

REFLEXÕES SOBRE O FÓRCIPE

Sérgio Borges Bálsamo*

O fórcepe surgiu há cerca de 400 anos, ficando, porém, por um século restrito à família Chamberleyn. Quando começou a ser divulgado, seu conhecimento disseminou-se rapidamente, surgindo várias modificações e novos modelos. Chegou a ser considerado o símbolo da especialidade obstétrica.

Foi, até meados do século passado, a melhor solução para as distócias, mesmo que causando, por vezes, algum dano à anatomia materna ou à morfologia fetal.

No início, a cesárea com laparotomia por incisão mediana longitudinal levava, com alguma frequência, a deiscências parciais ou totais (com evisceração), e com frequência ainda maior à infecção e supuração da parede, pois não se dispunha nem da assepsia e anti-sepsia e nem dos antibióticos modernos.

A incisão longitudinal do corpo uterino, seccionando as fibras musculares, trazia como consequência rupturas uterinas com todos os seus riscos em ocorrência preocupante. Os recursos anestésicos eram inferiores aos atuais e a famosa cefaléia pós-raqui era outro problema que não raro incomodava a cesareada. Por tudo isto, aguardava-se nos casos complicados a evolução do caso por mais de 24 horas. Fazia-se mais fórcepes alto e a cesárea ficava como última alternativa.

A obstetrícia clássica ditou condições, indicações e técnicas para o emprego do fórcepe, as quais foram fielmente obedecidas e transmitidas.

Hoje em dia, a cesárea se tornou uma cirurgia quase isenta de riscos, a tal ponto que em, muitas vezes, sua indicação é feita pela paciente e em outras realizada pelo profissional sem qualquer indicação.

Deixou-se de praticar o fórcepe alto (bi-parietal - BP - acima do estreito superior - ES), mesmo que sob o título de “tentativa de fórcepe”. Até os fórcepes médio altos (BP a altura ou pouco abaixo do ES) deveriam ser evitados ou apenas realizados por profissional experiente e com muita precisão técnica. Os médio baixos (BP a altura ou pouco abaixo das espinhas ciáticas - EC) e os baixos (BP abaixo das EC, em OP) podem e devem ser feitos. Portanto, o instrumento ainda tem sua utilidade, e dentro de condições e indicações precisas, com diagnóstico e técnica corretos, trará benefícios para o binômio materno-fetal.

Diante do exposto, alguns preceitos clássicos deverão ser revistos e ponderados.

Condições

Dentro das condições para aplicabilidade vamos abordar três aspectos.

- Proporcionalidade céfalo-pélvica. Exigida para aplicações dos fórcepes altos. Como estes não são mais realizados, bastaria dizer cabeça insinuada (BP abaixo do ES);

- Bolsa rota: deveria ser retirada do item “condições maternas” e colocada em novo item, “condições anxiais”;

- Feto vivo: condição imprescindível no passado para aplicações com cabeça acima do ES, pois para fetos mortos nessa eventualidade, praticavam-se as cirurgias

mutiladoras fetais, com redução volumétrica do polo cefálico, evitando-se possíveis danos para o canal de parto materno. Recorde-se que nessa época não se dava ao feto a importância que se dá hoje.

Diante dos processos judiciais em número crescente contra atos médicos, gostaríamos de deixar em aberto um aspecto para ponderação. Em óbitos fetais no expulsivo, com polo cefálico facilmente acessível proporcionando a oportunidade para um fórcepe praticamente sem riscos, poderia ele ser aplicado em lugar de perfurarmos o crânio fetal? Neste último caso não poderia a mãe ouvir: “Coitada, além de perder seu nenê, há tanto esperado, ainda desfiguraram seu rosto. Não deu nem para saber direito como ele era ou com quem era parecido. A senhora não quer processar o médico?”. E, durante o processo, o médico não poderia ouvir a pergunta: “O senhor não tinha outra alternativa?”.

Verificação da pega

Além dos elementos clássicos, também pode ser usada a comparação das distâncias entre cada jumélio (ramo da colher) e o respectivo ramo da sutura lambdoideia. Distâncias equivalentes corresponderiam à pega ideal.

Articulação

Nas pegas com o Simpson Braun no 2º oblíquo, é feita por descruzamento dos cabos. Diante de dificuldade nessa eventualidade, lembrar da manobra de Hestor: colocação do 2º ramo por baixo do 1º, conseguindo-se, desse modo, articulação direta.

Rotação

Existem várias manobras para se resolverem as aplicações nas variedades de posição em oblíquas posteriores, executando-se a rotação de 135º para OP. Todavia, em alguns casos de primigestas com cabeça muito baixa, espinhas ciáticas mais pronunciadas, a grande rotação poderá tornar-se difícil ou até traumática. Lembrar que nesses casos, o bi-acromial já está fixado na bacia e a rotação de 135º corresponderá a uma torção acentuada do pescoço fetal. Nessas ocasiões, a tentativa de rodar para OS com extração lenta, episiotomia mais ampla e proteção perineal poderá ser revelar de maior facilidade.

OS

Cuidado neste diagnóstico. Estará correto se não tocarmos o bregma por baixo do púbis e eventual rotação de 180º poderá ser cogitada. Todavia, se tocarmos todo o bregma abaixo do púbis, o diagnóstico correto será BP e, como tal, deverá o fórcepe ser conduzido.

Fórcepe de Kjelland

Ouvíamos no passado, quando se realizavam pegas mais altas, sua indicação para as oblíquas posteriores, por ser um fórcepe dito de rotação.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 8, n. 3, p. 34-35, 2006

* Professor do Depto. de Cirurgia - CCMB/PUC-SP

Recebido em 1/9/2006. Aceito para publicação em 1/9/2006.

Não concordávamos, pois antes da rotação vinha a prensão, e por ser um fórcepe reto, não acompanhava a curvatura pélvica da bacia. Preferíamos o Simpson Braun, pois a curvatura pélvica desse fórcepe foi desenhada por Levret exatamente para acompanhar o eixo curvo da bacia e permitir, com isso, pegas mais altas que o fórcepe reto inicial dos Chamberlein. Concordamos, porém, com essa indicação hoje em dia para os fórcepes baixos.

Apontaríamos nesse fórcepe, nas variedades de posições transversas, os únicos casos de aplicação de fórcepe sem se completar a insinuação: quando ocorre assinclitismo incompleto persistente, estando apenas um dos parietais abaixo do ES.

Gostaríamos também de comentar a possibilidade da retirada da 2ª mão guia no momento em que a ponta da colher posterior se achar próxima ao promontório. Com isto se consegue o abaixamento do cabo no espaço ocupado por essa mão, facilitando muito a transposição final do promontório.

Nos casos de aplicação em prematuros (nesses casos o fórcepe deverá sempre que possível ser evitado), indica-se normalmente o fórcepe de Simpson Braun, pensando-se no contato do instrumento com a apófise zigomática. No prematuro, no entanto, esse contato se dá um pouco mais abaixo, na ponta do mento. Nesse caso, o fórcepe de Simpson Braun, pela sua curvatura pélvica, aporá apenas um jumélio no mento fetal. Damos preferência, por isso, ao fórcepe reto de Kjelland, o qual distribuirá sua pressão entre os dois jumélios.

Tração

Reza um dos preceitos clássicos (Levret) que o fórcepe deve ser tracionado seguindo-se o eixo da bacia (para baixo - pés do parteiro, para frente - tórax do parteiro, e para cima - cabeça do parteiro). Isto é perfeitamente válido para as pegas altas. Como hoje em dia não mais se indica esse tipo de fórcepe, deveríamos completar “para baixo, para frente e para cima, total ou parcialmente, dependendo da altura da apresentação”. Por certo, seria raro hoje em dia tracionarmos em direção aos pés.

Retirada do fórcepe

Diz-se classicamente que devemos retirar primeiro a colher que foi aplicada em segundo lugar. Isto vale para as pegas no primeiro oblíquo (OEA) e no diâmetro ântero-posterior, pois nas pegas no segundo oblíquo (ODA), ao rodarmos para OP, a primeira colher estará articulada por cima da segunda e será a primeira a ser retirada.

CONCLUSÃO

Atualmente, a cesárea é o melhor processo para a resolução das distócias nas apresentações altas, trazendo risco mínimo à mãe e menor ao feto. O fórcepe médio, e principalmente o baixo, casos em que a cabeça já se aproxima do desprendimento, ainda tem indicação e pode ser utilizado com benefício materno-fetal. É necessário, porém, que seu emprego correto não fique limitado aos obstetras mais antigos. Deveríamos, então, acrescentar mais uma indicação em nossas faculdades: aprendizado.