

CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA INVERSÃO UTERINA

Pedro Luiz Costa

Não foi a raridade desta complicação do terceiro período que nos levou à escolha deste tema, mas a necessidade de relatar os casos observados nos serviços obstétricos da Maternidade afim de acrescentar mais algumas observações e a nossa experiência à já rica literatura nacional sobre o assunto.

O fato do útero virar-se sobre si mesmo de dentro para fora é, como dissemos, uma condição muito rara, originando-se daí as discordâncias que, ainda, perduram, apesar das inúmeras discussões sobre a questão, discordâncias não apenas em relação à incidência, mas também quanto à etiologia e, principalmente, a respeito do tratamento.

São de Fernando de Magalhães, o grande mestre da Obstetrícia brasileira, estas palavras: "É necessário desde logo estabelecer uma preliminar, a da raridade da afecção. Úteros invertidos os há em muito pequeno número. A observação hospitalar é tão pouca que chega a ser ridícula".

As estatísticas estrangeiras apresentam números muito discordantes e quem os consulta nenhuma conclusão poderá tirar a respeito da verdadeira incidência da afecção.

A literatura nacional é, porém, farta em publicações. Os trabalhos de Clovis Corrêa da Costa, em 1937, e Jorge de Rezende, em 1943, apresentam uma síntese das publicações nacionais, mostrando um total de 114 inversões uterinas observadas no Brasil, até aquela última data.

No Rio Grande do Sul, encontramos apenas um trabalho recente de Othon Freitas, relatando dois casos de inversão uterina, ambos tocogenéticos.

O presente trabalho pretende revisar os casos observados na Maternidade Mário Totta, serviço do Prof. Othon Freitas, apreciando os já publicados e um mais recente de inversão aguda completa.

Eis os nossos casos:

- 1.º — Um caso de inversão aguda puerperal completa, ocorrido em 1936, e que foi resolvido

pela taxe lateral imediata, à maneira de Delearde. Foi operador Othon Freitas e a paciente recuperou, tendo alta curada.

- 2.º — A estatística de 1941 refere-se a um caso de inversão uterina com choque obstétrico e hemorrágico terminado por morte. Não encontramos porém a ficha-clínica deste caso razão por que nos limitamos a citá-lo.
- 3.º — Trata-se de inversão crônica completa do útero, caso já publicado. Foi resolvido cirurgicamente, após falharem as tentativas de redução manual. Foi usada pelo operador Prof. Othon Freitas a técnica de Küstner. O resultado foi bom e a paciente teve alta curada.
- 4.º — Trata-se de um caso de inversão aguda completa puerperal com prolapso genital. Eis a observação:

Observação clínica n.º 8101 da Maternidade Mario Totta-Diretor Prof. Othon Freitas.

E. A. C., 32 anos, mista, casada, brasileira, doméstica, residente em P. Alegre. Foi admitida às 12,30 horas do dia 10-10-1948.

Antecedentes familiares: Pais vivos e sadios. Tem 10 irmãos. A mãe teve dez gestações a termo, não houve abortos, nem fetos mortos. O marido goza de boa saúde e apresenta reações serológicas da lues negativas.

Antecedentes pessoais: Teve sarampo, coqueluche, varíola, reumatismo articular agudo aos 9 anos. Menarca aos 13 anos, dismenorréia até os 18 anos e após eumenorréia.

Antecedentes obstétricos: 5 gestações. Teve dois abortos. Três partos a termo, todos com fetos vivos. Relata que no primeiro

parto, há seis anos, teve uma inversão uterina puerperal.

Gravidez atual: Ignora a data da última menstruação. A não ser vômitos, cefaléia, tonturas e pirose nos primeiros meses e que logo cederam, a gravidez atual decorreu sem acidentes.

Moléstia atual: A nossa paciente baixou ao serviço às 12 e 30 horas tendo a pessoa que a acompanhava informado que teve parto a domicílio atendido por parteira, às 11 horas. Diz que o parto decorreu normalmente e após alguns minutos do nascimento da criança a paciente começou a perder muito sangue e apareceu "um tumor fora da vulva" (sic) razão por que a parteira aconselhara baixar à Maternidade. Informa ainda que a paciente perdeu grande quantidade de sangue em sua residência, o mesmo acontecendo ao ser transportada para este serviço. Nega trações no cordão umbelical ou quaisquer manobras violentas empregadas para a expulsão da placenta.

Exame clínico: Tipo constitucional: longilíneo astênico. Nutrição diminuída. Mucosas visíveis muito descoradas. Pele úmida. Extremidades frias. Sudorose abundante. Pressão arterial: Mx: 7 Mn: 5 Pulso: 130 pulsações por minuto.

Exame ginecológico: O orifício vulvar estava ocupado por um tumor um pouco maior que a cabeça de um feto, amolecido, sangrando abundantemente. O tumor encontrava-se completamente fora da vagina entre as coxas da paciente e via-se a êle aderida a placenta parcialmente descolada, sendo a mesma vista pela sua face fetal. Os fundos de saco vaginais haviam desaparecidos e o pedículo do tumor se continuava com as paredes da vagina que haviam sofrido prolapso. Notava-se apenas uma orla de colo. Após o descolamento da placenta observou-se uma superfície irregular, com restos de placenta sangrando facilmente; foi, então, possível ver-se os orifícios das trompas. A palpação abdominal mostrou ausência do útero acima do púbis.

Diagnóstico: Inversão uterina aguda completa com prolapso genital.

Tratamento: Como a placenta estivesse parcialmente descolada e o útero sangrasse muito, fizemos o seu descolamento manual e o útero foi envolvido em gaze iodoformada enquanto se ministravam os cuidados às condições gerais da paciente.

Imediatamente, o médico assistente Dr. Alziro Azevedo iniciou uma transfusão de sangue total citratado de 400 cc. Foram feitos sôro fisiológico endovenoso 500 cc. Morfina. Coramina efedrina.

O útero continuava a sangrar e a paciente foi transportada para a sala de cirurgia onde seria praticada a taxa.

Foi, então, procedida à taxa lateral, pela modificação da taxis-tamponamento de Adeodato. Tamponamento útero vaginal com gaze iodoformada.

Operador: Dr. Pedro Luiz Costa. Auxiliar: Dr. Nilo Bastos. Anestesia geral pelo éter. Anestesista: Enfermeira Rodolfina.

A redução efetuou-se em 15 minutos. Durante o ato e no post-imediato a paciente recebeu a seguinte medicação: Veritol-1 amp. Coramina 5 cc. Krinocort 5cc. Transfusão de sangue: 500 cc. Sôro glicosado 500 cc. Sôro fisiológico: 500 cc.

Oxigenioterapia por intermédio de máscara até às 23 horas do dia da taxis.

Às 16 horas: A paciente permanecia em choque. Pressão arterial: Mx: 6 Mn: 4 Pulso: 140 pulsações por minuto. Transfusão sangue: 400 cc. Sôro glicosado e fisiológico. Veritol: 1 amp.

Às 20 horas: Krinocort: 3cc. Transfusão sangue: 400 cc.

Às 22 horas: Coramina efedrina. Ergotina 1 amp. Foi iniciada a penicilinoterapia na dose de 30.000 UO de 3/3 horas.

Dia 11-10-48 — Pela manhã retirada do tamponamento uterovaginal. Ergotina 1 amp. Penicilina 300.000 UO - 30.000 UO de 3/3 horas.

Dia 12-10-48 — Penicilina 200.000 UO. Sulfadiazine 2 comp. de 4/4 horas.

Dia 13-10-48 — Continuar a penicilina. Começou-se a administrar diariamente ferro extrato hepático concentrado injetável.

Dia 16-10-48 — O exame ginecológico mostra útero em retroversão acentuada aumentando de volume e doloroso à palpação. Cistocele e retocele. Corrimento purulento e fétido.

O quadro térmico desta paciente mostra apenas elevações térmicas de 37°,5 na tarde de 12-10-48 e 37°,8 na tarde de 13-10-48, nos outros dias a paciente permaneceu apirética.

Alta curada em 18-10-48.

COMENTÁRIOS

Várias são as classificações das inversões. Podemos dividi-las em: agudas, sub-agudas e crônicas, como o faz Kelog, ou melhor como aconselhava Magalhães em: imediatas, recentes e crônicas.

Há as classificações anatômicas que consideram o grau de reviramento, entre estas se encontram a de Tarnier e Budin e a de Küstner que damos a seguir:

1.º grau: ligeira depressão da parede uterina, depressão ou ligeira massa do fundo; é o "cul de fiole de Mauriceau".

2.º grau: É a invaginação, uma depressão maior dentro da cavidade, atingindo o fundo do útero, o segmento inferior, sem, entretanto, transpôr o colo.

3.º grau: É a inversão parcial, com franqueamento do colo que persiste.

4.º grau: É a inversão total do corpo e colo.

5.º grau: É a inversão total com prolapso.

Outras classificações levam em consideração a causa produtora são: as inversões oncogénéticas; as tocogénéticas ou puerperais; as idiopáticas e as que se produzem post-mortem.

Muitas outras classificações existem, quase não há autor que não tenha a sua própria, mas não vem ao caso citá-las nem comentá-las.

O prognóstico da inversão uterina é muito grave, se bem que o mesmo tenha melhorado, ultimamente, graças aos progressos da obstetrícia, ao uso largo e seguro das transfusões de sangue, ao emprego das sulfamidas, ao uso dos antibióticos e aos progressos da cirurgia, especialmente, por via vaginal.

Das apresenta uma mortalidade de 14,8%. Harer e Sharkey encontraram numa série de 21 casos ocorridos em Filadelfia, uma mortalidade de 40%, em concordância com Cooke que a estima em 43%. Phaneuf diz que antes da cirurgia asséptica a mortalidade era de 80%, mas uma revisão da literatura em 1925, deu-lhe taxas de 34% para a aguda e 6% para a inversão crônica, acrescentando que, no presente, a taxa média da mortalidade da inversão do útero varia entre 5 e 10%.

O estudo das causas da inversão uterina é de grande importância pois, dele resulta principalmente a orientação terapêu-

tica profilática, salientando-se o valor do conhecimento da fisiologia da dequitação e a resultante conduta do parteiro para evitar estes acidentes.

Entre as classificações revistas, pareceu-nos muito boa a de Salvin, citado por D. Taylor Gorostiaga e Roberto Lede, em seu livro *Obstetrícia de Urgência*:

Causas predisponentes

1.º Condições patológicas do útero e seu conteúdo:

a) aderência anormal da placenta; b) cordão curto; c) debilidade congênita ou anormal; d) debilidade da parede uterina no sítio de inserção placentária; e) defeito congênito da inervação; f) metrite crônica; g) efeitos do parto laborioso, gravidezes frequentes, abortos, etc. sobre o útero.

2.º Condições funcionais do útero: a) inércia uterina; b) relaxamento de parte ou de todo o útero; c) distúrbio do mecanismo de condução do útero.

3.º Idiopática.

Causas determinantes

1.º Separação manual de placenta aderida.

2.º Aumento da pressão intra-abdominal.

3.º Manobras más: a) Credé impróprio ou exagerada expressão; b) tração do cordão.

Destas causas a mais importante é a inércia uterina post-partum, seguida pela má conduta no delivramento: trações sobre o cordão e pressão exagerada no fundo do útero como no Credé. Alguns autores chegam a atribuir mais de 70% das inversões uterinas como devidas a esta conduta defeituosa no delivramento.

Em nenhum de nossos casos foi possível colher na história das pacientes referências a trações do cordão ou manobras violentas para facilitar o secundamento, salientamos, entretanto, que todos os casos não foram atendidos por médicos e ocorreram fora da Maternidade. Uma de nossas pacientes a da 4.ª observação teve uma inversão em parto anterior o que nos parece sugerir uma certa condição constitucional.

Os mais importantes sintomas da inversão uterina aguda puerperal são: a he-

hemorragia, o choque e a ausência do fundo arredondado do útero quando se faz o palpar abdominal. O choque, que é profundo, está fora de proporção com a quantidade de sangue perdida, e é devido à tração e pressão do plexo nervoso pelos ligamentos largos, tração do peritônio, diminuição da pressão intra-abdominal, com abaixamento do diafragma. Não há outra condição em que o choque seja tão profundo e tão agudo. Por isso, todas as pacientes que, após o deliveryamento, continuam a sangrar profusamente e a hemorragia seja acompanhada de choque severo devem despertar a atenção do parteiro afim de examiná-las e afastar a hipótese de inversão uterina. O exame vaginal, o toque vaginal e o retal e a palpação abdominal completam, elucidam o diagnóstico. O diagnóstico diferencial é fácil e feito com polipo uterino, restos de placenta retidos ou parte fetal em gravidez múltipla. Erros diagnósticos têm sido cometidos. O estudo das observações mostra-nos, na literatura, muitos casos que levados à mesa cirúrgica com outros diagnósticos, somente com o abdomen aberto é que o diagnóstico de inversão foi feito.

Não se pense, todavia, que a inversão seja sempre acompanhada de choque e hemorragia, aquele pode estar ausente e esta faltar, especialmente, nos casos em que a placenta está fortemente aderida ao útero.

Vejamos, agora, algumas considerações sobre o tratamento. Encontraremos aqui, como em outros campos da obstetrícia, os intervencionistas e os abstencionistas. Há os que mandam em todos os casos de inversão aguda proceder imediatamente à reposição manual e os que aconselham as medidas gerais contra o choque e melhoria do estado da paciente, deixando o útero de lado para só intervir algumas semanas mais tarde.

Não é possível, em geral, seguir um critério estritamente intervencionista nem tão pouco conservador.

Barret lembra, com muita propriedade, que há três períodos no tratamento da inversão:

1.º período imediato: É o período que segue imediatamente a inversão, no qual a hemorragia e o choque não muito acentuados, a retração do colo ainda não se processou. Aconselha, nestes casos, a reposição imediata pela taxis, naturalmente,

exercida com suavidade, afim de não agravar o choque nem a hemorragia.

2.º O período intermediário quando as condições acima já se instalaram, a infecção, o choque e a hemorragia estão presentes, o edema se processou, o anel de retração do colo se formou. O autor aconselha nestes casos protelar a intervenção, fazendo uma longa preparação afim de torná-la segura.

3.º O último período quando as condições adversas foram controladas. Aqui pode-se escolher um tratamento apropriado, tentando-se a redução manual ou instrumental, ou recorrendo a um processo cruento quer por via vaginal ou abdominal.

Em nosso serviço temos obedecido um critério ora conservador ora intervencionista. Quando a inversão se produziu há pouco tempo, lança-se mão da redução manual tanto pela taxis central, como pela periférica ou lateral. Preferimos a taxis lateral, pelas razões aduzidas por Bar, executando-a à maneira de Delarde ou de Adeodato, a taxis-tamponamento.

Numa das observações salientamos haver reduzido um caso por este último processo e passaremos a descrevê-lo com minúcias, valendo-nos da descrição de Galdino Ribeiro.

A taxis lateral tem a vantagem sobre as outras de apenas passarem pelo anel do colo duas espessuras da parede uterina, o que sobremodo facilita a desinversão.

Na taxis-tamponamento há apenas de novo a maneira de conduzi-la.

"Consiste no seguinte: posta a doente na posição dorso-sacra, pegando o colo (orla, que mesmo nos casos de inversão total é reconhecível) com duas pinças de Museux, uma de cada lado (a mão esquerda segurando uma delas a outra em mão de auxiliar) procuramos com a pinça ou com uma sonda de Hegar de grossura média introduzir pouco a pouco uma mecha de gaze lateralmente com o que se procura reduzir o corpo invertido, através do anel do colo, recalçando-o para cima e para um lado. O colo mesmo nas inversões totais é sempre reconhecível. Faz-se assim pouco a pouco, um tamponamento que tende a manter o terreno ganho e que atua sobre a fibra uterina mantendo a sua tonicidade até que o

corpo uterino chegue a se desinverter completamente. Iniciada a redução nota-se logo que por um certo ponto ela é mais fácil. Insiste-se aí". (Galdino Ribeiro)

O autor do processo e os que o seguem aconselham após a desinversão o uso de um dreno de Manchotte afim de conservar a posição do útero. Em nosso caso completamos apenas o tamponamento, tornando-o uterovaginal.

Quer seja a taxis central, lateral ou periférica devem as mesmas ser tentadas em todos os casos em que as condições da paciente o permitirem. Os ingleses são partidários da redução instrumental, sendo o repositor de Aveling o método de escolha para o tratamento dos casos crônicos.

Os meios modernos de combate ao choque permitem nos casos agudos agir prontamente tentando a reposição manual ao mesmo tempo que medidas contra o choque são tomadas.

As vantagens da reposição imediata são muito evidentes, conserva integralmente o órgão evitando as cicatrizes uterinas, diminui as possibilidades de esterilidade, diminui o tempo de invalidez da paciente.

O caso por nós atendido seguiu esta orientação: instituímos vigorosa terapêutica contra o choque e, ao mesmo tempo, procedemos à redução manual.

Julgamos, entretanto, que, no período que Barret denomina de intermediário, quando a infecção, o choque, a hemorragia se juntaram à retração do colo e ao edema do útero, a melhor conduta é a conservadora: melhorar as condições gerais, debelar a infecção, esperar a involução do útero, para depois tentar a redução manual e, no caso desta falhar, empregar um dos métodos cruentos, escolhendo dentre estes os pela via vaginal, especialmente o processo de Küstner, da colpohisterotomia posterior.

Este tem sido o processo mais usado, no Brasil, no tratamento dos casos crônicos.

A inversão crônica merece um acurado estudo da situação do órgão a reduzir, avaliar precisamente o estado do endométrio e as alterações tróficas da parede uterina. Não devemos esquecer no preparo pré-operatório da doente do uso dos estrogênios, que melhoram as condições locais do útero.

Há também os métodos cruentos por via abdominal, pouco usados entre nós. A histerectomia, por via vaginal ou abdomi-

nal, é recurso de exceção, reservado para os casos em que a infecção e as alterações estruturais da parede uterina sejam de tal ordem que tornem inútil e perigosa a conservação do útero.

Esta é, em largos traços, a orientação seguida na Maternidade Mário Totta: não somos conservadores nem tão pouco intervencionistas no sentido estrito do termo.

As palavras do Prof. Othon Freitas sintetizam perfeitamente esta orientação: "como preceito geral e prático, deve saber-se que o tratamento feliz e ideal da inversão uterina é o que restabelece o equilíbrio estável e funcional, normalizando, por conseguinte, as relações anatómicas do útero e restaurando-o em suas alterações estruturais e funcionais".

A inversão pode recidivar num parto subsequente, como aconteceu em nossa observação, ou a paciente pode ter partos normais, sem acidentes no secundamento nas gravidezes seguintes.

Quanto ao futuro das pacientes que sofreram redução por métodos cruentos, como os de Küstner, Spinelli, Haultain e outros, somos radicalmente contrários à orientação daqueles que procedem à esterelização sistemática da doente, nem julgamos necessário fazer, numa segunda gravidez, a cesárea profilática por temor à rutura do útero. Esta pode ter lugar, como já foi observado em alguns casos, mas a orientação melhor, parece ser a da expectativa armada, sendo a paciente acompanhada por especialista em meio hospitalar.

CONCLUSÕES

I — Entre nós a inversão uterina é também uma condição muito rara.

Num período de 12 anos registaram-se apenas quatro inversões num total de 30.963 partos ou seja de uma inversão por 7.740 partos.

II — Nenhuma inversão ocorreu em parto assistido na Maternidade, mas todos foram casos que baixaram ao serviço já com a afecção.

III — Julgamos que o fato de não ocorrer casos de inversão nos partos assistidos na Maternidade, deve-se a uma correta assistência, abolindo-se na dequitação mano-

bras violentas tais como trações no cordão e expressão violenta do útero e a manobra de Credé.

IV — Nos casos agudos tivemos bons resultados procedendo à redução manual imediata ao mesmo tempo que instituímos enérgica terapêutica contra o choque.

V — Num caso crônico, em que falharam os processos de redução manual, o processo de Küstner da colpohisterotomia posterior, deu resultados satisfatórios.

VI — Todos os casos de inversão uterina assistidos na Maternidade foram tóxicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Benson Harer e John Sharkey—Acute inversion of the puerperal uterus. J. A. M. A. — Vol. 14 n.º 23 Junho de 1940.
- 2 — Clovis Corrêa da Costa — Inversão uterina — Rev. Ginec. e Obst. — Janeiro 1937.
- 3 — Charles Mc Lennan e John Mc Kelvev — Conservative treatment of inversion of the uterus — J. A. M. A. Vol. 120 n.º 9 Outubro 1942.
- 4 — Louis E. Phaneuf — Inversion of the uterus — A report of five personal cases — Surgery, Gynecol. and Obst — Vol. 71 Julho 1940.
- 5 — Channing Barret — Inversion of the uterus — Illinois Medical Journal — 85:253-260, 1944.
- 6 — Harold Henderson e Russel W. Alles — Puerperal inversion of the uterus Am. Joun. Obst. and Gynecol. — Julho 1948.
- 7 — Lucas M. Machado — Sobre quatro casos de inversão crônica do útero — Rev. Ginec. e Obst — Abril de 1937.
- 8 — Cid Ferreira Jorge — Inversão uterina aguda — Rev. Ginec. e Obst. — Novembro 1937.
- 9 — Galdino da Silveira Magalhães Ribeiro — Inversão uterina. Seu tratamento especialmente por meio do taxis taponamento lateral — Idem. Abril 1939.
- 10 — Afonso Silvino Brandão — Três casos de inversão crônica do útero — Idem Fevereiro de 1941.
- 11 — Cesar Cals — Inversão uterina com placenta acreta — Idem — Fevereiro 1941.
- 12 — Jorge de Rezende — Notas sobre a inversão uterina — Idem — Janeiro 1941.
- 13 — Luiz Aguirre Horta — Inversão uterina recente curada pela técnica de Küstner. Piccoli-Morisani — Idem. Março 1944.
- 14 — Iwan Figueiredo — Mais quatro casos de inversão uterina — Idem Setembro 1944.
- 15 — Rodrigues Lima e colaboradores — Redução espontânea de inversão uterina — An. Bras. de Gyn — Julho 1939 — Vol. VIII n.º 1.
- 16 — João Alfredo — Inversão uterina crônica — Idem Vol. 12 n.º 4 — Outubro 1941.
- 17 — Arnaldo de Moraes — Caso de inversão crônica completa do útero — Idem Julho 1943 — Vol. 16 n.º 1
- 18 — Othon Freitas — Caso de inversão crônica completa do útero — C. A. M. — Ano X n.º 13 1948.
- 19 — Diego Taylor Gorostiaga-Roberto Ledesma — Obstetricia de Urgencia — Lopese Etchegoyen — B. Aires 1946.
- 20 — De Lee-Greenhill — Principios y Practica de Obstetricia — Tomo II — Versão espanhola — UTEHA — Mexico — 1947.