

Hemorragia pós-parto por atonia uterina: relato de caso

Postpartum hemorrhage due to uterine atony: case report

Fabiana Bastos Rezende¹, Fabrício Andrade Magalhães¹, Sarah Pereira de Freitas¹, Diego Nascimento Moraes¹, Fabiana Fagundes Almeida Santos¹, Amanda do Prado Morais Pires¹, Mariana Campos Linhares¹, Priscila Valéria do Carmo Carvalho¹, Paula Cristina Martins Soares², Alamanda Kfoury Pereira³

RESUMO

A hemorragia pós-parto representa emergência obstétrica que surge em 4 a 6% dos partos, constituindo-se uma das principais causas de morte materna. No pós-parto imediato, as etiologias mais frequentes são: a atonia uterina, a presença de lacerações do canal de parto, a retenção de restos placentários e os distúrbios de coagulação. Este artigo apresenta o relato de uma paciente com hemorragia uterina no pós-parto imediato, submetida a histerectomia subtotal devido à atonia uterina refratária ao tratamento clínico.

Palavras-chave: hemorragia no pós-parto, atonia uterina, histerectomia.

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage (PPH) is an obstetric emergency that arises in 4 to 6% of births. It is a major cause of maternal morbidity. In the immediate postpartum period, the most common etiologies are: uterine atony; trauma-related bleeding due to lacerations of the birth canal, incisions or uterine rupture; retention of placenta remains; and coagulation disorders. This article is the case report of a patient with uterine bleeding in the immediate postpartum period, who underwent subtotal hysterectomy due to uterine atony not controlled with medical treatment.

Key words: postpartum hemorrhage, uterine atony, hysterectomy.

INTRODUÇÃO

A hemorragia pós-parto representa emergência obstétrica que surge em 4 a 6% dos partos, constituindo-se uma das principais causas de morte materna.¹ A principal etiologia é a atonia uterina, seguida de lacerações do canal de parto, de retenção de restos placentários e dos distúrbios de coagulação.^{1,2} Suas principais complicações imediatas são o choque hipovolêmico, a coagulação intravascular disseminada e as insuficiências renal, hepática ou respiratória; a longo prazo, a síndrome de Sheehan (hipopituitarismo decorrente de necrose avascular hipofisária).¹

A atonia uterina representa a incapacidade do útero de se contrair adequadamente após o parto e está associada a vários fatores de risco (tabela I).^{1,2} A prevenção, o diagnóstico precoce e a reposição volêmica adequada, além de abordagem sistematizada, são fundamentais para reduzir seu impacto.^{2,3} A atonia uterina associa-se aos seguintes fatores de risco: hipertensão uterina, uso de relaxante uterino, gravidez múltipla, anestésicos halogenados, macrossomia fetal, uso de sulfato de magnésio e polidrâmnio associados ao trabalho de parto. Entre os fatores intrínsecos estão:

¹ Acadêmico(a) interno(a) em Obstetrícia e Ginecologia pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais;

² Obstetra da Maternidade do Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves;

³ Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG.

Instituição:

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; Hospital Risoleta Tolentino Neves

Endereço para correspondência:

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Av. Alfredo Balena, 190
Belo Horizonte/MG.
CEP: 30130-100

indução do trabalho de parto, hemorragia pós-parto prévia, trabalho de parto prolongado, placenta prévia, multiparidade (desgaste das fibras musculares uterinas), obesidade, remoção manual da placenta, idade acima de 35 anos e retenção de coágulos.^{2,3}

Tabela 1 - Fatores de risco associados à atonia uterina

Hipertensão uterina	Uso de relaxante uterino
Gravidez múltipla	Anestésicos halogenados
Macrossomia fetal	Sulfato de magnésio
Polidrâmnio	
Fatores intrínsecos	Associados ao trabalho de parto (TP)
Hemorragia pós-parto prévia	Indução do TP
Placenta prévia	TP prolongado
Obesidade	Multiparidade (Desgaste das fibras musculares uterinas)
Idade > 35 anos	Remoção manual da placenta
	Retenção de coágulos

Adaptado de ²³

RELATO DE CASO

Grávida de 27 anos, seis gestações, quatro partos vaginais, um abortamento espontâneo no primeiro trimestre com resolução médica, foi internada na Maternidade do Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves por trabalho de parto ativo, com 40 semanas e quatro dias de idade gestacional.

A gravidez transcorreu sem intercorrências, tendo acompanhamento pré-natal adequado, com nove consultas nos centros de atenção básica de saúde, exames laboratoriais e ultrassonografias normais, sem antecedentes médicos ou cirúrgicos relevantes.

O trabalho de parto transcorreu sem intercorrências, com evolução, em duas horas, para parto vaginal, com recém-nascido vivo, masculino, com 2.570 g, apgar 8/10 e 9/10 ao 1º e 5º minutos, respectivamente. A dequitação placentária realizou-se com manejo ativo. Recebeu, logo após o desprendimento fetal, 10 U de ocitócito IM, procedimento de rotina realizado no 4º período do trabalho de parto. A placenta apresentava-se completa, sem anomalias aparentes, cordão com três vasos sanguíneos e membranas translúcidas. Não foram encontrados restos placentários durante revisão de cavidade uterina. O canal do parto apresentava laceração de primeiro grau em fúrcula vaginal, tendo sido realizada sutura sob anestesia local com lidocaína. Foi encaminhada ao quarto estável hemodinamicamente, com sangra-

mento habitual e útero contraído ao nível da cicatriz umbilical.

A equipe médica foi acionada pela enfermagem para avaliar a paciente duas horas e meia após o parto, devido a sangramento uterino aumentado. A puérpera encontrava-se hipocorada (3+/4+), sudorética, taquicárdica, com diminuição da pressão arterial sistêmica. O útero apresentava-se pouco contraído na cicatriz umbilical, rapidamente contraindo-se após massagem e compressão uterina bimanual. O sangramento genital era acentuado, com formação de coágulos.

As alterações observadas compunham o choque hipovolêmico moderado devido à atonia uterina. Foram iniciadas infusão de 1.000 mL de NaCl 0,9% em acesso venoso periférico calibroso, administração de ocitocina EV e oxigenação suplementar por cateter nasal. Solicitada a reserva de hemoderivados. A pressão arterial sistêmica normalizou-se após 15 minutos da instituição dessas medidas, entretanto, o sangramento manteve-se persistente. A paciente foi conduzida ao Centro Cirúrgico para nova revisão do canal do parto e realização de curetagem uterina. Houve a retirada de volume moderado de coágulos e pequeno volume de material sugestivo de restos ovulares. Ao fim do ato operatório, o útero estava contraído 5 cm acima da sínfise púbica, com eliminação de lóquios fisiológicos. O coagulograma, o leucograma e a contagem de plaquetas estavam normais. Os valores da hemoglobina e do hematócrito, entretanto, eram de 7,4 g/dL e 22,4%, respectivamente. Foram administrados 600 mL de concentrado de hemácias.

A paciente evoluiu nas das seguintes à curetagem com episódios recorrentes de hipotonia uterina e de sangramento genital moderado com coágulos. Apesar da infusão de medicamentos uterotônicos (ocitócito, derivado de ergotamina) e massagem uterina bimanual, não houve melhora da contração uterina e da hemorragia. Houve agravamento clínico geral com sinais de hipoperfusão e confusão mental.

Optou-se por realização de histerectomia subtotal abdominal de emergência diante da hemorragia persistente por atonia uterina refratária ao tratamento clínico. A paciente e seu marido foram orientados em relação a essa opção, devido à falha das medidas terapêuticas até então realizadas.

Durante a histerectomia, observou-se cavidade uterina repleta de coágulos. A peça uterina foi enviada para exame anatomopatológico. Permaneceu estável hemodinamicamente durante o procedimento.

Evoluiu no primeiro dia de pós-operatório com melhora clínica, sangramento vaginal discreto, coagulograma normal, ainda hipocorada (hemoglobina 6,4 g/dL). Recebeu 600 mL de concentrado de hemácias e alta no 2º dia de pós-operatório, estável clinicamente, com sangramento vaginal escasso e elevação da hemoglobina para 9,1 g/dL.

DISCUSSÃO

A hemorragia pós-parto (HPP) constitui-se um dos cinco principais motivos de mortalidade materna, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento,⁴ devido principalmente à atonia uterina.^{1,2} Vários métodos terapêuticos são descritos para o tratamento da HPP secundária à atonia uterina.⁵ Seu tratamento inicial consiste em massagem uterina e uso de agentes uterotônicos como a ocitocina, ergometrina e prostaglandinas.³ No insucesso destas medidas iniciais, outros métodos devem ser aplicados rapidamente, na tentativa de controle da hemorragia. Existem métodos mecânicos, como a compressão uterina bimanual, a compressão da aorta abdominal e o tamponamento uterino, além de métodos cirúrgicos, como ligaduras arteriais, suturas de compressão uterina, embolização angiográfica e histerectomia.^{4,5} Diante dessa hipotonia, a ligadura das artérias hipogástricas constituiria o procedimento indicado para preservar o futuro reprodutivo destas mulheres. Neste caso, especialmente, por tratar-se de jovem, embora G6 P4 A1. A limitação da ligadura das hipogástricas decorre da formação deficiente em cirurgia geral dos obstetras, o que na maioria das vezes os faz optar pela histerectomia, procedimento radical e familiar em sua formação. Esse recurso não chega a ser problema neste caso, devido à prole já constituída pelo casal. Entretanto, existem muitos impactos a

longo prazo com a retirada do útero, especialmente psíquicos, com consequências comportamentais e sexuais. Deve-se estar preparado para lidar com esses impactos, considerando-se que em determinado momento a prioridade deve ser a vida da paciente. O caso revela a gravidade clínica e a utilização de histerectomia para controle da hemorragia, procedimento que compromete de forma definitiva o futuro reprodutor da paciente. Dessa maneira, evidencia-se a necessidade de rápido diagnóstico e intervenção como fatores primordiais para um tratamento efetivo dessa séria complicação.

CONCLUSÃO

A gravidade da atonia uterina resulta na opção da histerectomia como última medida de preservação da vida, apesar de amputações fisiológicas e psíquicas. O caso relatado revela a gravidade clínica da atonia uterina, só resolvida com a histerectomia para controle da hemorragia.

REFERÊNCIAS

1. Devine PC. Obstetric Hemorrhage. *Semin Perinatol.* 2009; 33:76-81.
2. Breathnach F, Geary M. Uterine Atony: Definition, Prevention, Nonsurgical Management, and Uterine Tamponade. *Semin Perinatol.* 2009; 33:82-87.
3. Jacobs AJ. Causes and treatment of postpartum hemorrhage (Uptodate Review). Uptodate Database www.uptodate.com. 2009, Version 17.2.
4. Dildy GA 3rd. Postpartum hemorrhage: new management options. *Clin Obstet Gynecol.* 2002; 45(2): 330-44.
5. Tamizian O, Arulkumaran S. The surgical management of postpartum haemorrhage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2002; 16(1): 81-98.