



RELATO DE CASO

HEMORRAGIA PUERPERAL POR INVERSÃO UTERINA: RELATO DE CASO
PUERPERAL HEMORRHAGE AFTER UTERINE INVERSION: A CASE REPORT

Rafael Pimenta Camilo¹
Débora Dib Fratar²
Beatriz Escórcio Emerich³
Lucas de Almeida Resende⁴
Ana Carolina Mota de Sousa⁵

RESUMO

A inversão uterina aguda no pós-parto é uma emergência obstétrica rara e potencialmente fatal, que ocorre nas primeiras 24 horas do puerpério e tem importante associação com hemorragia puerperal. Relata-se um caso de uma primípara de 19 anos, que após indução de parto devido a oligoâmnio, apresentou importante sangramento transvaginal, com instabilidade hemodinâmica. Teve seu reconhecimento e tratamento prontamente realizados, e assim não evoluiu com complicações. O reposicionamento é primeiramente tentado pela manobra de Taxe com uso de relaxantes uterinos, e caso falhe, opta-se por cirurgia. O prognóstico depende justamente da agilidade da intervenção terapêutica, que permite completa recuperação do quadro e ausência de sequelas.

Descritores: Hemorragia pós-parto. Inversão uterina. Período pós-parto.

ABSTRACT

Acute postpartum uterine inversion is a rare, potentially fatal obstetric emergency occurring within the first 24 hours of the puerperium, and which is closely associated with puerperal hemorrhage. In this case report, a 19-year-old primiparous woman had significant transvaginal bleeding, with hemodynamic instability, after induction of labor due to oligoamnios. The case was diagnosed and treated promptly, thus the patient evolved without complications. The standard treatment protocol usually comprises Taxe maneuver (manual uterine replacement) followed by uterine relaxants; only if it fails, surgery is performed. The prognosis depends precisely on prompt therapeutic intervention, which leads to complete recovery of the condition, as well as absence of sequelae.

Keywords: Postpartum hemorrhage; Uterine inversion; Postpartum period.

¹Acadêmico do curso de Medicina da Universidade de Uberaba (UNIUBE), Uberaba, MG. E-mail: rafapimenta_camilo@hotmail.com.

²Acadêmica do curso de Medicina da Universidade de Uberaba (UNIUBE), Uberaba, MG. E-mail: debinhafratari@hotmail.com.

³Acadêmica do curso de Medicina da Universidade de Uberaba (UNIUBE), Uberaba, MG. E-mail: biaeemerich@hotmail.com.

⁴Médico residente em Ginecologia e Obstetrícia do Mário Palmério Hospital Universitário (MPHU), Uberaba, MG. E-mail: lucasAresende@hotmail.com.

⁵Médica ginecologista e obstetra pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG. E-mail: anacarolina.med@gmail.com.



INTRODUÇÃO

A inversão uterina aguda no período pós-parto é uma emergência obstétrica rara e grave, em que o fundo uterino se inverte em direção à cavidade endometrial⁽¹⁾. Ocorre como complicação do terceiro período do trabalho de parto⁽²⁾, nas primeiras 24 horas de puerpério⁽³⁾, e tem importante associação com hemorragia pós-parto. Ocorre geralmente de imediato após o desprendimento e, se não corrigida, pode ameaçar a vida da puérpera e seu futuro reprodutivo⁽⁴⁾. Morte materna ocorre em 15% dos casos⁽¹⁾.

É mais frequente em primíparas devido ao trabalho de parto prolongado⁽⁴⁾, e tem uma incidência incerta, variando de 1 em 550 até 1 em 50000 partos vaginais⁽²⁾. É comum quando há tração intensa no cordão umbilical, prensão do fundo uterino ou acretismo placentário⁽⁴⁾. Seu diagnóstico é clínico e o quadro pode variar de sangramento leve até hemorragia transvaginal importante⁽⁴⁾, sendo que a perda sanguínea pode levar rapidamente a choque hemorrágico, e o quadro algico, a choque neurogênico^{(2), (4), (5)}.

RELATO DE CASO

D.F.S., 19 anos, primigesta, 40 semanas e 4 dias de gestação, pré-natal de risco habitual. Procura atendimento com ultrassonografia evidenciando oligoâmnio (ILA: 4cm) e peso estimado de 3.610g, sendo indicada a indução do trabalho de parto. Evoluiu para parto normal com episiotomia, com RN único, vivo, masculino, pesando 3.610 g e Apgar 9/9. No momento da dequitação, espontânea, percebeu-se importante sangramento transvaginal, com instabilidade hemodinâmica e, ao exame especular, visualizou-se o fundo uterino pelo óstio interno do colo. Diagnosticada a inversão uterina, foi realizada manobra de Taxe sob raquianestesia, revertendo o quadro com sucesso. Feita curetagem, sem restos placentários. Realizado todo protocolo de hemorragia puerperal com uso de ocitocina, ergometrina e misoprostol. Canal de parto sem lacerações, e episiorrafia sem intercorrências.

Mesmo após as medidas, a paciente manteve-se instável e foi transferida para UTI, em uso de noradrenalina 0,3 mcg/kg/min. 12 horas após o parto, permanecia com cólica em baixo ventre e sangramento ativo em moderada quantidade. Ao toque vaginal, percebida massa endurecida em região central do colo, coágulos intravaginais em moderada intensidade e útero não palpável em região abdominal, sendo diagnosticada recidiva da inversão.

Encaminhada ao centro obstétrico e realizada nova manobra de Taxe, sem sucesso. Procedeu-se à laparotomia, e confirmando a inversão total, foi revertida com cirurgia de Huntington associada a contraturantes uterinos. Foi realizada sutura B-Lynch modificada para atonia e iniciada infusão



intraoperatória de concentrado de hemácias devido a instabilidade hemodinâmica (hemoglobina de 5 g/dL). Ao final do procedimento, noradrenalina foi reduzida para 0,08 mcg/kg/min e paciente encaminhada para UTI, com uterotônicos de horário. Evoluiu sem intercorrências, sem novos episódios de sangramento ou de nova inversão.

DISCUSSÃO

O caso relatado apresenta uma primípara sem fatores de risco e sem intercorrências durante o trabalho de parto, que evoluiu com a clínica clássica de inversão uterina e teve seu reconhecimento precoce e tratamento prontamente realizados. Não foram identificados fatores desencadeantes, uma vez que a dequitação foi espontânea e acompanhada por profissional experiente, assim como não foram vistos sinais de acretismo placentário, nem restos placentários à curetagem. É importante ressaltar que em torno de 50% dos casos não há causa específica nem fator predisponente identificado⁽⁶⁾, exigindo assim mais atenção do profissional para os sinais clínicos.

Estes, como já dito, são hemorragia transvaginal significativa, dor discreta ou intensa e ausência de útero palpável à palpação abdominal. Além disso, pode-se identificar parte do útero invertido pelo óstio interno do colo uterino ou se exteriorizando pela vulva⁽⁷⁾.

A inversão uterina é aguda, quando ocorre em até 24 horas pós-parto, subaguda, caso ocorra de 24 horas a 30 dias, e crônica, ao se manifestar após 30 dias de puerpério. Além disso, é completa ou incompleta, tomando-se o anel cervical como parâmetro⁽³⁾.

O reposicionamento realizado pela manobra de Taxe, com uso de relaxantes como halotano ou terbutalina, é a primeira manobra a ser realizada. Consiste em desinverter o útero para a sua posição anatômica com a mão fechada⁽⁴⁾, e deve ser mantida na cavidade até que o tônus se normalize após o uso de ocitócitos ou prostaglandinas. A placenta, por sua vez, só deve ser removida após o posicionamento correto do útero⁽⁶⁾. Se bradicardia ou hipotensão, a droga de escolha é atropina 0,5mg endovenosa⁽⁸⁾.

Em caso de falha da manobra de Taxe recorre-se a métodos cirúrgicos⁽⁹⁾, como cirurgia de Huntington (laparotomia seguida de tração superior do corpo uterino com pinças de Allis)⁽⁶⁾ e em caso de falha desta, pondera-se o último recurso a ser usado: a histerectomia, de preferência subtotal, devido à urgência inerente ao caso⁽⁵⁾. Em qualquer das técnicas



escolhidas, deve-se introduzir antibioticoterapia de largo espectro e contraturantes uterinos, a fim de evitar infecções puerperais e atonia uterina, respectivamente⁽⁶⁾.

Recomenda-se, como profilaxia para a inversão uterina, tração controlada do cordão umbilical durante o terceiro período do parto, bem como administração de ocitocina 10UI em bolus, sendo esta última comum para demais causas de hemorragia pós-parto⁽¹⁰⁾.

CONCLUSÃO

A inversão uterina aguda é uma patologia rara e com altos índices de morbidade e mortalidade. Sua clínica permite pronto reconhecimento e rápida intervenção para se evitar morte materna e garantir o futuro reprodutivo da mulher. O prognóstico depende justamente da agilidade da intervenção terapêutica, que permite completa recuperação do quadro e ausência de sequelas.

REFERÊNCIAS

1. Dwivedi S, Gupta N, Mishra A, et al. Uterine inversion: a shocking aftermath of mismanaged third stage of labour. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*.. 2013;2(3): 292-295.
2. Shrestha, R, Shrestha, S, Malla, A, et al. Acute Total Uterine Inversion: A Life Threatening Obstetrics Emergency. *NJOG*. 2017;12(1): 62-63.
3. Witteveen T, Stralen GV, Zwart J, et al. Puerperal uterine inversion in the Netherlands: a nationwide cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013. p. 334–337
4. Giongo MS, Azzi T, Gios TS, Rosa TS. Óbito pós inversão uterina: relato de caso. *Arq Catarin Med*. 2012;41(2): 79-81
5. Costa AS, Constantino GD, Abrahão J. Manejo Clínico da hemorragia pós parto. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(4S2): 55-58
6. Vidyadhar BB, Gagare SD, Bhardwaj S, Raut S. Study of incidence and outcome of acute inversion of uterus. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2018;7(12): 5145-5149
7. República de Moçambique Ministério da Saúde. Manual técnico sobre Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às principais Complicações Obstétricas e Neonatais. Normas Nacionais de Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais. 2011.p.168
8. Comissão Perinatal - Secretaria Municipal de Saúde Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia. Protocolo do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e principais urgências obstétricas. 2010. p. 39



9. Matsubara S, Yano H, Taneichj A, et al. Uterine compression suture against impending recurrence of uterine inversion immediately after laparotomy repositioning. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009/Aug;35(4): 819-23.

10. Baggieri RAA, Vicente GS, Dos Santos JA, et al. Hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.* 2011; 56(2): 96-101