Casos clínicos

Parto pélvico de urgência

Discussão de casos · ambulatório e plantão

CASO 1| CHEGOU FAZENDO FORÇA

Marinalva, 36 anos, G5P4, 39 semanas. Sem pré-natal no último mês.

Chega à porta da maternidade de carro, gritando que 'o bebê está saindo'. Na maca: bolsa rota, dilatação total e, à vulva, nádegas e os dois pés do feto, dorso voltado para a esquerda, em plano +3. BCF 125 bpm. Último USG (32 semanas): peso estimado 2.100 g, placenta fúndica.

Partos anteriores vaginais, o maior com 3.600 g. O centro cirúrgico está livre, mas a equipe da anestesia leva ao menos 15 minutos para chegar.

Com você: R1, enfermeira obstetra e técnica. Pediatra a caminho. Você nunca fez um pélvico sozinho.



Cesárea ou parto aqui? O que você faz — e o que você NÃO faz — enquanto o corpo desprende?

Resolução do caso 1

Pélvico completo em plano +3 com dilatação total e puxos: não há cesárea mais rápida que este parto. Prepare a sala e conduza.

Preparo (1 min): litotomia com nádegas na borda da maca, bexiga vazia, ajuda (obstetra sênior, pediatra, anestesista), fórcipe de Piper na mesa. Marque a hora.

Mãos fora ('hands off the breech'): deixe o feto descer com os puxos até o umbigo, sem tracionar. Tração estende braços e deflete a cabeça. Episiotomia quando o períneo distende, se precisar de espaço. Se as pernas vierem estendidas: Pinard (pressão na fossa poplítea).

Saiu o umbigo: segure pela pelve (polegares no sacro, dedos nas cristas ilíacas), nunca pelo abdome. Alça de cordão frouxa. Dorso sempre anterior. A partir daqui, 3–5 minutos até a cabeça.

Bracht: ao aparecer as escápulas, eleve o tronco em arco sobre o abdome materno, com pressão suprapúbica pelo ajudante; em feto pequeno costuma liberar braços e cabeça. Braços não vêm: Rojas ou Lovset (rotação de 180° pelo tronco; o braço posterior vira anterior e é retirado; repete ao contrário).

Cabeça: Mauriceau — dedos na maxila flexionam o occipital, mão oposta em gancho nos ombros, tração para baixo e depois em arco; ou fórcipe de Piper. Nunca puxar pelo corpo nem fundo uterino.



Mãos fora até o umbigo

Pegar pela pelve

Bracht → Rojas/Lovset

Mauriceau ou Piper

Fontes: RCOG Green-top Guideline 20b, Management of Breech Presentation (2017); ACOG Committee Opinion 745 (2018); FEBRASGO, Tratado de Obstetrícia (2019); MS, Diretrizes de Assistência ao Parto Normal (2017).

ASSISTÊNCIA AO PARTO PÉLVICO | A ORDEM

Momento	O que fazer	O que não fazer
Até o umbigo	'Hands off': deixar descer com os puxos; litotomia; episiotomia só se necessária Pernas estendidas: Pinard (pressão na fossa poplítea, abduzir a coxa)	Tracionar as nádegas; puxar pelos pés; Kristeller
Umbigo → escápulas	Segurar pela pelve (polegares no sacro), dorso anterior; alça de cordão Bracht: elevar o tronco em arco sobre o abdome materno + pressão suprapúbica	Apertar o abdome fetal (lesão de fígado, baço, rins)
Braços retidos	Rojas: rotação de 180° do tronco com tração para baixo; o braço posterior passa a anterior e desprende; repetir no sentido inverso Lovset: mesmo princípio. Alternativa: desprendimento clássico (Pajot/Deventer-Müller) com dedos no cotovelo	Rodar com o dorso para trás (deflete a cabeça)
Cabeça derradeira	Mauriceau-Smellie-Veit: dedos na maxila (não na boca), mão oposta em gancho nos ombros, flexão + tração axial, depois em arco; pressão suprapúbica por ajudante Fórcipe de Piper: ajudante eleva o corpo; ramos aplicados por baixo	Tração pelo corpo; Burns-Marshall (hiperextensão cervical, não recomendada)
Tempo	Umbigo → cabeça em 3–5 minutos (cordão comprimido). Pediatra presente, gasometria de cordão, documentar	Perder tempo discutindo cesárea com o feto no períneo

Fontes: RCOG GTG 20b (2017); FEBRASGO, Tratado de Obstetrícia (2019); Rezende Obstetrícia (13ª ed., 2017) — manobras de Bracht, Rojas, Mauriceau.

CASO 2| 'ESTÁ SENTADO'

Carolina, 28 anos, primigesta, professora. 36 semanas e 2 dias, pré-natal de risco habitual.

USG de hoje: feto único, pélvico completo, peso estimado 2.750 g (p50), ILA 13 cm, placenta anterior alta, cabeça fletida, sem malformações. Sem cesárea anterior. PA 110/70, exames normais. Rh positivo.
A obstetra do convênio anterior disse 'é cesárea'. Ela quer parto normal e pergunta se existe 'aquela manobra de virar'. A maternidade faz cerca de 5 partos pélvicos vaginais por ano e tem obstetra de sobreaviso treinado. 'Se virar e não der certo, o que acontece? E se eu quiser tentar o parto normal sentado?'



Oferece versão cefálica externa? Quando, como e com que chance? Se falhar: cesárea programada ou parto pélvico vaginal?

VERSÃO CEFÁLICA EXTERNA | O ESSENCIAL

Para quem e quando

Pélvico ou transverso a termo, feto único, sem indicação de cesárea.
Nulípara: a partir de 36 semanas; multípara: a partir de 37 (RCOG). Pode ser tentada em trabalho de parto inicial com bolsa íntegra.
Sucesso ~50% (40% nulípara, 60% multípara); reversão espontânea < 5%.
Tocólise com terbutalina 0,25 mg SC aumenta o sucesso.
Reduz o pélvico ao termo e as cesáreas; não aumenta mortalidade perinatal.

Contraindicações

Absolutas: indicação própria de cesárea (placenta prévia etc.), sangramento nos últimos 7 dias, CTG alterada, anomalia uterina maior, bolsa rota, gemelar (exceto 2º gemelar)
Relativas: RCF com Doppler alterado, pré-eclâmpsia, oligoâmnio, malformação fetal maior, cicatriz uterina, apresentação instável
Cesárea anterior única: não é contraindicação absoluta — discutir.

Como fazer

Centro obstétrico com cesárea disponível; CTG normal antes; USG; jejum não obrigatório.
Terbutalina 0,25 mg SC 15–30 min antes; gel; versão para frente ('cambalhota') e, se falhar, para trás; no máximo 2–3 tentativas, interromper se dor ou bradicardia.
Depois: CTG 30–40 min; anti-D 300 µg se Rh negativo; orientar sinais de alarme.
Complicações: cesárea de urgência 0,5%; DPP, rotura, bradicardia transitória (comum, resolve).

Fontes: RCOG GTG 20a, External Cephalic Version (2017); ACOG Practice Bulletin 221 (2020); Hofmeyr GJ et al., Cochrane 2015; FEBRASGO (2018).

Resolução do caso 2

Candidata ideal à versão cefálica externa: nulípara, 36 semanas, pélvico completo, IIA normal, placenta não prévia, sem cicatriz. Oferecer agora.

Se der certo (~40–50%): segue como cefálica, com parto normal.

Se falhar: Term Breech Trial (Hannah, Lancet 2000): cesárea programada reduziu morte e morbidade perinatal grave (1,6% vs 5,0%) — virou padrão. Críticas: centros heterogêneos, assistentes inexperientes, cabeças defletidas incluídas; aos 2 anos, sem diferença (Whyte 2004). PREMODA (Goffinet 2006): com critérios rígidos, via vaginal segura.

Hoje: RCOG e ACOG — parto pélvico vaginal planejado é opção razoável em serviço com protocolo e profissional experiente, após seleção e consentimento; cesárea com 39 semanas reduz risco perinatal a curto prazo e aumenta o risco materno nas próximas gestações.

Critérios para via vaginal: completo ou franco (não pé), 2.000–3.800 g, cabeça fletida, sem RCF, trabalho de parto espontâneo e progressivo, sem cicatriz, obstetra experiente, cesárea imediata disponível. Carolina preenche — se a VCE falhar, ela escolhe, por escrito.



VCE: 36 sem nulípara

Sucesso ~50%

TBT 2000 e críticas

Seleção + experiência

Fontes: Hannah ME et al., Lancet 2000 (Term Breech Trial); Whyte H et al., AJOG 2004; Goffinet F et al., AJOG 2006 (PREMODA); RCOG GTG 20b (2017); ACOG CO 745 (2018).

CASO 3| A CABEÇA NÃO VEM

Jéssica, 19 anos, primigesta. 33 semanas, trabalho de parto prematuro, pélvico incompleto (pé).

Chegou com 7 cm e bolsa rota, feto de 1.900 g estimados; a cesárea foi indicada, mas no caminho para o centro cirúrgico o feto desprendeu até os ombros na maca. Os braços foram liberados com Lovset.

Agora a cabeça está retida: o colo, que não estava completamente dilatado, fechou-se ao redor do pescoço. O corpo está pálido, sem tônus; passaram 2 minutos desde o umbigo. Mauriceau com pressão suprapúbica não desprendeu.

Sem anestesista na sala; veia periférica pérvia; fórcipe de Piper disponível.



Por que isso acontece no prematuro? O que fazer nos próximos 2 minutos? Qual é a sequência — e o que é a incisão de Dührssen?

Resolução do caso 3

Cabeça derradeira retida pelo colo incompleto — a complicação típica do pélvico prematuro: a cabeça é proporcionalmente maior que o tronco, que passa por um colo que a cabeça não passa.

1. Confirmar a causa: toque — anel cervical ao redor do pescoço (colo) ou cabeça defletida acima do estreito superior? Se defletida: Mauriceau com flexão pela maxila + pressão suprapúbica; fórcipe de Piper com ajudante elevando o corpo.
2. Relaxar: tocólise de resgate — terbutalina 0,25 mg SC ou nitroglicerina IV 50–200 µg (se anestesista) — relaxa útero e colo e pode permitir a passagem.
3. Incisões de Dührssen: colo é o obstáculo e não cede: com tesoura, incisões às 2, 10 e, se preciso, 6 horas (evitar 3 e 9: ramos cervicais da uterina), expondo com válvulas; liberar a cabeça; suturar depois. Sangra, mas salva o feto.
4. Excepcionais: sinfisiotomia; reposição e cesárea (Zavanelli).

Sinais de hipóxia: corpo pálido/cianótico, hipotonia, cordão sem pulso — o relógio é o umbigo: 3–5 minutos. Pediatra para reanimação, gasometria, documentar cada passo e hora.



Colo ou deflexão?

Tocólise de resgate

Dührssen: 2, 10 e 6 h

3–5 min até a cabeça

Fontes: RCOG GTG 20b (2017); ACOG CO 745 (2018); Cunningham FG et al., Williams Obstetrics (26ª ed., 2022) — incisões de Dührssen; FEBRASGO, Tratado de Obstetrícia (2019).

APRESENTAÇÃO PÉLVICA NO PLANTÃO | DECISÃO DA VIA

Pélvico confirmado ao toque/USG. Primeira pergunta: em que fase do parto ela está?

FORA DE TRABALHO DE PARTO, ≥ 36 sem: oferecer VERSÃO CEFÁLICA EXTERNA. Falhou → cesárea 39 sem ou vaginal planejado com seleção

TEM critério e ela quer: vaginal com consentimento escrito, obstetra experiente na sala, progressão vigiada; parou → cesárea

TRABALHO DE PARTO, NÃO IMINENTE: tem critério? Completo/franco, 2.000–3.800 g, cabeça fletida, sem RCF, progride bem, equipe experiente

NÃO tem critério (pé, > 3.800 g, prematuro, RCF, cabeça defletida, sem equipe): CESÁREA

EXPULSIVO, nádegas no períneo: não há cesárea mais rápida — assistir. Chamar ajuda, pediatra, Piper na mesa, marcar a hora

Mãos fora até o umbigo → pelve nas mãos, dorso anterior → Bracht → Rojas/Lovset → Mauriceau ou Piper. Umbigo → cabeça: 3–5 min

CABEÇA RETIDA: Mauriceau + suprapúbica → Piper → tocólise → Dührssen (2, 10, 6 h). NUNCA: tração pelo corpo, Kristeller, pegar pelo abdome

SEMPRE: pediatra presente, gasometria de cordão, documentar hora do umbigo e da cabeça, cada manobra na ordem; conversar com a família

Fontes: RCOG GTG 20a/20b (2017); ACOG CO 745 (2018); FEBRASGO, Tratado de Obstetrícia (2019).

Pegadinha de prova

Primigesta de 30 anos, 37 semanas, feto único em apresentação pélvica completa, peso estimado 3.000 g, ILA normal, placenta fúndica, sem cesárea anterior, deseja parto vaginal. Sobre a versão cefálica externa, assinale a alternativa correta:

A Está contraindicada por se tratar de nulípara.

B Deve ser realizada apenas após 39 semanas, para evitar prematuridade iatrogênica.

C Pode ser oferecida, com sucesso em torno de 50%, onde haja cesárea disponível e CTG antes e depois.

D Está contraindicada porque o procedimento aumenta a mortalidade perinatal.

E Dispensa o uso de tocolítico, pois este não altera a taxa de sucesso.

Pegadinha de prova

Primigesta de 30 anos, 37 semanas, feto único em apresentação pélvica completa, peso estimado 3.000 g, ILA normal, placenta fúndica, sem cesárea anterior, deseja parto vaginal. Sobre a versão cefálica externa, assinale a alternativa correta:

A Está contraindicada por se tratar de nulípara.

B Deve ser realizada apenas após 39 semanas, para evitar prematuridade iatrogênica.

C Pode ser oferecida, com sucesso em torno de 50%, onde haja cesárea disponível e CTG antes e depois.

D Está contraindicada porque o procedimento aumenta a mortalidade perinatal.

E Dispensa o uso de tocolítico, pois este não altera a taxa de sucesso.

PARA LEVAR

1

Pélvico no expulsivo com nádegas no períneo: não existe cesárea mais rápida. Mãos fora até o umbigo; depois, pelve nas mãos, dorso anterior, 3–5 minutos até a cabeça.

2

Sequência: Bracht → braços (Rojas/Lovset) → cabeça (Mauriceau ou Piper). Cabeça retida: suprapúbica, Piper, tocólise, Dührssen às 2, 10 e 6 horas.

3

Pélvico no pré-natal a termo: oferecer versão cefálica externa (36 sem nulípara, 37 multípara; sucesso ~50%, terbutalina ajuda). Falhou: cesárea 39 semanas ou vaginal com seleção rígida e equipe experiente.

4

Term Breech Trial fez a cesárea virar padrão; as críticas e o PREMODA devolveram o parto vaginal selecionado. O que decide é o serviço que você tem — e o consentimento escrito.