

A PROPÓSITO DE 18 CASOS DE RUTURA DE ÚTERO GRÁVIDO

Dra. Ana Maria Sparvoli
Médico-auxiliar da Maternidade
Mário Totta

Apresentamos neste relatório 18 casos de rutura uterina, ocorridos na Maternidade Mário Totta, no período de 1942 a 1948 e tecemos algumas considerações sobre esta gravíssima ocorrência.

Frequência: As ruturas de útero apresentam-se muito mais frequentemente de quanto seja lícito supôr. Em 1948, por exemplo, ano no qual não perdemos nenhuma ficha clínica, entre 5.925 baixas totais nesta Maternidade, tivemos 8 ruturas de útero, com três mortes maternas, o que quer dizer uma incidência de uma rutura cada 740 baixas. Considero esta uma incidência muito alta, mas temos de notar que na

Maternidade recebem-se casos já manipulados e complicados depois de muitas horas de trabalho de parto a domicílio. Lynch em um trabalho no Amer. Jour. of Obst. and Gynec. 49,514-1945, entre 41.706 partos tem uma incidência de rutura de útero de 1 cada 1.118 partos. Podemos também calcular que seja grande a frequência das ruturas nos partos que ocorrem fora desta Maternidade, em P. Alegre, e alto o número de mortes que frequentemente serão rotulados debaixo de outros diagnósticos.

Tivemos uma certa dificuldade com o fichário, mas esta é a frequência, por ano, de nossos casos:

Ano	N.º de casos	Morte Mater.	Sobrev. Mater.	Mort. Fetal	Sobrev. Fet.
1942	4	1	3	2	2
1945	1	1	0	1	0
1946	1	0	1	1	0
1947	4	2	2	3	1
1948	8	3	5	6	2
Totais	18	7	11	13	5

Idade: A idade das mães oscila entre 18 e 39 anos, com um máximo de seis mães com 24 anos, mulheres que se acham, pois, no centro de sua vida de reprodução.

Raça: Temos em nossos 18 casos, 11

mulheres brancas, 4 de côr mista, e 3 pretas. Estes dados parecem não ter nenhuma importância sobre as ruturas do útero.

Paridade:

Paridade	N.º de casos	Morte Mater.	Sobrev. Mater.	Mort. Fetal	Sobrev. Fet.
Múltiparas	11	3	8	8	3
Primíparas	3	0	3	1	2
Não indicada	4	4	0	4	0
Totais	18	7	11	13	5

Nota-se que o maior número de casos pertence a mulheres múltiparas. Segundo De Lee a ocorrência pode ser maior até oito vezes do que em primíparas, devido a várias causas como o adelgaçamento das fibras musculares uterinas, cicatrizes e consequências de partos anteriores.

Idade da gravidez: Embora a rutura de útero possa ter lugar em qualquer idade da gestação, todos os nossos casos foram em gestações a termo e com o trabalho de parto iniciado.

Causas: As causas das ruturas de úte-

ro podem ser classificadas como traumáticas e não traumáticas. Entre as primeiras se incluem os traumatismos, como quedas, versões, forceps sem dilatação completa e outras manipulações e operações obstétricas; entre as causas não traumáticas aparecem as cicatrizes de procedentes cesareanas ou outras intervenções sobre o corpo do útero, degenerações da parede uterina, desproporções feto-pélvicas, apresentações viciosas, multiparidade e o uso inadequado da pituitrina.

Classificação em relação à causa

Causas	N.º de casos	Morte Mater.	Sobrev. Mater.	Mort. Fetal	Sobrev. Fet.
Cesareana anterior	2	1	1	1	1
Versão	1	1	0	1	0
Apresentação transversa descuidada	2	2	0	2	0
Parto prolongado com uso indevido de pituitrina . .	3	0	3	3	0
Desproporção feto-pélvica	4	1	3	1	3
Causa não indicada	6	2	4	5	1
Totais	18	7 38,8%	11 61,1%	13 72,2%	5 27,7%

Sintomatologia: A maior parte das vezes é fácil o diagnóstico de rutura de útero completa, isto é, aquelas em que há rutura de peritônio e comunicação da cavidade uterina com a grande cavidade abdominal. Em geral, no máximo de uma contração uterina a mulher sente uma dor violenta, depois da qual as contrações diminuem ou cessam completamente; percebem-se facilmente as partes fetais quase debaixo da parede do abdomen, e o útero contraído

no baixo ventre. Manifestam-se logo sinais de hemorragia e choque. Não se ouvem mais os batimentos fetais.

Na rutura incompleta, sem comprometimento peritoneal, pode não haver hemorragia externa apreciável; não há saída do feto para a cavidade abdominal; a rutura faz-se por etapas e o choque instala-se lentamente.

Tipo da rutura:

Tipo	N.º de casos	Morte Mater.	Sobrev. Mater.	Mort. Fetal	Sobrev. Fet.
Rut. completa	11	5	6	11	0
Rut. incompleta	7	2	5	2	5
Totais	18	7	11	13	5

Quero acentuar a gravidade da rutura a falta absoluta de fetos vivos. completa, pela alta mortalidade materna e

Lugar onde se deu a rutura	N.º de casos	Morte Mater.	Sobrev. Mater.	Mort. Fetal	Sobrev. Fet.
Na Maternidade	5	0	5	0	5
A domicílio	13	7	6	13	0
Totais	18	7	11	13	5

A análise do quadro precedente mostra que os únicos fetos vivos foram aqueles nascidos de mães que, no momento da rutura, se encontravam hospitalizadas; que é altíssimo o número de ruturas, que se dão em casos de partos a domicílio, e que nenhuma das mães, que se encontravam hospitalizadas no momento da rutura, faleceu.

Estes dados parecem-me muito importantes, pois, uma vez mais sugerem a necessidade da hospitalização da parturiente, especialmente daquela que já sofreu intervenções cirúrgicas em partos precedentes e daquelas nas quais já de início, o parto não se apresenta normal.

Prognóstico: O prognóstico de uma rutura de útero é sempre grave e reservado. Nesta série de casos tivemos a alta mortalidade materna de 38,8% e mortalidade fetal de 72,2%. Lynch em seu trabalho já citado refere uma mortalidade materna de 52% e fetal de 89%. O diagnóstico precoce é pois de vital importância para que sem perda de tempo seja instituído o tratamento apropriado, com controle da grave hemorragia e do severo choque. Naturalmente, varia não só em relação ao estado da mulher no momento do diagnóstico, como ao tipo de rutura.

Terapêutica: A melhor maneira de tratamento da rutura é a de prevenir este acidente que, na maior parte das vezes, é o resultado de uma má conduta obstétrica.

Quando a rutura foi diagnosticada o tratamento de escolha deve ser a laparotomia com a extração do feto seja da cavidade abdominal, seja da cavidade uterina através a brecha, e posteriormente, a sutura da laceração ou a histerectomia.

Há também a possibilidade da intervenção por via baixa. Nos casos de rutura incompleta a extração do feto pode, por esta via, aumentar o desgarre e a hemorragia. Se a rutura fôr completa a extração pode tornar-se muito difícil.

Na falta de meios, para intervir cirurgicamente, após a extração do feto por via baixa, pode-se fazer um tamponamento uterino, procurando assim deter a hemorragia. Em rutura na qual houve, depois de um parto por via baixa, rutura do colo envolvendo por extensão o segmento inferior, é fácil suturar, pela mesma via, a laceração.

Ultimamente, tôdas estas intervenções têm-se tornado mais seguras, pois, o advento dos antibióticos, evita os perigos da infecção que, em partos prolongados e muito manipulados, é seguidamente observado.

Tipo de tratamento	N.º de casos	Morte Mater.	Sobrev. Mater.	Mort. Fetal	Sobrev. Fet.
Histerectomia sub-total ..	10	4	6	10	0
Sutura da rutura	5	1	4	1	4
Sem intervenção	3	2	1	2	1
Totais	18	7	11	13	5

E', sem dúvida, alto o número das histerectomias e cremos deva ser aconselhado o quanto possível a conservação do útero, e, em casos excepcionais pode ser aconselhada a esterelização da mulher. Note-se que dos três casos nos quais não se interviu: duas baixaram, já moribundas, e o diagnóstico de rutura uterina foi confirmado por autópsia, o outro caso foi diagnosticado em puerpério, com a paciente em boas condições.

CONCLUSÕES

I — Visto que os sinais e sintomas de rutura de útero são quase sempre relativamente claros, e visto que a única maneira de salvar vidas é a intervenção imediata, o diagnóstico precoce tornará mais baixas as percentagens de mortalidade materna e fetal.

II — Não só a domicílio como também no hospital dão-se ruturas de útero. Nos casos hospitalizados antes da rutura não perdemos nenhuma vida, logo as altas cifras de mortalidade podem ser atribuídas à assistência obstétrica mal dirigida.

III — De todas as modalidades de tratamento a laparotomia tem a melhor indicação. Não se deve porém abusar da histerectomia procurando, sempre que possível,

saturar a laceração, e, em casos excepcionais, proceder à esterelização da paciente.

IV — E' aconselhável a baixa ao hospital, nas últimas semanas de gestação, de toda a mulher grávida, que em partos precedentes, tenha sofrido alguma intervenção cirúrgica durante os partos.

V — Os modernos meios de tratamento, com os antibióticos facilmente acessíveis e os bancos de sangue e plasma mais difundidos, deveriam definitivamente diminuir a mortalidade da rutura de útero.

VI — A nossa pequena estatística confirma a gravidade deste acidente obstétrico. Em 18 casos tivemos 38,8% de mortalidade materna e 72,2% de mortalidade fetal.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — De Lee — Principle & Practice of obstetrics — 1943.
- 2 — De Lee — J.A.M.A. — 115, 1320, 1940.
- 3 — Greenhill — J.A.M.A. — 92-21-26, 1929.
- 4 — Lynch. F.J. — Amer. Journal of Obst. and Gynec. — 49,514,1945.
- 5 — Morrisson J.H. — Amer. Journal of Obst. and Gynec. 50,330,1945.
- 6 — Wolf J. Amer Jour. of Obstr and Gynec. 56,987, 1948.