

Atonia uterina e hemorragia pós-parto: relato de caso de uma paciente com gravidez multigemelar

Uterine atony and postpartum hemorrhage: case report of a multiple gestation

Alexandre Moraes Periard¹, Bruno Martini Rezende¹, Elzo Viegas Segundo¹, Flávio Moreira Greco Cosso¹, José Ricardo Borem Lopes¹, Marcello de Albuquerque França¹, Rafael Machado Pereira da Silva¹, Ricardo Felipe Lima Andrade Valadares¹, Saulo Augusto de Lima¹, Mário Dias Corrêa Júnior²

RESUMO

A atonia uterina é a principal causa de hemorragia pós-parto (HPP), importante emergência obstétrica e significativa causa de morte materna no Brasil. Na maioria das vezes pode ser evitada e o diagnóstico e a sua abordagem precoces garantem bom prognóstico. Este relato descreve o atendimento de primigesta quadrigemelar com HPP. **Palavras-chave:** Hemorragia Pós-Parto; Hemorragia Pos-Parto/etiologia; Gravidez Múltipla; Doenças Uterinas; Hipovolemia.

ABSTRACT

Uterine atony is a common cause of postpartum hemorrhage that represents an important obstetric emergency and a major cause of maternal death in Brazil. In most cases it is preventable, and its early diagnosis and correct approach guarantee a satisfactory outcome. This case report is about a primigravida with a multiple gestation that developed a severe postpartum hemorrhage.

Key words: Postpartum Hemorrhage; Postpartum Hemorrhage/etiology; Pregnancy, Multiple; Uterine Diseases; Hypovolemia.

INTRODUÇÃO

A hemorragia pós-parto (HPP) é definida como a perda sanguínea estimada superior a 500 ou 1.000 mL após parto vaginal ou cesariana, respectivamente.¹ Como a estimativa da perda sanguínea no pós-parto é pouco precisa, pode também ser definida como a hemorragia suficiente para diminuir 10% dos níveis de hemoglobina ou hematócrito e determinar sintomatologia de hipovolemia ou necessidade de hemotransfusão em seu tratamento.

A HPP ocorre em 6% dos partos, sendo importante causa de morbimortalidade materna.¹ É das três principais causas de morte materna no Brasil⁴ e responsável por um quarto de todas as mortes maternas no mundo, correspondendo a cerca de 125.000 mortes ao ano.¹ Em países em desenvolvimento, a cada 1.000 partos uma mulher morre de HPP.¹

Em 80% das vezes a sua causa é a atonia uterina² associada à hiperdistensão uterina (polidrâmnio, gestação múltipla, macrossomia); infecção intra-amniótica; fadiga uterina; alteração funcional ou anatômica do útero; lacerações e ruptura uterinas; e, coagulopatias. O tratamento da HPP pode ser realizado por

¹ Acadêmicos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG – Brasil.
² Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
da Faculdade de Medicina da UFMG

Endereço para correspondência:
Ricardo Felipe Lima Andrade Valadares
Rua Sergipe, 1.348/1702
Bairro: Funcionários
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP 30130-171
Email: ricardovaladares@gmail.com

intermédio de massagem uterina, uterotônicos, ligadura das artérias hipogástricas, embolização arterial e histerectomia.

Este relato descreve a abordagem de gravidez múltipla pouco comum (quadrigêmeos), com HPP de difícil controle, apesar de instituídas várias medidas terapêuticas. Constitui alerta para o risco iminente de morte associado a essa emergência obstétrica.

RELATO DO CASO

Paciente de 33 anos de idade, primigesta, gestação quadrigemelar, IG 30 semanas e cinco dias, procedente de Matozinhos, MG, compareceu ao Hospital das Clínicas (HC) de Belo Horizonte encaminhada com elevação dos níveis pressóricos, distensão abdominal importante e circulação colateral. Realizou fertilização *in vitro* para a gravidez atual, porém sem história de infertilidade. Apresentava bom estado geral, pressão arterial 130x80 mmHg, edema +/4+, sopro sistólico grau II/VI em foco tricúspide e acessório, batimentos cardíacos fetais positivos, medida de útero fita de 50 cm, colo longo, posterior, fechado ao toque. Foi logo internada e administrada betametasona 12 mg de 24/24 horas para maturação pulmonar fetal.

Os exames complementares constaram de VDRL e anti-HIV não reatores, grupo sanguíneo A Rh positivo, hemoglobina 12,1 mg/dL, hematócrito 35,8%, plaquetas 181.000/dL, Na⁺ 134 mEq/L, K⁺ 4,7 mEq/L, Cl⁻ 108 mEq/L, Mg²⁺ 2,4 mEq/L, TGO 20, TGP 18, uricemia 8,6, LDH 585, bilirrubina indireta 0,4 e direta 0,2, RNI 0,98, PTTa 35/29 segundos, proteinúria de 24 horas sem alterações. A ultrassonografia obstétrica observou gestação quadrigemelar com boa vitalidade fetal.

Evoluiu com normalização da pressão arterial sistêmica nos dias que se seguiram. Foi iniciada enoxaparina 40 mg profilática uma semana após a sua internação. A propedêutica para síndrome HELLP foi realizada duas semanas após a internação e revelou proteinúria de 24 horas sem alterações.

Programado parto cesáreo dois dias após, devido à importante piora da dispneia, sendo submetida à raqui-anestesia na cesariana. O ato transcorreu sem complicações, com sangramento habitual e estabilidade hemodinâmica. Os recém-nascidos não tiveram intercorrências. A paciente evoluiu com hemorragia e hipotonia uterinas, tendo sido admi-

nistradas 15 U de ocitocina, uma ampola de methergin, 800 mcg de misoprostol via retal, NaCl 0,9% livre 3.000 mL e mantida massagem uterina com controle moderado de sangramento. O hemograma, nesse momento, revelou: Hb 4,98 g%, Ht 13,9%, plaquetas 108.000/mm³, leucócitos globais 11.400/mm³. Prescritos 600 mL de concentrado de hemácias. A hipotonia e o sangramento uterinos, apesar dessas medidas, persistiram após quatro horas do início da cesariana, com a pressão arterial sistêmica de 90x60 mmHg, frequência cardíaca 102 batimentos por minuto. Realizada, então, histerectomia subtotal sob anestesia geral. A instabilidade hemodinâmica foi corrigida, sem necessidade de aminas. Foi mantida em Centro de Tratamento Intensivo, sob intubação orotraqueal e ventilação mecânica por dois dias, quando recebeu alta para a enfermaria, onde permaneceu mais 12 dias, recebendo alta hospitalar em ótimas condições clínicas.

DISCUSSÃO

Este relato ilustra a evolução da atonia uterina em gestante quadrigemelar, fator de risco importante para essa complicação. O tratamento da atonia uterina após o parto inicia-se com medidas não invasivas e progride para métodos mais invasivos, até que o sangramento esteja controlado. O objetivo é evitar a histerectomia e as comorbidades associadas a ela.

Inicialmente, o tratamento farmacológico é feito com uterotônicos, como ocitocina, misoprostol, metilergonovina, associado a técnicas de estimulação da musculatura uterina como massagens abdominais. A hemorragia pode não ser controlada, apesar de instituídas as medidas descritas anteriormente, constituindo risco iminente para a vida da paciente. Nessa situação é necessária equipe multidisciplinar (cirurgião, intensivista e anestesio-logista), sendo a ressuscitação volêmica das medidas mais importantes por intermédio de infusão de cristaloides e hemoderivados.³

Os métodos invasivos passam a se impor diante da manutenção de sangramento e de alterações da hemodinâmica. A histerectomia é o último recurso, entretanto, não deve ser adiada diante de coagulação intravascular disseminada e risco de morte, como neste caso, o que resulta em controle imediato da hemorragia.

REFERÊNCIAS

1. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008; 22(6):999-1012.
 2. Oyelese Y, Scorza WE, Mastrolia R, Smulian JC. Postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2007; 34(3):421-41.
 3. Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RALP, Corrêa Júnior MD. *Noções práticas de obstetrícia*. 13ª ed. Belo Horizonte: Coopmed - Cooperativa Editora e de Cultura Médica ; 2004. 915 p.
 4. International Federation of Obstetrics and Gynaecology, International Confederation of Midwives. International Joint Policy Statement. FIGO/ICM global initiative to prevent post-partum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can*. 2004; 26(12):1100-2, 1108-11.
 5. Jacobbs AJ. Overview of postpartum hemorrhage. Uptodate. [Cited 2011 oct 11]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage>.
-