

Hemorragias Graves do 3º e 4º Períodos do Trabalho de Parto e Miomas Submucosos

Casos Clínicos

Elsa Calado*, Cláudio Rebelo*, Pedro Tiago Silva*, Helena Belchior*, Ana Duarte†, Fátima Magalhães‡
Serviços de, * Ginecologia e Obstetrícia e †Anatomia Patológica do Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

Os autores relatam dois casos clínicos de hemorragias graves, no periparto, em pacientes com leiomiomas submucosos e cuja miomectomia foi essencial para a normal evolução dos 3º e 4º períodos de trabalho de parto. No 1º caso, a resolução da hemorragia obteve-se pela dissecação digital e exérese de um mioma submucoso com 6,0 x 5,0 x 4,0cm.

No 2º caso, dada a situação de acretismo placentar em fibromioma submucoso ístmico, foi realizada dequitação manual com exérese em bloco do fibromioma e placenta (8 cm de diâmetro e 541,5 g respectivamente).

Palavras-chave: Hemorragia no parto, miomas, miomectomia.

ARQUIVOS DE MEDICINA, 19(4): 145-147

INTRODUÇÃO

A hemorragia pós-parto surge em cerca de 1 a 2% de todos os partos e é uma das principais causas de morte materna(1,2).

No pós-parto imediato, as etiologias mais frequentes são: a presença de lacerações do canal de parto, a retenção placentar, a atonia uterina, a rotura uterina, a inversão uterina e as situações de coagulopatia(1).

A presença de um mioma submucoso pode impedir a adequada formação do globo de segurança, acarretando atonia do miométrio com conseqüente hemorragia do leito placentar. Esta situação, apesar de mais rara que a retenção de fragmentos placentares, condiciona um grau de atonia variável e proporcional às dimensões e localização submucosa do fibromioma.

Por outro lado, estas formações fibrosas podem ser base de inserção placentar, o que pode originar um risco maior de acretismo, acarretando dequitações incompletas ou retenções de dequite.

1º CASO CLINICO

Grávida de 32 anos, 2 gesta, 1 para, foi internada no nosso Serviço por ameaça de parto pré-termo e cólica renal à esquerda, com 34 semanas e 5 dias de idade gestacional. O quadro obrigou a cateterização ureteral com "duplo J" por hidronefrose grave.

A gravidez decorreu sem intercorrências, tendo tido vigilância pré-natal adequada, com 7 consultas nos Cuidados de Saúde Primários, realização das ecografias trimestrais de rotina, sem referência à existência de

patologia intracavitária. A grávida não apresentava antecedentes médicos ou cirúrgicos relevantes para a situação clínica.

Iniciou trabalho de parto pré-termo às 35 semanas, que decorreu sem intercorrências durante cerca de 8 horas. O parto foi eutócico com recém-nascido do sexo masculino com 2570 g e Índice de Apgar 9 /10 ao 1º e 5º min.

Após dequitação espontânea, aparentemente completa, constatou-se atonia uterina, pelo que iniciou perfusão de ocitocina (10 U em 1000 ml de soro glicosado a 5% a 300 ml/h) e massagem bimanual. Manteve hemorragia profusa. Foram garantidos dois acessos periféricos com início de perfusão rápida de colóides e cristalóides para manutenção de volémia (Voluven 500 ml + soro fisiológico 1000 ml).

Após 4 minutos sem formação do globo de segurança e perante a suspeita de retenção de fragmentos placentares, foi efectuada ecografia no bloco de partos que revelou a existência de imagem intracavitária com 5 cm de maior diâmetro.

Passou de imediato ao bloco operatório, onde ao exame sob anestesia geral, diagnosticou-se existência de formação elástica com base pediculada, inserida na parede anterior do útero. Perante suspeita de mioma submucoso, ponderou-se efectuar dissecação digital do mesmo, após estar garantido campo operatório e instrumentação cirúrgica para eventual histerectomia abdominal.

A dissecação foi relativamente simples, pois apesar da estrutura apresentar uma base larga (cerca de metade do seu diâmetro máximo) tinha um componente intersticial quase nulo.

De imediato, conseguiu-se adequado controlo da hemorragia e definitiva resolução da atonia uterina. O tempo decorrido entre o nascimento e a resolução da hemorragia foi de cerca de 60 minutos. A paciente manteve perfusão de ocitocina durante 24 horas (20 U em 1000 ml de S. Glicosado a 100 ml/h) e iniciou antibiótico endovenoso (ceftriaxone 1g/dia).

A puérpera apresentava uma anemia normocrômica normocítica (hemoglobina de 7,2 g/dl e 21% de hematócrito) e iniciou suplementos de ácido fólico e sulfato ferroso. O puerpério decorreu sem intercorrências. Teve alta hospitalar ao 5º dia, sem queixas, com exame puerperal normal e valores de hemoglobina de 8,4 g/dl e 24% de hematócrito.

O exame histológico confirmou a existência de leiomioma com 6 x 5 x 4 cm (figs.1 e 2).

Na consulta de puerpério, a paciente apresentava um exame clínico sem alterações, com normalização dos valores de hematócrito e sem referência a metrorragias anormais.

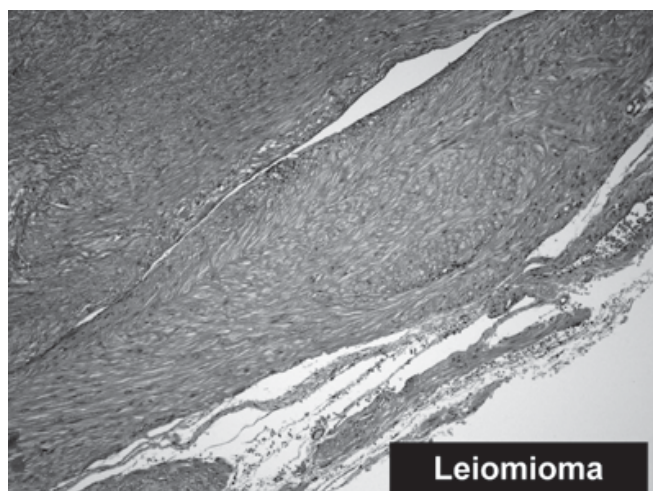


Fig. 1 - Leiomioma.

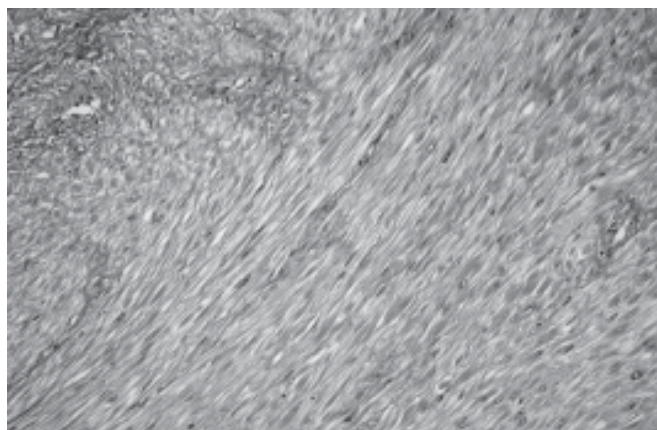


Fig. 2 - Fibras musculares lisas.

2º CASO CLINICO

Grávida de 34 anos com 40 semanas e 5 dias de gestação, 2 gesta, 1 abortamento espontâneo do 1º trimestre com resolução médica.

A grávida apresentava diagnóstico ecográfico de leiomioma submucoso com 6 cm de maior diâmetro, prévio à gestação.

A gravidez teve vigilância pré-natal adequada, com 9 consultas em obstetra particular, tendo sido orientada para a consulta de termo do nosso Hospital. As ecografias obstétricas confirmaram a existência de formação intracavitária que manteve dimensões conservadas no decurso da gravidez. A gestação decorreu sem intercorrências, nomeadamente sem episódios de metrorragias.

Foi internada por gravidez de termo com diagnóstico ecográfico de diminuição de líquido amniótico (Índice de Phelan: 7).

Iniciou protocolo habitual do Serviço para indução de trabalho de parto, com maturação cervical (prostaglandina E2 gel) e posteriormente ocitocina. O trabalho de parto decorreu sem intercorrências com colocação de catéter de analgesia epidural aos 4 cm de dilatação. O parto foi eutócico com recém-nascido do sexo feminino com 3700 g e Índice de Apgar 9/10 ao 1º e 5º minuto.

Cerca de 30 minutos após o nascimento, verificou-se retenção da placenta com hemorragia significativa. Iniciou perfusão rápida de colóides e cristalóides (Haemacell 500 ml + S. Fisiológico 1000 ml) e ao exame diagnosticou-se a permanência da quase totalidade da placenta na vagina, aderente a estrutura intracavitária, elástica, localizada na parede esquerda do istmo uterino, com uma área de inserção de cerca de 3 cm. Foi requerido reforço da analgesia epidural e disponibilidade de sala operatória preparada para eventual histerectomia.

Não tendo sido possível desinserir a placenta da referida formação, optou-se por efectuar dequitação manual com exérese em bloco do mioma (cerca de 8 cm de diâmetro) e placenta (641g). Com a conclusão da dequitação e miomectomia, a hemorragia foi imediatamente controlada com formação do globo de segurança e estabilização hemodinâmica.

A puérpera manteve perfusão de ocitocina nas primeiras 24 horas (20 U em 1000 ml de soro glicosado a 5 % a 100 ml/h) e efectuou dose única de antibioterapia endovenosa (ceftriaxone 2g).

O puerpério decorreu sem intercorrências, tendo a puérpera tido alta assintomática ao 3º dia com um valor de 9 g/dl de hemoglobina e 28% de hematócrito.

O exame histológico confirmou a existência de placenta com inserção acreta em fibromioma submucoso (figs. 3 e 4).

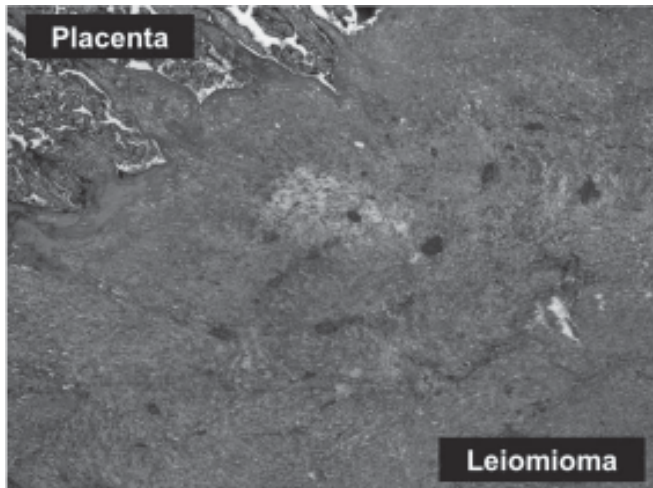


Fig. 3 - Placenta e leiomioma.

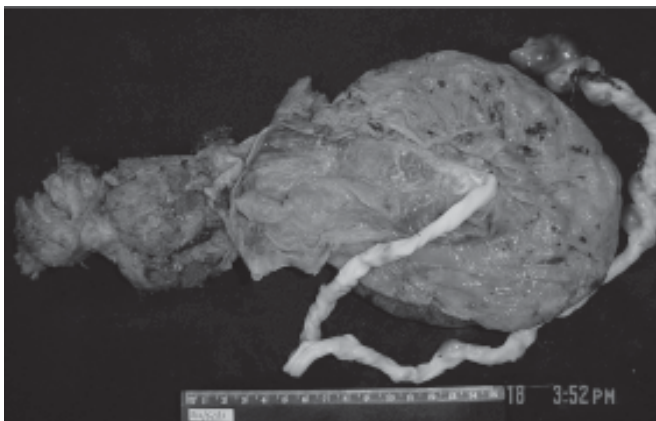


Fig. 4 - Placenta e fibromioma submucoso.

DISCUSSÃO

A existência de leiomiomas uterinos diagnosticados durante a gravidez é relativamente frequente (3). Exacoustor et al relataram 492 casos de leiomiomas uterinos em 12 708 grávidas (4). Das cerca de 500 grávidas, 88% apresentavam miomas únicos e 12% apresentavam miomas múltiplos.

Apesar de não se encontrar na literatura uma descrição da localização dos miomas em grávidas, é consensual considerar-se que os mais frequentes são do tipo subseroso e intramurais pois os submucosos encontram-se geralmente associados a uma maior dificuldade reprodutiva.

O diagnóstico de fibromiomatose uterina em grávida aumenta o risco de algias pélvicas, ameaça de abortamento, parto pré-termo, descolamento placentar, acretismo placentar e necessidade de histerectomia periparto (2,3,5,6,7,8).

No entanto, esta patologia raramente é responsável por hemorragia abundante (1) e apesar de exaustiva pesquisa bibliográfica, encontramos apenas uma referência na literatura a um quadro de atonia uterina grave por mioma submucoso volumoso (12 x 12 cm) que

obrigou a realização de uma histerectomia (9).

Apesar da histerectomia poder ser equacionada num quadro de metrorragia pós-parto associada à presença de leiomiomas (1), os autores procuram salientar a importância de um adequado diagnóstico da etiologia e a opção atempada por uma atitude conservadora.

De facto, a presença de hemorragia abundante no 3º e 4º período do trabalho de parto, com atonia uterina e impossibilidade de formação do globo de segurança, obriga a uma revisão cuidadosa da cavidade uterina para efectuar o diagnóstico destas situações.

Perante o diagnóstico e por intermédio de uma técnica de simples dissecação digital, podemos minimizar a agressão cirúrgica face à única alternativa possível - histerectomia, diminuindo assim a morbimortalidade materna e preservando a fertilidade.

REFERÊNCIAS

- 1 - Cabero Roura L. Retención de la placenta. Hemorragias del alumbramiento. Inversión uterina. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Tomo 2: 807-12. Editorial Medica Panamericana, 2003.
- 2 - Katz VL, Dotters DJ, Droegemueller W. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989;73:593-6.
- 3 - Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Abnormalities of the Reproductive Tract. *Williams Obstetrics*, 21st Edition, Chapter 35:926-30. McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2001.
- 4 - Exacoustor C, Rosati P. Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. *Obstet Gynecol*. Jul 1993;82:97-101.
- 5 - Rice JP, Ray HH, Mahony BS. The clinical significance of uterine leiomyomas in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:1212-6.
- 6 - Burton CA, Grimes DA, March CM. Surgical management of leiomyomata during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989;74:707-9.
- 7 - Winer-Muram HT, Muram D, Gillieson MS. Uterine myoma in pregnancy. *J Assoc Can Radiol* 1984;35:168-70.
- 8 - Davis JL, Ray-Mazumder S, Hobel CJ, Baley K, Sassoon D. Uterine myoma in pregnancy: Ultrasound study. *Int J Gynaecol Obstet* 1989;28:109-17.
- 9 - Akrivis Ch, Varras M, Bellou A. Primary postpartum haemorrhage due to a large submucosal nonpedunculated uterine leiomyoma: a case report and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2003;30:156-8.

Correspondência:

Dr.^a Elsa Calado
 Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
 Hospital de São João
 Alameda Prof. Hernâni Monteiro
 4200-319 Porto

e-mail: calado.elsa@clix.pt