

# INVERSÃO UTERINA

J. NEVES, E. CARDOSO, C. ARAÚJO, S. SANTO, P. GONÇALVES, A. MELO, R. RODRIGUES, A. PEREIRA COELHO  
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Hospital Santa Maria. Lisboa.

## RESUMO

A inversão uterina é uma patologia rara mas grave do parto. Descrevem-se dois casos de inversão uterina de 2.º e 4.º grau, tendo o primeiro um diagnóstico tardio e havendo no segundo caso uma recidiva após a reposição manual, acabando ambos por ter resolução cirúrgica. Os autores abordam em seguida os factores etiológicos, o diagnóstico e a terapêutica.

*Palavra-chave: inversão uterina, hemorragia post-parto*

## SUMMARY

### THE UTERINE INVERSION

The uterine inversion is a rare but serious pathology of the delivery. We describe two cases of uterine inversion of 2° and 4° degree; the first had a delay diagnosis and the second having a return after the manual replacement, finishing both on surgical resolution. The authors describe the causal factors, the diagnosis and the therapeutic of uterine inversion.

*Key-words: uterine inversion, post-delivery bleeding*

## INTRODUÇÃO

A inversão uterina, definida como a introversão em dedo de luva do útero, é uma complicação rara mas grave, do terceiro estadio do trabalho de parto. A frequência referida na literatura é muito variável, de 1/20000 na Europa a 1/2000 nos Estados Unidos<sup>1</sup>.

O aspecto mais importante reside no diagnóstico precoce e como consequência uma conduta terapêutica metódica e urgente; quanto maior o atraso no tratamento mais alta a taxa de mortalidade<sup>1,2</sup>.

Descrevemos dois casos em que a redução manual falhou, recorrendo-se à laparotomia; abordamos em seguida a classificação, a etiologia o diagnóstico e a terapêutica.

## CASOS CLÍNICOS

### 1.º caso

LCACM, 35 anos, IO: 1001, uma cesariana quatro anos antes, por apresentação pélvica; sem antecedentes relevantes e vigiada durante a gravidez sem intercorrências.

Internada pelo Serviço de Urgência às 40 semanas, em fase activa do trabalho de parto, progrediu em três horas para a dilatação completa, sob analgesia epidural.

O parto foi efectuado por ventosa, seguido de forceps, por bradicardia fetal no período expulsivo; o recém-nascido, do sexo masculino, pesava 4015 g, tinha uma circular cervical e nasceu com IA-7/9.

A dequitação demorada, acabaria por ser natural, verificando-se que a placenta tinha um cotilédone acessório.

Após o parto, por aumento das perdas hemáticas fez-se revisão do canal de parto, afigurando-se-nos que um nódulo de mioma aflorava o colo dificultando a revisão uterina, pelo que se interrompeu e foram aplicados 600 µg de misoprostol rectal.

Nas horas seguintes a Hb desce de 9.1g/dl. para 6.7g/dl, fez transfusão de 2 U de concentrado eritrocitário e mais 2 U nas 12 horas seguintes. A puérpera mantinha parâmetros vitais normais, estava lúcida e colaborante, contudo mantinha perdas aumentadas, pelo que 20 horas após o parto se optou por realizar ultrassonografia. Esta revelou uma inversão parcial uterina, decidindo-se de imediato a cirurgia.

Na laparotomia verifica-se, para além da inversão uterina, solução de continuidade a nível da cicatriz da cesariana anterior, que se encontra coberta de coágulos.

Tenta-se a reposição uterina traccionando os ligamentos redondos, sem sucesso. Procede-se então à abertura da parede uterina anterior, aproveitando a incisão de cesariana dando assim espaço para a reposição do útero, e encerrando a parede de imediato. Procede-se ainda à laqueação tubária bilateral, e após verificação da hemostase encerrou-se a parede. Não ocorreram complicações pós-operatórias e a puérpera teve alta três dias depois.

### 2.º caso

APCDF, 30 anos, IO: 1001, um parto eutócico seis anos antes, é internada com 40 semanas de gestação em fase activa de trabalho de parto. Uma hora depois tem parto eutócico, recém-nascido do sexo feminino com 3945 g e IA 9/10.

Antes da dequitação verifica-se inversão total do útero; efectuou-se de imediato a reposição uterina, procedendo-se em, seguida sob anestesia geral à dequitação manual e completa; iniciaram-se ocitócicos. Uma hora depois, por aumento da hemorragia vaginal e labilidade tensional, suspeita-se de nova inversão, e decidiu-se realizar laparotomia.

Confirma-se inversão parcial uterina que se corrige traccionando os ligamentos redondos segundo a técnica de Huntington, com encurtamento dos mesmos, seguida da fixação de ambos à parede anterior; esta manobra pretensamente acentua a anteversoflexão do corpo, prevenindo assim a sua descida através do canal cervical. Fez transfusão de 2 U de concentrado eritrocitário e o post-operatório decorre sem complicações. Teve alta três dias depois.

## DISCUSSÃO

As inversões uterinas classificam-se de duas formas, segundo o tempo em relação ao período expulsivo e consoante a gravidade anatómica. Assim, são agudas nas primeiras 24 horas pós-parto, sub-agudas se ocorrem depois das 24 horas e antes de quatro semanas, e finalmente são inversões crónicas se surgem mais de quatro semanas após o parto; se o diagnóstico não é feito nos primeiros 30 minutos forma-se um edema cervical que constitui o anel retráctil que impede a reposição uterina; quanto à gravidade descrevem-se quatro estádios:

- Estádio I – o fundo uterino não ultrapassa o orifício cervical
- Estádio II – o fundo uterino ultrapassou o colo

- Estádio III – o fundo uterino exterioriza-se à vulva
- Estádio IV – as paredes da vagina participam na inversão, que se diz total<sup>1,3,4</sup>.

Os factores etiológicos subjacentes à inversão podem ser factores predisponentes individuais ou factores extrínsecos. Entre os primeiros, contam-se a configuração anatómica do útero gravídico, um órgão móvel, e com um sistema ligamentar que permite a sua expansão e deslocação fisiológica na gravidez; no decurso da gravidez, a influência hormonal e bioquímica determinam uma maior laxidão neste sistema ligamentar e por fim, enquanto o fundo uterino se torna mais espesso por hipertrofia muscular, o segmento inferior torna-se mais fino e distende-se. Para além destes, alguns autores referem a primiparidade como factor de risco, uma vez que teriam trabalhos de parto mais prolongados, para outros, a inversão ocorre dum maneira igual entre primíparas e múltiparas; as hipotonias uterinas (casos de gravidez múltipla, macrosomia, uso de  $\beta$ -miméticos), a localização fúndica da placenta, cordão curto, parecem ser outros factores predisponentes à inversão. Nos factores extrínsecos encontram-se as atitudes tomadas durante o terceiro estadio do trabalho de parto: a tracção sobre o cordão, muitas vezes associada a expressão uterina, a suspensão dos ocitócicos após o período expulsivo, são manobras a evitar<sup>1,3-6</sup>.

O tipo de anestesia (loco-regional ou geral) e o tipo de parto não parecem ter influência na incidência das inversões. Um útero cicatricial não é um factor de risco, excepto a frequência mais elevada de placenta acreta, que poderá conduzir a manobras de maior risco.

Reconhecer uma inversão uterina e tratá-la rapidamente é fundamental para o prognóstico.

O diagnóstico é sobretudo clínico e os três principais sinais são: a hemorragia, o choque e a dor pélvica. A hemorragia uterina é dos sinais mais frequentes, presente em 95% dos casos, e conduz ao estado de choque em 60% dos casos; este resulta da hipovolémia por um lado, mas também por um mecanismo vagal do estiramento dos ligamentos que a inversão uterina provoca, sendo também uma manifestação quase constante. A dor pélvica ocorre em 7 a 10% dos casos e pode estar mascarada pela analgesia<sup>1,3-5</sup>.

No caso de inversões de tipo III ou IV o diagnóstico é fácil, mas em cerca de 1/3 dos casos a inversão é do tipo I e II, reconhecível pelo exame vaginal, palpação abdominal e com eventual recurso à ecografia.

O tratamento consiste na redução manual da inversão em simultâneo com a reanimação médica. Em 3/4 dos casos a inversão ocorre antes do descolamento da placenta. A conduta em relação à dequitação antes ou depois da reposição uterina não é unânime. Os autores que defendem a dequitação após a correcção da inversão, tem como objectivo limitar a hemorragia, mas a maioria realiza a dequitação primeiro, defendendo que o volume placentário dificulta a manobra de reposição.

Para a reposição uterina, recorre-se em geral ao relaxamento uterino, quer por anestesia geral, (o halotano é um uterorelaxante por excelência), quer ao sulfato de magnésio, 2 a 4 g intravenoso diluídos; em publicações recentes refere-se o recurso à nitroglicerina intravenosa que, com um tempo de acção rápido, e efeitos cardiovasculares mínimos, permite relaxar rapidamente o colo. A redução manual, segundo o método de Johnson, consiste em pressionar o fundo uterino com a palma da mão e empurrá-lo para a cavidade abdominal, em direcção à cicatriz umbilical, permanecendo aí até se instalar de novo o tonus uterino, mediante a administração de ocitócicos ou protaglandinas, após o que se retira a mão<sup>1,4,5,7,8</sup>.

Se esta técnica falhar, ou se se verificar uma recidiva como no segundo caso, então recorreremos a métodos cirúrgicos. A desinvaginação pode-se fazer por laparotomia, segundo a técnica de Huntington. Esta tecnica consiste em realizar uma tracção progressiva sobre os ligamentos redondos com pinças de Allis. A intervenção de Haultain, em caso de falha da primeira por edema do colo, consiste numa histerotomia posterior, mediana, para evitar a bexiga, de 5-6 cm atingindo o anel cervical e permitindo uma desinvaginação fácil<sup>9</sup>.

Está ainda descrita a colpohisterotomia anterior-mediana, por via vaginal, após descolamento vesico-uterino, é o método de Spinelli<sup>4,7</sup>.

A histerectomia é o último recurso.

Qualquer que seja a técnica utilizada, a antibioterapia sistemática e de largo espectro, é preconizada por todos os autores.

Complicações sépticas e hemorrágicas estão descritas assim como perfurações ou roturas uterinas aquando da redução; a morbilidade é sobretudo transfusional, mas igualmente infecciosa, a endometrite pós-parto<sup>10,11</sup>.

Persiste o risco de recidiva nas horas seguintes, ou mesmo dias, que se seguem à inversão, sobretudo se o tratamento foi apenas a reposição manual.

## CONCLUSÃO

As inversões uterinas puerperais são uma patologia rara, por vezes difícil de reconhecer de imediato, e podendo ser responsáveis por morbidade e mortalidade materna consideráveis. O diagnóstico assenta na vigilância atenta do pós-parto imediato. O prognóstico depende da rapidez diagnóstica e terapêutica, obtendo-se neste caso completa recuperação anatômica e funcional, sem sequelas.

## BIBLIOGRAFIA

1. JERBI M, IRAQUI Y, JACOB D, TRUC J-B: Inversion utérine puerpérale aigue: a propos de deux cas. *Gynecol Obstet Fert* 2004; 32: 224-227
2. SHAH-HOSSEIN R, EVRARD JR: Puerperal uterine inversion. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 567-70
3. MORINI A, ANGELINI R, GIARDINI G: L'inversione uterina puerperale acuta: presentazione di 3 casi ed analisi di 358 casi della letteratura. *Minerva Ginecol.* 1994; 46: 115-27
4. MIRAS T, COLLET F, SEFFERT P: Inversion utérine puerpérale aigue: a propos de deux cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002; 31: 668-671
5. CUNNINGHAM FG, GANT NF, LEVENO KJ ET AL: *Williams Obstetrics. 21<sup>st</sup> ed.* McGraw-Hill 2001; 642-3
6. HOSTETLER DR, BOSWORTH MF: Uterine inversion: A life-threatening obstetric emergency. *J Am Board Fam Pract* 2000; 13: 120-3
7. BONNARD L, PELLET B: À propos d'un cas d'inversion uterine. *Rev Med Suisse Romande* 1999; 119: 661-4
8. DAYAN SS, SCHWALBE SS: The use of small-dose intravenous nitroglycerin in a case of uterine inversion. *Anesth Analg* 1996; 82: 1091-3
9. ROMO MS, GRIMES DA, STRASSLE PO: Infarction of the uterus from subacute incomplete inversion. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 878-9
10. EL MANSOURI A: Les ruptures utérines: à propos de 50 cas. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1995; 90, 4: 208-214
11. LURIE S, HAGAY Z, GOLDSCHMIT R, INSLER V: Routine previous cesarean scar exploration following successful vaginal delivery. Is it necessary?. *Eur.J.Obstet.Gynecol. Reprod Biol* 1992; 45: 185-186