

DESproporção Fetopélvica Devido A Macrossomia Fetal: Qual A Melhor Opção Terapêutica?

Ruan Carlos Gonçalves da Silva¹; José Cláudio Rodrigues de Lima Júnior¹; Gustavo Antônio Neppelenbroek².

¹Acadêmicos do curso de medicina da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP (ruan.med19@yahoo.com.br).

²Graduado em medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto de Universidade de São Paulo; mestre em ginecologia e obstetrícia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão. Preto de Universidade de São Paulo; professor assistente da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP).

Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, Ribeirão Preto – SP, Brasil.

RESUMO

O parto normal ou transvaginal depende da interação harmônica entre três fatores relacionados com o canal de parto, a força de contração uterina e o feto. A distócia surge quando ocorre alteração em qualquer um ou vários destes fatores. A desproporção fetopélvica é um tipo de distócia que ocorre na presença de uma pelve pequena e estreita, ou de um feto com proporções aumentadas. Neste contexto, será descrita uma situação atípica de desproporção fetopélvica, com macrossomia fetal, sem manifestações anteparto indicativas de tal condição.

PALAVRAS-CHAVE: Desproporção Cefalopélvica; Macrossomia Fetal; Distocia

CEPHALOPELVIC DISPROPORTION DUE FETAL MACROSOMIA: WHAT IS THE BEST TREATMENT OPTION?

ABSTRACT

The vaginal or transvaginal depends on the harmonious interaction between three factors related to the birth canal, the force of uterine contractions and the fetus. The dystocia arises when changes in any one or more of these factors. The cephalopelvic disproportion is a type of dystocia occurs in the presence of a small and narrow pelvis, or a fetus with increased proportions. In this context, we describe an atypical situation of cephalopelvic disproportion, fetal macrosomia without antepartum events indicative of such condition.

KEYWORDS: Cephalopelvic Disproportion; Fetal Macrosomia; Dystocia

INTRODUÇÃO

O parto normal ou transvaginal espontâneo resulta e depende da interação harmônica entre três fatores intimamente correlacionados e intervenientes: o canal de parto (presença de pelve materna e partes moles pérveas e compatíveis), a força (musculatura abdomino-diafragmática trófica e contrações uterinas eficazes à expulsão do feto) e o móvel (existência de feto e anexos ovulares de dimensões apropriadas) (NEME, 2006).

Deste modo, a distócia (dis = dificuldade e tokos = parto) surge quando ocorre alteração em qualquer um (distócia simples) ou vários (distócia agravada) dos fatores referidos (NEME, 2006).

A presença de distócia, por si só, não impossibilita a ocorrência do parto transvaginal, entretanto, acarreta maiores riscos à mãe e ao bebê e exige preparo e experiência da equipe médica (NEME, 2006).

Neste contexto, uma das situações que exigem a rápida tomada de decisões por parte dos obstetras é a ocorrência de desproporção fetopélvica. Tal situação pode ser definida como uma condição na qual há um desequilíbrio e uma incompatibilidade entre as dimensões do feto e da pelve materna (NEME, 2006).

A desproporção fetopélvica pode ocorrer devido a presença de uma pelve pequena e estreita, inapropriada ao trabalho de parto normal, ou a existência de um feto com proporções aumentadas. Neste segundo caso, o feto, também chamado de concepto gigante, grande para a idade gestacional, hipermegálico ou macrossômico, tem conceitualmente um peso superior a 4000g (SELIGMAN, 2007; GAINO & CASTILHO, 2008).

Um estudo realizado no Brasil entre 2000 e 2004 analisou as condições de nascimento de mais de 14 milhões de bebês, tendo constatado que 5,4% deles apresentavam mais de 4000g ao nascer (SELIGMAN, 2007). Nos EUA, esta prevalência chegou a 9,2% em 2002 (CHAUHAN, 2005).

Um bebê macrossômico não irá, necessariamente, induzir a ocorrência de desproporção fetopélvica, entretanto, acarreta naturalmente grandes riscos ao bebê (dificuldades no desprendimento das espáduas, com riscos de fraturas de clavículas e/ou lesões do plexo cervicobraquial, além de sofrimento fetal, anóxia, seqüelas neurológicas, menores escores de Apgar e óbito) e à mãe (lesões no canal de parto, hemorragias pós-parto, roturas uterinas, infecções após trabalhos de parto prolongados e óbito) (NEME, 2006; FIORELLI & ZUGAIB, 2007; GAINO & CASTILHO, 2008).

Como situações de risco à ocorrência desta condição temos fatores maternos: diabetes mellitus, obesidade, multiparidade espaçada e macrossomia em partos anteriores; e fatores fetais: condições genéticas, hipermaturidade (pós-termo) e sexo masculino (NEME, 2006; FIORELLI & ZUGAIB, 2007; GAINO & CASTILHO, 2008).

Ante a gravidade desta situação, muito tem sido descrito e discutido a respeito da melhor maneira para se fazer o diagnóstico da desproporção fetopélvica e da melhor conduta a ser tomada diante desta entidade.

Quanto ao diagnóstico, já foram realizadas muitas tentativas no intuito de se prever ou diagnosticar precocemente tal condição obstétrica. Entre as diversas técnicas empregadas, temos a determinação da altura e do tamanho do sapato materno (técnica arcaica, utilizada em tempos remotos, de pouca utilidade prática e confiabilidade), a realização de pelvimetria clínica, radiológica e por meio de ultrassonografia, além da determinação do peso fetal por ultrassonografia durante o pré-natal, para prever o peso na ocasião do nascimento (ENKIN, 2005).

Embora nenhum meio seja totalmente fidedigno e eficaz, dados mostram que uma boa avaliação clínica perinatal, ocasionalmente com o uso complementar da ultrassonografia, possibilitam aferir com uma boa margem de segurança quando tal situação se impõe (NEME, 2006).

Deste modo, pode-se suspeitar de desproporção fetopélvica devido à existência de feto macrossômico quando a gestante encontra-se em pleno trabalho

de parto, com um volume uterino excessivo, uma maior medida da altura uterina e da circunferência abdominal, apresentando contrações efetivas e dilatação apropriada inicialmente, que evoluem para um trabalho de parto prolongado e difícil. Ao toque vaginal, se observa pelve de dimensões normais, pólo cefálico fletido, volumoso, alto e móvel, com distância aumentada entre o bregma e o lamba. No partograma, que é a representação gráfica do trabalho de parto, se evidencia uma parada na descida da apresentação (NEME, 2006).

Quando se suspeita fortemente ou se constata a existência da desproporção fetopélvica dois caminhos se mostram: prosseguir assistindo a parturiente e realizando manobras que possibilitem a realização do parto transvaginal, ou optar pela realização do parto cesárea.

Devido ao enorme desenvolvimento alcançado pela obstetrícia no último século, a cesárea é realizada atualmente com condições de segurança que se equivalem ao parto normal, embora cada procedimento tenha riscos inerentes à sua prática. Assim, as indicações do parto cesárea foram crescendo gradativamente, à medida que a técnica foi sendo aperfeiçoada e difundida ao redor do mundo. Deste modo, constatou-se que a realização de cesáreas em casos de desproporção fetopélvica devido à macrossomia fetal levou a uma melhora no prognóstico perinatal materno e fetal (NEME, 2006).

Devido à maior possibilidade de complicações do parto normal de feto macrossômico, mesmo quando realizada por uma equipe altamente experiente e capacitada, a literatura recomenda que se opte pelo parto cesárea na vigência de desproporção fetopélvica, mesmo que limítrofe (SÁ *et al.*, 2003; FIORELLI & ZUGAIB, 2007; GAINO & CASTILHO, 2008).

A realização do parto normal em casos de fetos macrossômicos deve ser efetuada somente em casos extraordinários, em que não é possível realizar o parto cesárea com segurança, ou quando o trabalho de parto já se encontra em um estágio muito avançado, devendo-se ainda assim nestes casos, pesar atentamente os riscos e benefícios de cada tipo de conduta.

OBJETIVOS

Apresentar uma situação de parto cesárea realizado na existência de desproporção fetopélvica por macrossomia fetal, e exemplificar o quadro clínico, o diagnóstico e o tratamento empregado nestas condições.

METODOLOGIA

Foi realizado acompanhamento clínico e assistência médica a uma paciente durante o pré natal e o trabalho de parto, na Santa Casa de Serrana – SP, no mês de setembro de 2010.

RESULTADOS

EGS, 37 anos, sexo feminino, dona de casa, amasiada, natural e procedente de Serrana-SP, procura atendimento médico em unidade básica de saúde devido a queixa de amenorréia há aproximadamente dois meses, ou seja, a data da última menstruação é incerta.

Foi solicitada a realização de β -HCG sanguíneo que mostrou-se positivo. Foi então iniciada a rotina de pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde, cuja primeira ultrassonografia evidenciou gestação tópica de 16 semanas e quatro dias.

Encontra-se em sua terceira gestação, com um filho vivo nascido por parto normal há nove anos e um aborto ocorrido no segundo trimestre gestacional, de causa não especificada.

A paciente não apresenta outros antecedentes obstétricos, pessoais ou familiares dignos de nota. Dos exames laboratoriais solicitados e realizados, não se observaram alterações no hemograma, na glicemia de jejum, na análise urinária, na urocultura, no parasitológico de fezes. As sorologias para HIV, hepatite B, sífilis e toxoplasmose foram negativas. A gestante possui sangue do tipo AB com fator Rh positivo.

Diante de um quadro de gestação de baixo risco, optou-se por realizar o seguimento ambulatorial de pré-natal, conforme o protocolo preconizado, em unidade básica de saúde. A gestante realizou ao todo nove consultas de pré-natal, observando-se uma evolução normal da gestação, com ganho de peso adequado, crescimento da altura uterina e da circunferência abdominal dentro dos parâmetros, não se observando alterações nos níveis pressóricos. Não foram constatadas alterações nos exames laboratoriais subseqüentes.

O feto apresentava movimentação evidenciada pela mãe desde as 19 semanas de gestação, em situação longitudinal com apresentação cefálica desde as 29 semanas de gestação.

A gestante realizou ao todo três ultrassonografias obstétricas. A última ecografia constatou gestação tópica, de 35 semanas e seis dias, de peso estimado em 2721g, com placenta de grau I e líquido amniótico com volume adequado.

Com 40 semanas e cinco dias de gestação, a paciente foi internada em hospital de nível secundário, com quadro de três contrações uterinas efetivas em 10 minutos, associadas a dilatação de três centímetros do canal cervical.

A gestante, na fase ativa do trabalho de parto, foi monitorizada de forma intermitente, em partograma. Após três horas de trabalho de parto, apresentava-se com sete centímetros de dilatação cervical, com o feto no plano -2 de De Lee.

Durante este período, detectada distócia funcional, foi iniciada a infusão de 500 ml de soro glicosado 5% com cinco unidades de ocitocina (uma ampola) a oito gotas por minuto e realizada a amniotomia.

Após mais duas horas de evolução, com correção total da distócia funcional, constatou-se que o trabalho de parto não apresentava progressão adequada, com a mesma dilatação do canal cervical e o feto no mesmo plano -2 de De Lee, com a vitalidade fetal preservada.

Devido ao quadro de desproporção fetopélvica, optou-se pela realização do parto por via alta. O médico responsável pelo atendimento comunicou a gestante sobre a necessidade da intervenção, explicando o motivo da decisão e os riscos da opção escolhida.

Diante do consentimento da paciente, esta foi encaminhada ao centro cirúrgico. A paciente apresentava sinais vitais estáveis e risco anestésico um e foi submetida a raquianestesia.

O parto cesárea transcorreu sem intercorrências, com nascimento de bebê do sexo masculino, vivo, grande para a idade gestacional e macrossômico, com peso de 4315g, com Apgar de nove no primeiro minuto e de 10 no quinto minuto. O recém-nascido é do tipo sanguíneo B com fator Rh positivo, sem alterações aos exames físico e laboratoriais subseqüentes.

Tanto a mãe quanto o bebê apresentaram evoluções favoráveis, com sinais vitais estáveis, quadros clínicos sem alterações patológicas e recuperação apropriada após o parto. Receberam alta hospitalar dois dias após o parto.

DISCUSSÃO

O caso clínico relatado apresentou alguns pontos importantes, os quais merecem considerações adicionais.

Neste caso clínico, a gestante não apresentou durante o pré-natal os sinais e sintomas, os antecedentes ou as alterações laboratoriais relacionadas à desproporção fetopélvica, como por exemplo diabetes melitus pregressa ou diabetes gestacional, obesidade, dispnéia ou aumento anormal da altura uterina durante o período gestacional, macrossomia em gestações anteriores ou hiper maturidade fetal.

Na ocasião do nascimento, o feto encontrava-se com 40 semanas e cinco dias de gestação, isto é, já se ultrapassava a data esperada para o parto, portanto, tratava-se de um caso de pós-datismo, mas não de feto pós-termo, pois ainda não havia alcançado a idade gestacional que define tal condição (mais de 42 semanas de gestação).

A última ultrassonografia obstétrica realizada evidenciou que o feto apresentava um peso estimado em 2721g com 35 semanas e seis dias de gestação, o que encontra-se dentro dos valores normais.

Segundo um estudo realizado na cidade de São Paulo – SP em 2004, com 189990 gestantes que foram avaliadas sistematicamente por meio de ultrassonografia para determinação de curvas de crescimento fetal, tal peso encontra-se acima do percentil 50 (BERTAGNON *et al.*, 2008).

De acordo com um estudo semelhante realizado na cidade de Campinas – SP em 1998 com 2874 gestantes, o peso fetal também se encontra no mesmo intervalo de percentil (CECATTI *et al.*, 2000).

Desde modo, pode-se concluir que o feto vinha apresentando um ganho de peso adequado, porém no final da gestação o ritmo de ganho de peso se acentuou, o que levou o bebê a apresentar 4315g na ocasião do nascimento. Outra possibilidade levantada foi a de um equívoco na determinação do peso fetal durante a realização da última ultrassonografia obstétrica.

Os únicos fatores de risco para ocorrência de macrossomia verificados no caso em questão foram o sexo masculino do bebê e a ocorrência de multiparidade espaçada da gestante (o último parto havia sido realizado há nove anos). Entretanto, nenhum destes fatores de risco podem por si só ser considerado como altamente preditivos da existência de macrossomia.

Como observado na literatura, a maior parte dos fetos macrossômicos apresentam determinantes genéticos para esta condição, os quais se processam por vias ainda não completamente esclarecidas.

Uma outra discussão fundamental é a que aborda as condutas mais adequadas frente a esta situação. Devido aos riscos já apresentados para a realização do parto cesárea nestas condições de distócia por desproporção fetopélvica devido a presença de feto macrossômico, é essencial que sejam

analisadas minuciosamente os riscos, benefícios e viabilidade tanto do parto cesárea quanto do parto normal.

Nestes casos, a cesárea tem evidentes vantagens sobre o parto normal, pois pode-se evitar os riscos que seriam advindos de um trabalho de parto normal prolongado e forçado, principalmente, dificuldades no desprendimento das espáduas com possíveis lesões ósseas e nervosas, sofrimento fetal e lesões graves no canal de parto.

Ante situações de urgência em obstetrícia, deve-se lembrar de que não é recomendável substituir a arte, o conhecimento e a habilidade pela força ou impulsividade.

Deste modo, é necessário ressaltar a importância da experiência da equipe na assistência à parturiente em casos semelhantes, com capacidade de tomar decisões cruciais em um curto período de tempo.

Outra questão de grande importância nestes casos é a maneira pela qual o quadro clínico e as opções terapêuticas são apresentadas à gestante. O médico deve sempre ter em mente o respeito pelos princípios bioéticos da autonomia, da justiça, da beneficência e da não-maleficência. O médico deve ter uma discussão franca com a parturiente, relatando da melhor maneira possível o que está acontecendo, os riscos da situação e qual é a medida mais segura e eficaz a ser instituída.

Cabe ao médico saber como informar a sua paciente, e fazer com que ela também conclua que a melhor conduta para tais casos é a realização da cesariana em caráter de urgência ou emergência, a depender do quadro clínico.

Por todas as razões expostas anteriormente, é imperioso que, diante de situações de desproporção fetopélvica absoluta, a única opção é a realização do parto cesárea. O diagnóstico neste caso foi obtido de forma inquestionável e rápido pelo uso rotineiro do partograma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTAGNON J.R.D.; RODRIGUES C.L.; ARMAND J.D'E.; SEGRE C.A.M. Curva de crescimento intra-uterino para recém-nascidos no município de São Paulo. **Einstein**. 2008; 6(4):408-412.

CECATTI J.G.; MACHADO M.R.M.; SANTOS F.F.A.; MARUSSI E.F. Curva dos valores normais de peso fetal estimado por ultra-sonografia segundo a idade gestacional. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 16(4):1083-1090, out-dez, 2000.

CHAUHAN S.P.; GROBMAN W.A.; GHERMAN R.A.; CHAUHAN V.B.; CHANG G.; MAGANN E.F.; HENDRIX N.W. Suspicion and treatment of the macrosomic fetus: a review. **Am J Obstet Gynecol**. 2005;193(2):332-46.

ENKIN M.W.; KEIRSE M.J.N.C.; NEILSON J.P.; CROWTHER C.A.; DULEY L. **Guia Para Atenção Efetiva Na Gravidez e No Parto**. Guanabara Koogan. 3ª edição. Rio de Janeiro, 2005.

FIORELLI L.R.; ZUGAIB M. Resultado perinatal na macrosomia fetal. **Rev Med (São Paulo)**. 2007 jul.-set.;86(3):144-7.

GAINO J.Z.; CASTILHO S.D. **Macrossomia ao Nascer: Causas e Consequências. Anais do XIII Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas.** 2008.

NEME B. **Obstetrícia Básica.** Sarvier. 3ª edição. São Paulo, 2006.

SÁ R.A.M.; BORNIA R.B.G.; CUNHA A.A.; SIECZKO L.S.; SILVA C.B.; SILVA F.C. **Assistência ao parto na macrossomia fetal.** *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2003, vol.3, n.4, pp. 387-392.

SELIGMAN L.C.; DUNCAN B.B.; SCHMIDT M.I. **Macrossomia no Brasil: Tendências Temporais e Epidemiologia Espacial.** Porto Alegre, 2007.