

## ROTURA UTERINA: relato de caso e revisão de literatura

Rafaella Nascimento Torres<sup>1</sup>  
Marcos Antônio Buzinaro<sup>2</sup>

### RESUMO

A rotura uterina é um evento relativamente raro na obstetrícia, que possui alta morbimortalidade materno-fetal. O principal fator de risco é a presença de cicatriz no útero causada por cesariana, e raramente por outros procedimentos cirúrgicos uterinos. Além disso, são causas não obstétricas de rotura uterina a violência materna e os acidentes. Em relação à ocorrência, predomina no terceiro trimestre de gestação, e nos períodos de pré-parto, intraparto ou pós-parto. Clinicamente a paciente apresenta dor abdominal intensa, de início súbito, com dificuldade de ausculta de sons cardíacos fetais, e cessação das contrações uterinas, com sangramento vaginal e choque. Pior é o prognóstico quanto mais postergado é o diagnóstico. O tratamento é cirúrgico, sendo que a extração rápida do feto da cavidade peritoneal e a correção da hemorragia são as prioridades do ato operatório. A rotura uterina em gravidez após cesariana prévia representa preocupação especial.

**PALAVRAS-CHAVE:** Rotura Uterina. Hemorragias Gestacionais. Emergências Ginecológicas. Complicações na Gravidez.

### ABSTRACT

Uterine rupture is a relatively rare event in obstetrics, it has high morbidity and mortality for the maternal-fetal. The main risk factor is the presence of scarring in the uterus caused by cesarean section, and rarely by other uterine surgical procedures.

---

<sup>1</sup> Residente do curso de Medicina do Centro Universitário Atenas.

<sup>2</sup> Coordenador do curso de Medicina Atenas.

In addition, maternal violence and accidents are non-obstetric causes of uterine rupture. Regarding the occurrence, it predominates in the third trimester of gestation, and in the prepartum, intrapartum or postpartum periods. Clinically the patient has severe abdominal pain, sudden onset, difficulty in auscultation of fetal heart sounds, and cessation of uterine contractions, with vaginal bleeding and shock. The worse the prognosis, the more postponed is the diagnosis. The treatment is surgical, and the rapid extraction of the fetus from the peritoneal cavity and the correction of hemorrhage are the priorities of the operative procedure. Uterine rupture in pregnancy after previous cesarean section is of particular concern.

**KEYWORDS:** Uterine rupture. Gestational Hemorrhages. Gynecological Emergencies. Pregnancy Complications.

## INTRODUÇÃO

A gestação e o parto são períodos em que ocorrem importantes transformações fisiológicas, anatômicas e emocionais na mulher. A gravidez normalmente apresenta um curso saudável, no entanto pode apresentar complicações durante seu curso ou durante o período do parto. As complicações gestacionais que ganham destaque no Brasil são aquelas relacionadas às infecções, hipertensão na gravidez e as hemorragias, que levam ao aumento da probabilidade de morte do binômio mãe e filho (CORRÊA, 2004).

Gestação de Alto Risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada (BRASIL, 2012). A gestação de alto risco correlaciona-se a um pior prognóstico, assim sendo, se faz necessário maior vigilância materno-fetal; portanto, a gestante precisará de constantes avaliações (BRASIL, 2012).

A assistência pré-natal pressupõe uma avaliação das situações de risco e prontidão para identificar os problemas do modo a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal pode aumentar o risco para a gestante ou o recém-nascido (BRASIL, 2010).

A rotura uterina (RU) é considerada umas das complicações mais graves em obstetrícia sendo esta uma das causas importantes de morte materna e morte fetal intra-uterina. Trata-se de uma solução de continuidade do músculo uterino que pode ocorrer após 28<sup>o</sup> semana gestacional e durante o trabalho de parto (BRASIL, 2000).

O risco de rotura uterina é maior em alguns grupos de gestantes, sendo o grupo das mulheres com cicatriz de cesárea prévia o de maior notoriedade (RONEL et al,2012). A incidência da rotura uterina varia conforme o local, inclusive em um mesmo hospital ao longo dos anos. A incidência é de um em 5857 até de um em 6673 partos (SPAULDING et al, 1979).

A rotura uterina ocorre, principalmente, no terceiro trimestre, podendo ocorrer no período pré, intra ou pós-parto (JUSTUS HOFMEYR et al, 2005). As manifestações clínicas da rotura uterina podem ser diferentes caso a paciente apresente cicatriz uterina prévia ou não (MERWE et al, 1987). Alguns sinais são inespecíficos e geralmente não irão variar, são eles: rigidez abdominal, choque, sangramento uterino, dor abdominal intensa e fácil palpação de partes fetais (SUNER et al, 1996).

Os casos de rotura uterina devem ser abordados o mais rápido possível, devendo ser feita uma abordagem cirúrgica o mais rápido possível; portanto, a cirurgia deve ser imediata. A laparotomia confirma o diagnóstico, permite avaliar a extensão e a localização da rotura (WALSH et al,2007)

O conhecimento dos fatores associados ao aumento do risco de rotura uterina torna-se relevante para que sejam instituídas as medidas preventivas. O receio da rotura é fator importante que conduz à opção por repetir o parto cesáreo eletivamente a termo; todavia, essa abordagem não isenta mãe e feto de riscos. Evitar a primeira secção no útero ajuda a prevenir a rotura uterina nas próximas gestações; portanto, a indicação de parto por via vaginal em pacientes selecionadas após cesarianas prévias, pode minimizar os riscos de ocorrência da ruptura uterina (JACKSON et al, 2001)

## **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **ROTURA UTERINA**

Define-se rotura uterina como uma solução de continuidade do músculo uterino que pode ocorrer após 28<sup>o</sup> semana gestacional e durante o trabalho de parto (BRASIL, 2000).

A rotura uterina pode se dividir em: completa, quando há o rompimento total da parede uterina e incompleta, onde o peritônio parietal se demonstra intacto (BRASIL, 2010). As roturas completas resultam em comunicação direta entre as cavidades uterina e peritoneal, consideradas uma emergência obstétrica que ameaçam a vida materno-fetal. Nas rupturas incompletas as gestantes frequentemente são oligossintomáticas, podendo ser descobertas incidentalmente (BRASIL, 2010).

Outra classificação divide a rotura uterina em espontânea ou traumática (GARDEIL et al, 1994). As roturas traumáticas são subdivididas de acordo com a origem do trauma em obstétrico e não obstétrico; sendo que as roturas decorrentes de trauma obstétrico ocorrem por versão podálica interna, pressão no fundo uterino exercida pelo obstetra; já as roturas por trauma não obstétrico ocorrem por violência, acidentes automobilísticos (BASKETT et al, 2001). As roturas espontâneas podem ser encontradas em pacientes com história pregressa de cirurgia uterina e raramente naquelas com útero sem cicatrizes.

A incidência varia muito dependendo do país, podendo variar de 1 a cada 585 partos a 1 a cada 6.673 partos (BRASIL,2012). A rotura uterina é uma causa importante de hemorragia obstétrica, gerando aumento das taxas de histerectomia e mortalidade materna. As consequências ao feto são muito graves, visto que o feto e a placenta são expelidos para a cavidade abdominal levando à hipóxia o que eleva o risco de óbito perinatal (KRAMER et al, 2013).

São causas de rotura uterina: intervalo interpartal encurtado em mulheres com cesáreas consecutivas; uso de uterotônicos; traumatismos abdominais; parto obstruído; multiparidade; placenta percreta; gravidez gemelar e hiperdistensão uterina (BRASIL,2010). No entanto, é considerado como maior fator de risco a essa complicação a presença de cicatriz uterina e a realização de partos cesáreos, sendo este último classificado como o maior causador dos casos de rotura uterina (OKIDA et al, 2014). Vale ressaltar que a rotura do útero sem cicatriz é menos frequente e geralmente de origem traumática ou iatrogênica. (RESENDE et al, 2012).

O Brasil apresenta as taxas de cesarianas mais elevadas do mundo,

ultrapassando os 50% (BRASIL, 2012). Este dado corrobora para maior incidência desta entidade clínica, o que explica o aumento nas taxas de mortalidade materna e perinatal.

O tipo de incisão realizada na cesárea prévia deve ser considerado; haja vista, a incisão corporal apresentar um risco maior de rotura em comparação com a segmentar transversa. A incisão corporal está associada a piores prognósticos materno e perinatal. O risco de rotura após uma cesárea com incisão corporal é de 4–9% enquanto após uma com incisão segmentar transversa é de 0,2–1,5% (BRASIL,2012).

É importante ressaltar que o risco de rotura uterina em uma gestante com uma cesariana prévia durante o trabalho de parto é de 1%; além disso, quando essa gestante apresenta um parto vaginal anterior à cesariana esse risco é ainda menor (BRASIL 2010).

O uso inapropriado de Ocitocina é outro fator que leva a rotura uterina. A ocitocina é o fármaco mais utilizado para indução do parto, age como um indutor de contrações, o que não eleva o risco de rotura quando comparado ao trabalho de parto espontâneo; todavia, o uso em gestantes com cesárea anterior deve ser criterioso e o monitoramento da gestante deve ser intensivo; pois o seu uso inapropriado pode elevar o risco de rotura através da hiperestimulação (BRASIL, 2010).

A rotura uterina raramente resulta em morte materna; porém, leva com freqüência a uma significativa morbidade, como por exemplo: histerectomia periparto, hemotransfusão e morte fetal (TURNER et al, 2006).

A rotura uterina pode ocorrer no período pré-parto, intraparto e pós-parto. No período pré-parto, o trauma abdominal é uma importante causa de rotura uterina podendo ser um achado intraoperatório de uma cesárea eletiva. A rotura uterina é mais frequente no período intraparto, sendo o achado mais característico a perda súbita dos batimentos cardíacos fetais; além disso, a gestante pode ou não apresentar sangramento vaginal, sinais e sintomas de choque hipovolêmico (hemorrágico), com taquicardia importante e hipotensão, além de parada das contrações após dor forte. Na palpação abdominal, as partes fetais são facilmente palpadas no abdome materno e, ao toque vaginal, há a subida da apresentação. No período pós-parto a hemorragia é um achado clássico; devendo ser prontamente identificada e abordada cirurgicamente (BRASIL, 2012; BRASIL, 2010).

**Quadro 1.** Momentos facilitadores de diagnóstico (Baseado em Recife (2008) e Brasil (2000)).

---

• **Sinais de Eminência da Rotura Uterina**

---

1. Pacientes com contrações subentrantes intensas e excessivamente dolorosas.
2. Síndrome de distensão segmentar (Bandl-Frommel).
  - Sinal de Bandl (anel próximo ou contíguo à cicatriz umbilical que separa o corpo do segmento inferior do útero)
  - Sinal de Frommel (ligamentos redondos retesados e desviados para frente)

---

• **Rotura Uterina instalada**

---

1. Dor abrupta e lancinante no hipogástrico, seguida de acalmia dolorosa transitória.
2. Hemorragia (interna e/ou externa) cuja intensidade dependerá da extensão da rotura e dos vasos atingidos.
3. Choque: Diretamente relacionado ao volume da hemorragia
4. Sinais de Irritação peritoneal.
5. Paralisação do trabalho de parto.
6. Deformidades abdominais (útero vazio e feto fora da cavidade – rotura completa), feto "superficial" e com ausculta em geral negativa.

---

Adaptado de Recife (2008) e Brasil (2000).

**Quadro 2.** Quadro clínico da rotura uterina, segundo Recife (2008) e Brasil (2000).

- 
- Deterioração do padrão dos batimentos cardíacos fetais;
    - Gestante queixa de dor aguda, de forte intensidade;
      - Sangramento vaginal;
      - Parada das contrações;
      - Subida da apresentação ao toque vaginal;
    - Partes fetais palpáveis facilmente no abdome materno;
      - Taquicardia importante e hipotensão grave.
- 

Adaptado de Recife (2008) e Brasil (2000)

As manifestações clínicas são: desenvolvimento agudo de dor abdominal intensa e sinais e hemorragia intra-abdominal em uma mulher com história de cirurgia uterina/ cesárea prévia ou trauma recente, com ausência de batimentos cardíacos fetais, cessação das contrações uterinas; além de associação com sangramento vaginal e choque (BRASIL,2012).

O abdômen é, em geral, doloroso e flácido, especialmente se o conteúdo uterino tiver sido liberado na cavidade abdominal, com palpação de partes do corpo fetal, cessação das contrações e sinais de sangramento intraperitoneal (BRASIL,2012).

Os casos de rotura uterina são considerados graves e, portanto seu tratamento deve ser imediato. O tratamento visa obter a estabilidade hemodinâmica da gestante iniciando o protocolo de reanimação pela sequência mnemônica (ABC): vias aéreas pérvias pérvias; respiração: fornecer O<sub>2</sub> em máscara a 10 l/min ou cateter a 5l/min; obter dois acessos venosos calibrosos infundindo 1.000 ml de solução cristalóide (ringer lactato ou soro fisiológico 0,9%) em cada acesso na velocidade inicial de 500ml nos primeiros 10 minutos e manter com a velocidade de infusão de 250ml/hora. Deve ser realizada laparotomia imediatamente com anestesia geral para não agravar ainda mais a hipotensão arterial da gestante. Além disso, a laparotomia confirma o diagnóstico e permite avaliar a extensão e a localização da ruptura (BRASIL,2012). Em geral é necessário a realização de histerectomia para tratar a rotura uterina, pois ocorrem lesões vasculares, com dificuldade de conservação do útero (BRASIL, 2010). Em relação a terapia cirúrgica, Recife (2008) e Brasil (2000) expõe a existência de uma variação que vai desde a sutura uterina até a histerectomia.

Dessa forma, a intervenção cirúrgica eleita interfere diretamente na capacidade reprodutiva da mulher, levando a alterações físicas, psíquicas e estruturais. Todavia, devido a gravidade do quadro para a mãe, bem como as repercussões para o feto levam a uma tomada de decisão rápida; pois o risco materno-fetal está associado com a demora do diagnóstico e do tratamento de suporte.

## **RELATO DE CASO**



Paciente 29 anos, sexo feminino, natural e procedente de Paracatu-MG, previamente hígida, gestante, data da última menstruação (DUM: 02/08/16), idade gestacional (DUM: 40 semanas) e (ultrassonografia de segundo trimestre: 40 semanas e 3 dias), G4 P3 (C1N2) A0. Pré-natal iniciado no segundo trimestre de gestação, sendo realizadas 11 consultas; realizadas duas ecografias obstétricas (segundo e terceiro trimestres) sem alterações.

Desconhece doenças de base, nega uso regular de medicações, durante a gestação apresentou infecção do trato urinário no segundo trimestre de gestação, sendo tratada com antimicrobiano (Cefalexina) com controle de urocultura negativa. Contexto infeccioso materno: Imune para rubéola e citomegalovirose (IgM negativo, IgG positivo), sorologias negativas para toxoplasmose, rubéola, hepatite B, Hiv, sífilis. Imunização materna para tétano (dTPa) e hepatite B. Uso de profilático de ferro elementar e ácido fólico. Não apresentou durante a gestação doença hipertensiva específica da gestação, nem diabetes gestacional.

Deu entrada na maternidade do Hospital Municipal de Paracatu no dia 13/05/2017 com queixa de dor abdominal. Ao exame: hipertensa (PA 160x100), altura uterina (AU) 39cm, sem dinâmica uterina, batimento cardíaco fetal (BCF) 156 bpm, evoluiu para trabalho de parto normal, no percurso foi observada ausência de BCF, sendo que a paciente evoluiu com hemorragia uterina intensa.

Paciente encaminhada ao bloco cirúrgico e foi realizada cesareana de emergência. Durante o ato cirúrgico observou-se rotura uterina (rompimento uterino), sendo necessária a realização de histerectomia e ooforectomia para controle da hemorragia. Além disso, observou-se feto na cavidade, sendo entregue aos cuidados da pediatria.

Houve dificuldade de extração do concepto devido a rotura uterina; realizado clampeamento imediato de cordão umbilical (2 artérias e 1 veia); neonato nasceu em parada cardiorrespiratória, Apgar 0/0, levado a berço aquecido, secado, desprezados campos úmidos, aspirado boca e narina, frequência cardíaca zero, realizada ventilação com pressão positiva (VPP) em ar ambiente, ajustada a técnica, realizado nova VPP com oxigênio a 100%, realizada intubação orotraqueal, iniciada compressão torácica, feito adrenalina 1:10000 via umbilical, além de expansão com soro fisiológico 0,9% 10ml/Kg. Após os procedimentos, neonato não respondeu ao tratamento instituído, sendo constatado óbito.



A paciente foi encaminhada a unidade de terapia intensiva (UTI) em pós operatório imediato de cesareana, histerectomia e ooforectomia. Na admissão, paciente lúcida, orientada em tempo e espaço, saturação de 97% com cateter nasal a 2l/min, frequência cardíaca de 97bpm, pressão arterial 159x100. Paciente evoluiu com estabilidade hemodinâmica e sem intercorrências na UTI. Iniciada terapia antimicrobiana empírica (Metronidazol 500mg EV 8/8h e Gentamicina 80mg EV 8/8h) Permaneceu por dois dias em UTI, recebendo alta para enfermaria de ginecologia e obstetrícia, logo após recebeu alta hospitalar.

## CONCLUSÕES

A rotura uterina consiste na ruptura completa ou parcial da parede uterina, que ocorre, sobretudo, no terceiro trimestre gestacional e durante o trabalho de parto, precedida, em sua maioria, por quadro clínico de iminência de rotura uterina, o que facilita sua prevenção. A rotura uterina é uma causa importante de morbimortalidade materna e perinatal. Logo, a ocorrência de casos de rotura uterina representa um indicador da qualidade da assistência obstétrica prestada nos serviços de saúde em que ocorre.

O tratamento é cirúrgico, variando desde a sutura uterina à histerectomia e/ou além de ooforectomia; podendo a paciente necessitar de suporte intensivo. As consequências da rotura uterina podem ser minimizadas se direcionarem os esforços para melhorar o desempenho diagnóstico das equipes assistentes; além de melhorar os serviços de saúde que prestam assistência às gestantes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASKETT, Thomas F.; KIESER, Katharina E. A 10-year population-based study of uterine rupture. **Obstetrics & Gynecology**, v. 97, n. 4, p. S69, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção A Saúde. Gestação de alto risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CORRÊA, Mário Dias et al. Noções práticas de Obstetrícia. 13ª edição. **Coopmed- Editora Médica**, 2004.

FOGLIATTO, Flavio. Organização de Textos Científicos, 2007.

GARDEIL, François; DALY, Sean; TURNER, Michael J. Uterine rupture in pregnancy reviewed. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 56, n. 2, p. 107-110, 1994.

JACKSON, Nicola; PATERSON-BROWN, Sara. Physical sequelae of caesarean section. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 15, n. 1, p. 49-61, 2001.

JUSTUS HOFMEYR, G.; SAY, Lale; METIN GÜLMEZOGLU, A. Systematic review: WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 112, n. 9, p. 1221-1228, 2005.

KRAMER, Michael S. et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 209, n. 5, p. 449. e1-449. e7, 2013.

MERWE, J. V.; OMBELET, W. U. A. M. Rupture of the uterus: a changing picture. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 240, n. 3, p. 159-171, 1987.

OKIDO, Marcos Masaru et al. Rotura e deiscência de cicatriz uterina: estudo de casos em uma maternidade de baixo risco do sudeste brasileiro. **Rev. bras. ginecol. obstet**, v. 36, n. 9, p. 387-392, 2014.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Atenção humanizada à mulher no ciclo gravídico puerperal. Recife: Secretaria de Saúde; 2008.

RESENDE, Jorge de, MONTENEGRO, Carlos A. Barbosa. Obstetrícia Fundamental. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2012.

RONEL, Dror et al. Trends, risk factors and pregnancy outcome in women with uterine rupture. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 285, n. 2, p. 317-321, 2012.

SUNER, Selim et al. Fatal spontaneous rupture of a gravid uterus: Case report and literature review of uterine rupture. **The Journal of emergency medicine**, v. 14, n. 2, p. 181-185, 1996.

SPAULDING, Lyman B.; GALLUP, Donald G. Current concepts of management of rupture of the gravid uterus. **Obstetrics & Gynecology**, v. 54, n. 4, p. 437-441, 1979.

TURNER, M. J. A.; AGNEW, G.; LANGAN, H. Uterine rupture and labour after a previous low transverse caesarean section. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 113, n. 6, p. 729-732, 2006.

WALSH, Colin A.; BAXI, Laxmi V. Rupture of the primigravid uterus: a review of the literature. **Obstetrical & gynecological survey**, v. 62, n. 5, p. 327-334, 2007.