10. Ola ER, Olamijulo JA. Rupture of the uterus in the Lagos University Teaching Hospital, Lagos, Nigeria. *West Afr J Med.* 1998; 17:188-93.
11. Cahill DJ, Boylan PC, O'Herlihy C. Does oxytocin augmentation increase perinatal risk in primigravid labor? *Am J Obstet Gynecol.* 1992; 166:847-50.
12. Daylene LR. Uterine emergencies. *Emergent Care.* 2000; 99:889-93.
13. Kieser KE, Baskett TFA. 10-year population based study of uterine rupture. Uterine rupture in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2002 Oct; 100(4):749-53.
14. Arbab F, Bouliou D, Bied V. Uterine rupture in first or second trimester of pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. *Hum Reprod.* 1996; 11:1120-2.
15. Norman JE. Uterine rupture during therapeutic abortion in the second trimester using mifepristone and prostaglandin. *Br J Obstet Gynaecol.* 1995; 102:332-3.
16. Miller DA, Goodwin TM, Gherman RB, Paul RH. Intrapartum rupture of the unscarred uterus. *Obstet Gynecol.* 1997; 89:671-3.
17. Ofir K, Sheiner E, Levy A, Katz M, Mazor M. Uterine rupture: differences between a scarred and unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 191:425-9.
18. Menon KMK. Rupture of the uterus a review of 164 cases. *J Obstet Gynecol Br Comm.* 1962; 69:18-28.
19. Weingold AB, Sanford S, Sherman DH. Rupture of the gravid uterus. *Surg Gynecol Obstet.* 1966; 125:1233.
20. Groen PG. Uterine rupture in rural Nigeria: review of 144 cases. *Obstet Gynecol.* 1974; 44(5):682-7.
21. Menihan CA. Uterine rupture in women attempting a vaginal birth following prior cesarean birth. *J Perinatol.* 1998; 18:440-3.
22. Van der Merwe JV, Ombelet WUAM. Rupture of the uterus: a changing picture. *Arch Gynecol.* 1987; 240:159-71.
23. Scott JR. Avoiding labor problems during vaginal birth after caesarian delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology.* 1997; 40:533-41.
24. Jackson N & Peterson Brown S. Physical sequelae of caesarean section. *Baillieres's Clin Obstet Gynecol.* 2001; 15:49-61.
25. SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. *J Obstet Gynecol Can.* 1997; 19:1425-8.
26. Chez RA. Cervical ripening and labor induction after previous caesarean delivery. *Clin Obstet Gynecol.* 1995; 38:287-92.
27. Guise JM, McDonagh MS, Osterweil P, Nygren P, Chan BKS, Helfand M. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. *BMJ* 2004; 329:19, doi:10.1136/bmj.329.7456.19
28. Flamm BL, Anton D, Goings JR, Newman J. Prostaglandin E2 for cervical ripening: a multicenter study of patients with prior caesarean delivery. *Am J Perinatol.* 1997; 14: 157-60.
29. Cowan RK, Kinch RA, Ellis B, Anderson R. Trial of labor following caesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 1994; 83:933-6.
30. Vause S, Macintosh M. Use of prostaglandins to induce labour in women with a Caesarean section scar. *Br Med J.* 1999; 318: 1056-1058.
31. Focus Group – ruptures uterus. A review of 42 cases of ruptured uterus associated with the death of the baby. CESDI, 5th Annual Report, 1998, pp 63-71.
32. McNally OM, Turner MJ. Induction of labour after 1 previous Caesarean section. *Aust N Z J Obstet Gynecol.* 2000; 39: 425-9.
33. Phelan JP. Vaginal birth after multiple prior cesareans. In: Phelan JP, Clark SL, eds. *Cesarean delivery.* New York: Elsevier; 1988: 491.
34. Shimonovitz S, Botosneano A, Hochner-celnikier D. Successful fit vaginal birth after caesarean section: a predictor of reduced risk for uterine rupture in subsequent deliveries. *Israel Med Assoc J.* 2000; 2: 526-28