

Leiomioma uterino e atonia uterina pós-parto: relato de caso

Uterine leiomyoma and uterine atony post childbirth: case report

Christiane Machado Chen¹, Joe Luiz Vieira Garcia Novo¹

RESUMO

O leiomioma uterino representa o tumor benigno mais frequente do trato genital feminino (95% do total de casos), acometendo entre 20 e 40% das mulheres durante a vida reprodutiva, período no qual são mais recorrentes, com incidência de 0,3 a 3,9% nas gestantes. O mioma, dependendo de fatores como volume e localização, pode dificultar a contração e a retração uterina no pós-parto. A atonia uterina, principal causa de hemorragia pós-parto, pode levar, dependendo de sua intensidade e do volume sanguíneo perdido pela paciente, à necessidade de tratamento clínico, e nos casos mais graves, ao tratamento cirúrgico, apresentando como último e definitivo recurso terapêutico a histerectomia puerperal. Sugere-se que após a detecção precoce do leiomioma na gestante haja o planejamento pela equipe médica e a adoção, caso seja realizado parto cesáreo, de diéreses que não incidam diretamente sobre os miomas, na tentativa de se evitar a possibilidade de hemorragia pós-parto, atonia uterina, histerectomia e, em casos extremos, o óbito materno.

Palavras-chave: leiomioma; hemorragia uterina; inércia uterina; histerectomia; fatores de risco; morte materna.

ABSTRACT

The uterine leiomyoma represents the most common benign tumor of the female genital tract (95% of all cases), affecting between 20 and 40% of women during their reproductive life, when the tumors are more frequent, being their incidence from 0.3 to 3.9% of pregnant women. Myoma, depending on factors such as volume and location, may hinder postpartum contraction and uterine retraction. Uterine atony, the main cause of postpartum hemorrhage, may lead, depending on its intensity and the volume of blood lost by the patient, to the need for clinical treatment, and in the most serious cases surgical treatment, presenting as the ultimate and definitive therapeutic resource, puerperal hysterectomy. It is suggested that after the early detection of the leiomyoma in pregnant woman, planning by the medical team and the adoption, in the case of a cesarean delivery, of dieresis that do not directly affect fibroids should be done in an attempt to avoid hemorrhage post childbirth, uterine atony, hysterectomy and, in extreme cases, the maternal death.

Keywords: leiomyoma; uterine hemorrhage; uterine inertia; hysterectomy; risk factors; maternal death.

INTRODUÇÃO

No ciclo grávido puerperal, durante o período reprodutivo das mulheres, as modificações induzidas pela gravidez são consideradas como eventos normais e fisiológicos. Apesar disso, podem induzir e/ou aproximar o organismo materno de patologias e, se não idealmente acompanhadas, poderão resultar em doenças, complicações e/ou na própria morte da paciente.¹

Considera-se fundamental a implantação de medidas básicas de saúde centradas em planejamento familiar consistente, assistência pré-natal eficiente, sistemas de referência e contrarreferência imbricados, com drenagem de casos patológicos para os serviços de alto risco.^{2,3}

Nesse contexto, as síndromes hemorrágicas que se permeiam na gravidez (no pré-parto, como na placenta prévia ou no descolamento prematuro da placenta, ou na ocorrência de pós-parto por atonia uterina ou lacerações do trato genital), observadas em 3,9 a 6,4% das gestações, assumem importante relevância em sua profilaxia, diagnóstico e tratamento direcionados à promoção e à recuperação do bem-estar materno-fetal.⁴

A hemorragia pós-parto compreende a perda sanguínea maior que 500 mL após a expulsão do concepto nas primeiras 24 horas, sendo mais preocupantes as perdas superiores a 1.000 mL por apresentarem maior número de al-

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.

Autora correspondente: Christiane Machado Chen – Avenida Comendador Pereira Inácio, 391, apto. 121 – Jardim Vergueiro – CEP: 18030-005 – Sorocaba (SP), Brasil – E-mail: christiane.chen@hotmail.com

Recebido em 01/06/2017. Aceito para publicação em 31/07/2017.

terações fisiopatológicas que podem resultar em instabilidade hemodinâmica.⁵

Apresenta-se a seguir o relato de um caso de leiomioma uterino intramural em gestação de 37 e 4/7 semanas, associando-se a importante síndrome hemorrágica materna durante a assistência ao parto. Observa-se a importância da ultrassonografia como método complementar de diagnóstico e a conduta adotada, que deve ser individualizada para cada caso.

RELATO DO CASO

Paciente de 27 anos, branca, internada na maternidade por 36 horas para a resolução da gravidez, apresentando os seguintes diagnósticos (clínico e ultrassonográfico à internação): gestante de 37 e 4/7 semanas secundigesta, nulípara, um abortamento espontâneo de 9 semanas há 2 anos, com feto atual único em apresentação cefálica, dorso à D. Havia biometria e atividade fetal habituais; placenta inserida no fundo uterino (maturidade grau II de Grannum); dopplerfluxometria das artérias uterinas, do cordão umbilical e da artéria cerebral média fetal normal à avaliação ultrassonográfica. Promoveu-se o preparo cervical utilizando misoprostol, com sucesso, seguindo-se de indução ao trabalho de parto com infusão venosa de ocitocina. Houve resposta cinética satisfatória durante 8 horas, batimentos cardíacos fetais=138 bat/60", a abertura cervical estacionou em 7 cm e o polo cefálico no plano 0 (De Lee) em 2 horas. A não progressão da abertura cervical e da descida da apresentação, com diagnóstico de parada secundária da dilatação cervical, indicou parto cesáreo. Sob raqui-anestesia, incisão parietal abdominal à Pfannenstiel, a parede uterina foi exposta, abertura segmentar transversa com sucesso de retirada fetal (recém-nascido do sexo feminino, com índice de Apgar=9 no 1º e 5º minutos, pesando 3.085 g) e descolamento manual placentário. Foi observado, durante a revisão da cavidade, que a incisão atingiu parcialmente um mioma intramural que possuía aproximadamente 5 cm de diâmetro em parede anterolateral D do útero. Apesar de não haver conteúdo intracavitário, a parede uterina não se contraiu fisiologicamente, persistiu sangramento importante após a histerorráfia. Realizados sem sucesso: massagem fúndica uterina, ocitocina e metilergonovina venosas, misoprostol retal, tamponamento cavitário uterino e sutura de B-Lynch.⁴ Em acordo com a paciente, optou-se pela realização de histerectomia subtotal, efetivada a seguir com sucesso transoperatório. A evolução da paciente no puerpério imediato foi satisfatória, recebendo alta hospitalar juntamente com seu recém-nascido no quarto dia de pós-operatório. O laudo anatomopatológico da peça uterina revelou: exame macroscópico: corpo uterino globalmente dilatado pesando 820 g e medindo 17,0 × 13,0 × 8,0 cm, com serosa lisa e brilhante; miométrio medindo 3,5 cm, constituído por tecido fasciculado, pardo-claro, apresentando nódulo esbranquiçado, enovelado e firme, elástico, de localização intramural medindo 4,0 × 4,0 cm; e cavi-

dade endometrial dilatada em 10,0 × 6,0 cm, preenchida por material de aspecto ora membranáceo, acastanhado, ora friável e vinhoso, firmemente aderido ao miométrio. Ao exame microscópico: em meio ao miométrio, em correspondência ao nódulo, notou-se neoplasia mesenquimal benigna constituída por proliferação de fibras musculares lisas dispostas em feixes entrecruzados; o miométrio exibia edema; e a cavidade uterina apresentava-se recoberta por coágulos sanguíneos e restos decíduais. Diagnóstico: corpo uterino puerperal e leiomioma intramural.

DISCUSSÃO

O leiomioma uterino representa o tumor benigno mais frequente do trato genital feminino (95% do total de casos), acometendo entre 20 e 40% das mulheres durante a vida reprodutiva, período no qual são mais recorrentes, com incidência de 0,3 a 3,9% nas gestantes.^{4,6,7}

O diagnóstico detalhado de leiomiomas pode ser obtido ainda no pré-natal, na ultrassonografia realizada entre 4 e 6 semanas de gestação. Características como a localização dos nódulos leiomiomatosos e seu volume já podem ser conhecidas nesse período e permitem melhor assistência à gestante, possibilitando a tomada de condutas que possam prevenir a necessidade de adoção de procedimentos cirúrgicos.⁶

O mioma pode levar ao aumento do número de casos de abortamentos, partos prematuros, restrição de crescimento fetal, apresentações fetais anômalas, descolamento prematuro e acretismo placentário, estando inclusive relacionado a um maior número de cesáreas, hemorragia no pós-parto e atonia uterina, fatores que estão intimamente relacionados à necessidade de realização de procedimentos cirúrgicos de urgência.⁴

O mioma, dependendo de fatores como volume e localização, pode dificultar a contração e a retração uterina no pós-parto. A atonia uterina, principal causa de hemorragia pós-parto, pode levar, dependendo de sua intensidade e do volume sanguíneo perdido pela paciente, à necessidade de tratamento clínico com medicação uterotônica, e nos casos mais graves, ao tratamento cirúrgico, que consiste em ligadura das artérias uterinas, sutura de B-Lynch, ligadura das artérias ilíacas internas e, como último e definitivo recurso terapêutico, histerectomia puerperal.^{4,7}

A histerectomia puerperal deve ser um recurso utilizado apenas em situações de caráter emergencial, naquelas em que o sangramento excessivo e a atonia uterina não sejam passíveis de serem controlados com outros métodos conservadores do útero e da função reprodutiva, representando, dessa forma, risco de morte materna.^{4,7}

Sugere-se que após a detecção precoce do leiomioma na gestante haja o planejamento pela equipe médica e a adoção, caso seja realizado parto cesáreo, de diéreses que não incidam diretamente sobre os miomas, na tentativa de evitar tanto a atonia uterina quanto a hemorragia pós-parto e, conseqüentemente, em casos extremos, a histerectomia.⁶

No caso relatado, foram realizadas todas as manobras e os procedimentos possíveis na tentativa de preservar o útero da paciente. Infelizmente, devido ao risco à vida da puérpera, representado pelo quadro importante de hemorragia no pós-parto, optou-se pela realização da histerectomia.

Ressaltamos, por fim, a importância do diagnóstico precoce de leiomiomas, por meio de exame ultrassonográfico ainda na assistência pré-natal. Tal avaliação permitirá que sejam instituídas terapêuticas clínicas e cirúrgicas específicas, que garantam à futura parturiente a melhor condução possível do parto e do pós-parto. Teremos assim redução dos riscos de intercorrências e procedimentos de urgência, que poderão, inclusive, resultar em morte materna.

REFERÊNCIAS

1. Cecatti JG, Calderón IMP. Intervenções benéficas durante o parto para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(6):357-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005000600011>
2. Ramos JGL, Martins-Costa S, Vetorazzi-Stuczynski J, Brietzke E. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul-Brasil: um estudo de 20 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003;25(6):431-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032003000600008>
3. Figueira L, Novo JLVG. Mortalidade materna no Conjunto Hospitalar de Sorocaba: resultados gerais. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2010;12(1):17-23.
4. Zugaib M. *Obstetrícia.* 2ª ed. São Paulo: Manole; 2012. p.653-85.
5. Baggieri RAB, Vicente GS, Santos JA, Cabalero MHC, Barbosa HM, Santos RS, et al. Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento. *Arq Med Hosp Fac Ciênc Med Santa Casa São Paulo.* 2011;56(2):96-101.
6. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. *Leiomioma uterino: manual de orientação.* São Paulo: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; 2004. p.56-9.
7. Faria J, Godinho C, Rodrigues M. Miomas uterinos: revisão de literatura. *Acta Obstet Ginecol Port.* 2008;2(3):131-42.

Como citar este artigo:

Chen CM, Novo JLVG. Leiomioma uterino e atonia uterina pós-parto: relato de caso. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2018;20(2):113-5. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i2a12