

# Episiotomia e suas complicações: revisão da literatura

## *Episiotomy outcomes: literature review*

Igor Oliveira Viana<sup>1</sup>, André Quintão<sup>1</sup>, Caio Ribeiro Alves Andrade<sup>1</sup>, Fernanda Arêas Ferreira<sup>1</sup>, Raíssa Degani Dumont<sup>1</sup>, Fernanda Oliveira Ferraz<sup>1</sup>, Hamilton Lobato<sup>1</sup>, Carlos Eduardo Viterbo Prado<sup>1</sup>, Gabriel Costa Osanan<sup>2</sup>

### RESUMO

A episiotomia é um procedimento secular que consiste na incisão do períneo desenvolvida originalmente para ampliar o canal de parto e ajudar o desprendimento fetal em partos difíceis. A episiotomia sistemática foi difundida por Jos. B. DeLee com o objetivo de otimizar o período expulsivo e prevenir complicações no períneo, canal de parto e para o feto. A prevalência de complicações da episiotomia tem sido avaliada intensivamente. As principais complicações agudas da episiotomia são hemorragias, infecções e lacerações de 3º e 4º grau e as crônicas incluem dor perineal, dispaneuira e incontinência urinária ou anal. Não há diferença significativa na incidência de complicações agudas nas abordagens com episiotomia de rotina ou restritiva e a incontinência anal é mais comum após a episiotomia de rotina e pós-incisão mediana. Não há consenso quanto ao balanço risco-benefício do uso da episiotomia rotina, mas alguns dados indicam que essa abordagem oferece mais riscos à parturiente.

**Palavras-chave:** Episiotomia; Parto Obstétrico; Parto Normal; Procedimentos Cirúrgicos Obstétricos; Complicações Pós-Operatórias.

### ABSTRACT

*Episiotomy is a secular procedure that consists in an incision of the perineum originally developed to enlarge the birth canal and assist the detachment of the fetus in difficult births. The practice of episiotomy was widespread by Jos. B. DeLee in order to optimize the second stage and to prevent complications in the perineum, the birth canal and the fetus. The prevalence of complications of episiotomy have been evaluated extensively. The main acute complications of episiotomy are hemorrhage, infections and lacerations to the 3rd and 4th grade and chronic complications include perineal pain, dispaneuira and urinary or anal incontinence. There is no significant difference in the incidence of acute complications in approaches to routine or restrictive episiotomy. Anal incontinence is more common after routine episiotomy and post-midline incision. There is no consensus about the risk-benefit of routine use of episiotomy, but some data indicate that this approach offers more risks for women during childbirth.*

**Key words:** *Episiotomy; Delivery, Obstetric; Natural Childbirth; Obstetric Surgical Procedures; Postoperative Complications.*

### HISTÓRICO

A episiotomia consiste na incisão no períneo para ampliar o canal de parto e sua prática foi historicamente introduzida no século XVIII por Sir Fielding Ould (1742), obstetra irlandês, para ajudar o desprendimento fetal em partos difíceis.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Acadêmicos do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG – Brasil.

<sup>2</sup>Professor do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG – Brasil.

#### *Instituição:*

Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina da UFMG.  
Belo Horizonte, MG – Brasil.

#### *Endereço para correspondência:*

Igor Oliveira Viana.  
Rua Rio de Janeiro, 1212/2002  
Bairro: Centro  
Belo Horizonte, MG – Brasil.  
CEP: 30160-041  
E-mail: igoroviana@hotmail.com

Foi amplamente difundida em 1920 pelo famoso obstetra Jos B. DeLee, em sua publicação *The Prophylactic Forceps Operation*, na qual defendia a episiotomia sistêmica e o uso de fórceps de alívio para todas as primíparas, com o propósito de alívio da dor durante o trabalho de parto, antecipação dos esforços da natureza, redução de hemorragias e prevenção e reparação dos danos.<sup>2</sup>

De Lee<sup>2</sup> indicou o uso da episiotomia rotineira, preferindo a incisão médio-lateral, enquanto Pomeroy expressou sua preferência pela episiotomia mediana ou periotomia, principalmente nas primigestas, para evitar roturas perineais extensas. Nesse período, a episiotomia era utilizada de modo profilático, tendo como objetivos primordiais a prevenção de traumas perineais, redução da morbimortalidade infantil e diminuição da ocorrência de retocele e cistocele, além do relaxamento da musculatura pélvica.<sup>1</sup>

Entretanto, nas últimas décadas, alguns estudos com o objetivo de reduzir as intervenções desnecessárias e a morbiletalidade materno-fetal têm avaliado a prática rotineira da episiotomia no período expulsivo do parto.<sup>1</sup>

Segundo Frankman *et al.*<sup>3</sup>, a taxa de episiotomia nos Estados Unidos decresceu de 60,9% em 1979 para 24,5% em 2004, demonstrando que a realização de episiotomia rotineira diminuiu, desde que o seu uso liberal foi desencorajado.

## ANATOMIA

O períneo é uma estrutura músculo-ligamentar, localizado na abertura inferior da pelve, sendo a sínfise púbica seu limite superior, o cóccix o seu limite posterior e as tuberosidades isquiáticas laterais. Apresentando a forma de um losango, a parte anterior representa o triângulo urogenital e a parte posterior o triângulo anal. A linha que une os dois triângulos vai de uma tuberosidade isquiática a outra, passando anteriormente ao ânus.<sup>4</sup>

O triângulo anal é constituído pelo músculo esfíncter externo do ânus e fossa isquiorretal bilateralmente. É atravessado pela extremidade inferior do canal anal e é vascularizado pelas artérias e veias hemorroidárias. A inervação provém do ramo perineal do quarto ramo sacral e do nervo retal inferior, ambos ramos do nervo pudendo.<sup>4</sup>

O triângulo urogenital é dividido em partes superficial e profunda (diafragma urogenital), que são cobertas pela vulva externamente e atravessadas pela vagina e uretra. O compartimento superficial está localizado entre a fáscia superficial do períneo e a fáscia inferior do diafragma urogenital e contém as glân-

dulas vestibulares maiores, os bulbos do vestibulo e os músculos isquiocavernosos, bulbo cavernoso e transverso superior do períneo. Compõem o diafragma urogenital os músculos transversos profundos do períneo e esfíncter da uretra. As artérias pudendas internas e dorsal do clitóris são responsáveis pelo suprimento sanguíneo do triângulo urogenital. Sua drenagem é feita pelas veias pudendas internas e pela cadeia linfática ilíaca interna. Essa região é innervada pelo nervo perineal, ramo do nervo pudendo.<sup>4</sup>

O corpo perineal situa-se entre o ânus e o vestibulo, no nível do músculo transverso superficial. É uma estrutura fibromuscular na qual se inserem músculo transverso superficial e músculo profundo do períneo, levantador do ânus, bulbo cavernoso, esfíncter externo do ânus, músculo liso da túnica longitudinal do reto e as fáscias superficial e profunda do períneo e inferior e superior do diafragma urogenital. É a região que apresenta alto risco de rotura no momento do parto.<sup>4</sup>

O canal pudendo é um túnel que contém os vasos pudendos internos, nervo pudendo e nervo perineal e seu trajeto parte posteriormente ao músculo isquiococcígeo, passando pelas espinhas isquiáticas até a borda anterior do diafragma urogenital.<sup>4</sup>

O diafragma pélvico encontra-se acima da região perineal e é responsável pela sustentação dos órgãos pélvicos e pela resistência à elevação da pressão intra-abdominal. É constituído pelo músculo coccígeo e elevadores do ânus (músculos pulvococcígeo, ilio-coccígeo e pulborretal). Sua inervação é realizada pelos ramos dos terceiros e quartos nervos sacrais e pelo ramo perineal do nervo pudendo.<sup>4</sup>

## TÉCNICA CIRÚRGICA

A episiotomia é realizada para prevenção de rotura perineal. A técnica consiste em analgesia, incisão e reparo. A analgesia pode ser feita com anestesia regional por bloqueio epidural, neste caso devendo ser administrada durante o trabalho de parto. Outra opção é o bloqueio do nervo pudendo e bloqueio local de campo, com a paciente em litotomia e sendo a antisepsia realizada com polvidona iodo ou clorexidina. Não há evidência de que o preparo da vagina com solução tópica seja benéfico. O canal pudendo é um importante ponto de referência para a anestesia locorregional, visto que contém o nervo pudendo.

Sabe-se que a episiotomia, quando feita precocemente, pode resultar em perda sanguínea excessiva,

assim como uma incisão muito tardia pode comprometer a proteção do períneo materno, aumentando o risco de rotura. Momento razoável seria executar a incisão de modo que ocorra o nascimento após três a quatro contrações. O tempo ótimo para a incisão ainda é incerto, sendo proposta sua realização quando o polo cefálico atinge o plano mais 2 de Delee.

O melhor tipo de incisão ainda não foi comprovado por estudos randomizados. Estudos controlados mostraram que o uso criterioso da episiotomia médio-lateral resulta em reduzida taxa de rotura de 3º e 4º graus em comparação com a mediana, sendo a episiotomia mediana a mais utilizada nos EUA. É realizada incisão vertical na região mediana, iniciada na fúrcula vaginal. O objetivo é aliviar a restrição imposta pelo corpo perineal. As estruturas envolvidas na incisão incluem o epitélio vaginal, corpo perineal e a junção do corpo perineal com o músculo bulbo-cavernoso no períneo. As vantagens incluem a facilidade de execução, de reparo, melhor resultado estético, menos dor e sangramento. A principal desvantagem é o alto risco de rotura de esfíncter anal.

A episiotomia médio-lateral é a mais utilizada na Europa e também no Brasil. A incisão parte de fúrcula em ângulo de 45º com a linha mediana. A mais empregada é a médio-lateral direita. As estruturas envolvidas na incisão incluem o epitélio vaginal, o músculo transverso perineal, o bulbo cavernoso e a pele do períneo. A maior vantagem é o baixo risco de lesão do esfíncter anal e reto devido ao trajeto da incisão. A principal desvantagem é que essa incisão lesa grande volume muscular em comparação com a mediana, sendo, assim, associada a acentuada perda sanguínea e dor. Por isso também o reparo torna-se mais difícil.

A técnica de reparo depende da presença e grau de rotura perineal e com o tipo de incisão. A rotura de 3º e 4º graus, se presente, deve ser reparada primeiro. O objetivo da cirurgia reconstrutora é restaurar a continuidade tanto do esfíncter anal interno quanto do externo. No caso de rotura de 1º e 2º graus, o epitélio vaginal é reparado primeiro, incluindo a fásia perirretal. No caso da episiotomia médio-lateral, aproximam-se primeiro os músculos transversos superficial e bulbo cavernoso. O toque retal deve ser realizado ao final do reparo, para garantir a integridade anal e os fios preconizados são os absorvíveis.<sup>5</sup>

## COMPLICAÇÕES \_\_\_\_\_

As possíveis complicações da episiotomia são diversas e sua prevalência depende de vários fatores, como instituição hospitalar (alto risco x baixo risco),

a abordagem preferencial do serviço de saúde (episiotomia de rotina x restritiva) e o tipo de incisão realizado (médio-lateral x mediana).<sup>5,7</sup>

Possíveis complicações da episiotomia são: infecção, hematoma, roturas do períneo grau III e IV, celulite, deiscência, abscesso, incontinência de gases e fezes, fístula retovaginal, lesão do nervo pudendo, fascíte necrosante e morte.<sup>8,9</sup>

As complicações mais comuns são hemorragia, infecção e lacerações de 3º e 4º graus, que serão abordadas mais detalhadamente: a) hematomas - o útero, a vagina e a vulva são ricos em suprimentos vasculares que estão em risco de trauma durante o processo de nascimento e esse trauma pode resultar na formação de um hematoma. As manifestações clínicas dos hematomas dependem da sua localização. Apesar de pequenos hematomas poderem ser assintomáticos, os hematomas vulvares geralmente evoluem para a formação de uma massa e muita dor se não contido. Grande hematoma pode deslocar a vagina ou o reto. Os hematomas vulvares normalmente evoluem rapidamente para uma massa tensa, compressível e dolorosa, coberta por uma pele com coloração arroxeadada, que pode, em casos mais graves, invadir períneo e região glútea. O tratamento depende do tamanho e da localização do hematoma.<sup>6</sup> b) infecção - os sinais de infecção da episiotomia incluem febre e descarga purulenta, ocorrendo normalmente seis a oito dias após o parto. A maioria das infecções se resolverá com cuidado perineal local e antibioticoterapia, porém, em casos de abscessos, são necessários exploração e às vezes debridamento cirúrgico importante.<sup>10</sup> c) lacerações - o prolongamento da episiotomia pode criar lacerações de 3º ou 4º grau. A prevalência dessas lacerações depende da presença ou não de episiotomia e da técnica utilizada. Na ausência de episiotomia, a incidência de laceração de 3º e 4º graus é de 1%, enquanto que diante de episiotomia médio-lateral e mediana são, respectivamente, de 9 e 20%.

## USO LIBERAL X RESTRITIVO DA EPISIOTOMIA \_\_\_\_\_

Grande estudo que analisou o uso seletivo *versus* uso liberal de episiotomia revelou que a prática mais seletiva do procedimento resultou em menos complicações e menos pacientes referiram dor perineal no pós-parto. No entanto, a redução do uso de

episiotomia foi associada a taxas mais elevadas de trauma perineal.<sup>7</sup> Comparando-se a episiotomia de rotina à episiotomia restritiva, a segunda apresentou baixas taxas de lesões em períneo posterior, menos necessidade de uso de sutura e melhor cicatrização. Em contrapartida, a episiotomia restritiva apresentou elevadas taxas de lesões em períneo anterior.<sup>8</sup> A incidência de complicações agudas da episiotomia de rotina incluindo laceração perineal grave, dor e uso de analgésicos não é mais alta que a incidência na abordagem restritiva.<sup>9</sup> Não houve diferença entre os grupos no que diz respeito a lesões vaginais e perineais graves, incontinência urinária, dispareunia ou dor. Estudo comparativo retrospectivo avaliou a incidência de complicações tardias (quatro anos pós-parto) da episiotomia restritiva e da episiotomia de rotina. Foram incluídas 627 mulheres nulíparas, com feto único cefálico, que tiveram o primeiro parto a termo entre 37 e 41 semanas. Em 320 mulheres foi realizada a abordagem restritiva em um hospital cuja equipe evitava o uso da episiotomia e em 307 o procedimento de rotina, em um hospital em que a episiotomia era fortemente indicada em primeiros partos. Todas as episiotomias foram médio-laterais. As principais complicações avaliadas foram incontinência urinária e anal, dor perineal e dispareunia. Quatro anos após o primeiro parto, a prevalência de incontinência urinária, dor perineal e dispareunia foi semelhante entre os grupos. Incontinência anal foi menos prevalente no grupo restritivo. Houve diferença significativa em relação à flatulência, mas não para a incontinência fecal. Finalmente foi demonstrado que o risco de incontinência anal foi aproximadamente duas vezes mais elevado na episiotomia de rotina que o associado à abordagem restritiva.<sup>10</sup>

Há, ainda, o benefício monetário, principalmente no que se diz respeito ao setor público de saúde, com economia estimada no Brasil em 15 a 20 milhões de dólares ao ano. Os estudos que compararam a incisão médio-lateral com a incisão medial foram excluídos por problemas metodológicos, apesar de um deles destacar alto índice de lesões de esfíncter anal no grupo no qual foi realizada a incisão medial.

## CONCLUSÃO

A episiotomia é motivo de controvérsias entre obstetras. Muitas equipes seguem protocolos com indicações específicas para o procedimento, mas geralmente eles são divergentes. As complicações secundárias à realização da episiotomia, assim como as complicações relacionadas à sua não realização, devem ser levadas em consideração pela equipe de saúde assistente da paciente. À luz do conhecimento atual, a episiotomia seletiva, individualizada, parece a conduta mais adequada.

## REFERÊNCIAS

1. Mattar RR, Aquino MMA, Mesquita MRS. A prática da episiotomia no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007; 29(1):1-2.
2. Gabbe SG, DeLee JB. The prophylactic forceps operation. 1920. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187(1):254-5.
3. Frankman EA, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J Obstet Gynecol.* 2009 May; 200(5):573.e1-7.
4. Amedeè Pèret FJ, Alves ALL, Paula LB. Embriologia e anatomia do aparelho genital feminino e das mamas. In: Camargos AF, Melo VH, Carneiro MM, Reis FM. *Ginecologia ambulatorial.* 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. p.415-28.
5. Robinson JN, Lockwood CJ, Barss VA. Approach to episiotomy. 2011. [Cited 2011 may 15]. Available from: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
6. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet.* 1993; 342(8886-8887):1517-8.
7. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(1): CD000081.
8. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA.* 2005 May 4; 293(17):2141-8.
9. Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigné A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG.* 2008; 115(2):247-52.
10. Owen J, Hauth JC. Episiotomy infection and dehiscence. In: Gilstrap LC III, Faro S, editors. *Infections in pregnancy.* New York: Alan R Liss; 1990. [Cited 2011 may 15]. Available from: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)