Casos clínicos

Inversão uterina

Discussão de casos · ambulatório e plantão

CASO 1| 'PUXEI O CORDÃO E ELA APAGOU'

Jéssica, 24 anos, G1P0, 39 semanas, parto vaginal às 3h40.

RN 3.650 g, Apgar 9/9. Ocitocina 10 UI IM logo após o nascimento. Aos 6 minutos, sem sinais de descolamento, o plantonista traciona o cordão com o útero relaxado e sem contrapressão. Dor lancinante, 'algo desceu'.

Agora: massa vermelho-escura ocupando a vagina, placenta ainda aderida a ela; fundo uterino não palpável no abdome. Sangramento até aqui estimado em 400 mL.

PA 70×40 mmHg, FC 52 bpm, sudorese, confusa. Ocitocina 20 UI em 500 mL correndo. O técnico pergunta se 'tira logo a placenta para o útero contrair'.



Por que ela choca com 400 mL? O que você faz nos próximos 60 segundos — e o que você NÃO faz?

RELAXANTES UTERINOS PARA REPOSIÇÃO

Fármaco	Dose	Observações
Nitroglicerina	50–100 µg IV em bolus; repetir a cada 1–2 min até 200–250 µg	Primeira escolha: início em 30–60 s, dura 1–2 min, hipotensão transitória — tenha cristaloide aberto e vasopressor à mão.
Terbutalina	0,25 mg SC ou IV lento	Taquicardia; evitar se já hipotensa e taquicárdica ou em cardiopata.
Sulfato de magnésio	4–6 g IV em 5–10 min	Mais lento; útil se já disponível na bancada (pré-eclâmpsia).
Anestesia geral	Halogenado (sevoflurano) após indução	Quando as drogas falham ou a paciente não tolera a manobra; exige anestesista na sala.
Depois da reposição	Ocitocina 20–40 UI em 500 mL; metilergometrina 0,2 mg IM (se não hipertensa); misoprostol 800 µg retal	Relaxante e uterotônico nunca ao mesmo tempo: relaxa para reduzir, contrai depois de reduzido.

Fontes: MS, Manual de Hemorragia Pós-Parto (Rede Alyne/OPAS, 2018); FEBRASGO, Hemorragia pós-parto (2018); RCOG Green-top 52 (2016); Williams Obstetrics, 26ª ed.

Resolução do caso 1

Inversão uterina aguda completa, com placenta aderida. O choque é desproporcional porque tem componente neurogênico: tração do peritônio e dos ligamentos dispara bradicardia vagal e vasodilatação.

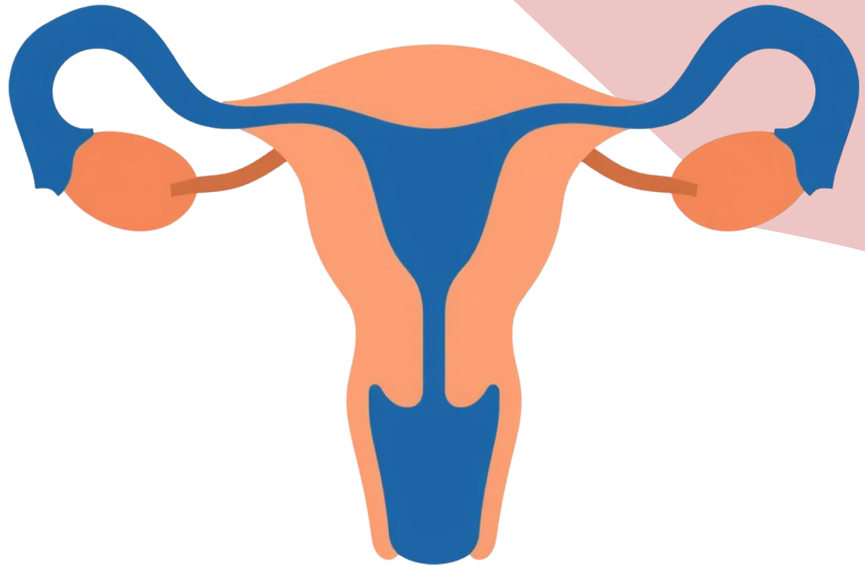
Reconhecer: massa na vagina + fundo não palpável + dor + choque com sangramento 'pequeno' = inversão. Não é atonia, não é laceração. Diga em voz alta e peça ajuda: obstetra sênior, anestesista, enfermagem.

Imediatamente: suspender a ocitocina (útero contraído não volta), 2 acessos calibrosos, cristaloide aquecido, oxigênio, reservar hemocomponentes, atropina 0,5 mg IV se bradicardia sintomática.

Não retire a placenta: ela sai junto com o útero quando ele voltar ao lugar. Descolar antes aumenta a área sangrante e piora o choque.

Manobra de Johnson (taxe): palma da mão contra o fundo invertido, dedos no anel cervical, empurrar o fundo pelo colo em direção ao umbigo, pressão firme e contínua por 3–5 min. Quanto mais cedo, mais fácil: o anel de constrição aperta com os minutos.

Depois que entrou: mão dentro até o útero contrair, uterotônico (ocitocina, metilergometrina, misoprostol), remoção manual da placenta, antibiótico profilático, revisão do canal.



Fundo não palpável: inversão

Suspenda a ocitocina

Placenta fica até reduzir

Johnson já, sem esperar

Fontes: MS/Rede Alyne 2018; FEBRASGO 2018; Williams Obstetrics 26ª ed.; UpToDate, Puerperal uterine inversion (2024).

CASO 2 | O ANEL NÃO DEIXA PASSAR

Rosângela, 31 anos, G3P2, parto domiciliar: chega de ambulância 40 min após o nascimento.

Parteira relata que 'o útero saiu' ao puxar o cordão. Placenta já foi retirada em casa. Massa uterina exteriorizada na vulva, edemaciada e congesta; anel cervical duro e estreito ao redor.

PA 85×50 mmHg, FC 128 bpm, Hb capilar 7,9 g/dL, sangramento ativo. Duas tentativas de manobra de Johnson sem sucesso, mesmo após nitroglicerina 100 µg IV repetida duas vezes.

Anestesista chegou; banco de sangue acionado (2 concentrados de hemácias liberados). Centro cirúrgico disponível em 10 minutos.

ÍNDICE DE CHOQUE = FREQUÊNCIA CARDÍACA ÷ PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA		
Valor	**Interpretação**	**Conduta**
≥ 0,9	Risco de transfusão	Abordagem agressiva / transferência Hemotransfusão
≥ 1,4	Necessidade de terapêutica agressiva com urgência	Abordagem agressiva e imediata Abrir protocolo de transfusão maciça
≥ 1,7	Alto Risco de resultado mater- no adverso	Abordagem agressiva e imediata Abrir protocolo de transfusão maciça

Índice de choque FC/PAS: aqui ≈ 1,5 — grave

A manual falhou duas vezes. Qual é o próximo passo, e quando a cirurgia entra?

Resolução do caso 2

Inversão uterina aguda com anel de constrição fixo: escalonar — anestesia geral com halogenado e nova tentativa, método hidrostático, depois cirurgia.

Enquanto isso, choque hemorrágico: índice de choque ≈ 1,5 — transfundir sem esperar Hb, ácido tranexâmico 1 g IV, aquecer, cálcio. Sem uterotônico até reduzir.

Nova manobra sob anestesia geral: sevoflurano relaxa o anel melhor que qualquer droga IV; repetir Johnson com pressão contínua. Muitas 'falhas' revertem aqui.

Hidrostático de O'Sullivan: litotomia, 2–3 L de soro aquecido na vagina por equipo largo, introito vedado com as mãos (ou ventosa — Ogueh e Ayida); a pressão distende o fórnice e empurra o fundo de volta. Não fazer se suspeita de rotura.

Laparotomia: Huntington — pinças de Allis na 'cratera' do fundo e nos ligamentos redondos, tração progressiva com ajuda vaginal. Anel não cede: Haultain — incisão posterior do anel, reduzir e suturar. Histerectomia só se tudo falhar ou necrose.

Depois: antibiótico profilático, UTI 24 h, vigiar reinversão (balão intrauterino se recorrer), registrar horários.



Anestesia geral + nova taxe

O'Sullivan: 2–3 L aquecido

Huntington → Haultain

Histerectomia: último

Fontes: Williams Obstetrics 26ª ed.; RCOG Green-top 52 (2016); Ogueh O, Ayida G, BJOG 1997 (ventosa no hidrostático); FEBRASGO 2018.

CASO 3 | O INTERNO QUER PUXAR

Daniela, 19 anos, G1P0, parto vaginal eutócico há 7 minutos. RN em contato pele a pele.

Ocitocina 10 UI IM feita no primeiro minuto após o nascimento. Clampeamento do cordão aos 2 minutos. Cordão pinçado junto à vulva, ainda sem alongamento; útero palpável, relaxado, abaixo do umbigo.
Sangramento mínimo. Sinais vitais normais. O interno segura o cordão e pergunta: 'já posso puxar? E se eu apertar o fundo para ajudar?'
Você lembra que a Jéssica do caso 1 estava exatamente nesse momento quando tudo deu errado.



Como se conduz o 3º período para que a inversão não aconteça? Quando puxar, como puxar, e até quando esperar?

Resolução do caso 3

Manejo ativo do 3º período: o uterotônico é o que previne hemorragia: a tração só é segura com útero contraído. sinais de descolamento e contrapressão.

O que já foi feito certo: ocitocina 10 UI IM no 1º minuto (o componente essencial, OMS 2012/2018) e clampeamento tardio. Massagem de rotina não é recomendada; Credé é proscrito.

Quando puxar: só com útero contraído e sinais de descolamento — cordão que alonga, pequeno jato de sangue, útero que sobe e fica globoso. Sem isso: espere.

Como puxar (Brandt-Andrews): mão suprapúbica empurra o útero para cima (contrapressão), a outra traciona o cordão para baixo, suave e sustentada, durante a contração. Soltou? Espera a próxima.

Até quando: retida se > 30 min (OMS): acesso venoso, novo uterotônico, esvaziar bexiga, extração manual sob analgesia — e pensar em acretismo se não descola em plano.

Risco: primípara, placenta fúndica, cordão curto, acretismo, macrossomia, parto rápido, sulfato de magnésio e, acima de tudo, manobras no útero relaxado.



Ocitocina 10 UI IM no 1º min

Tração só com contração

Contrapressão suprapúbica

› 30 min = retida

Fontes: OMS, Recomendações para prevenção e tratamento da HPP (2012) e Active management of the third stage (2018); MS/Rede Alyne 2018; FEBRASGO 2018.

INVERSÃO UTERINA | SEQUÊNCIA DE AÇÕES

Pós-parto: dor intensa + massa na vagina/vulva + fundo uterino NÃO palpável + choque maior que o sangramento = INVERSÃO

1. GRITE O DIAGNÓSTICO E CHAME AJUDA (obstetra sênior, anestesista). 2 acessos calibrosos, cristaloide aquecido, O2, reservar sangue. SUSPENDA a ocitocina

2. NÃO RETIRE A PLACENTA. Manobra de Johnson agora: palma no fundo invertido, empurrar pelo colo em direção ao umbigo, pressão contínua 3–5 min

3. NÃO ENTROU? Relaxante: nitroglicerina 50–100 µg IV (repetir), terbutalina 0,25 mg SC ou $MgSO_4$ 4 g IV; anestesia geral com halogenado. Repita a manobra

4. ENTROU: mão dentro até contrair. Uterotônico: ocitocina 20–40 UI/500 mL, metilergometrina 0,2 mg IM (se não hipertensa), misoprostol 800 µg retal. Só então remover a placenta

5. DEPOIS: ácido tranexâmico 1 g IV se sangrando, antibiótico profilático, revisão do canal, vigilância 24 h (reinversão), registrar horários

6. FALHOU DE NOVO: hidrostático de O'Sullivan (2–3 L soro aquecido na vagina, introito vedado). Falhou? Laparotomia: Huntington → Haultain. Histerectomia é o último recurso

Ordem que salva: reconhecer → ajuda → sem ocitocina → reposicionar COM a placenta → relaxar se preciso → uterotônico só depois

Fontes: MS, Manual de Hemorragia Pós-Parto (Rede Alyne/OPAS, 2018); FEBRASGO 2018; RCOG Green-top 52 (2016); Williams Obstetrics 26ª ed.

Pegadinha de prova

Puérpera de 27 anos, imediatamente após tração do cordão no 3º período, apresenta dor intensa, massa vermelho-escura na vagina com a placenta aderida e fundo uterino não palpável. PA 80×40 mmHg, FC 50 bpm, sangramento estimado em 300 mL. Ocitocina em infusão. A conduta imediata mais adequada é:

A Massagem uterina vigorosa e bolus de ocitocina para controlar a atonia.

B Retirar a placenta manualmente e, em seguida, reposicionar o útero.

C Suspender a ocitocina e reduzir o útero com a placenta aderida; uterotônico só depois.

D Inserir balão intrauterino de tamponamento e iniciar misoprostol retal.

E Encaminhar ao centro cirúrgico para histerectomia de urgência.

Pegadinha de prova

Puérpera de 27 anos, imediatamente após tração do cordão no 3º período, apresenta dor intensa, massa vermelho-escura na vagina com a placenta aderida e fundo uterino não palpável. PA 80×40 mmHg, FC 50 bpm, sangramento estimado em 300 mL. Ocitocina em infusão. A conduta imediata mais adequada é:

A Massagem uterina vigorosa e bolus de ocitocina para controlar a atonia.

B Retirar a placenta manualmente e, em seguida, reposicionar o útero.

C Suspender a ocitocina e reduzir o útero com a placenta aderida: uterotônico só depois.

D Inserir balão intrauterino de tamponamento e iniciar misoprostol retal.

E Encaminhar ao centro cirúrgico para histerectomia de urgência.

PARA LEVAR

1

Choque maior que o sangramento + fundo não palpável + massa na vagina: é inversão. Diga em voz alta, chame ajuda, suspenda a ocitocina e NÃO retire a placenta.

2

Johnson já; se não entra, nitroglicerina 50–100 µg IV (ou terbutalina, $MgSO_4$, halogenado) e tente de novo. Entrou: uterotônico, só então a placenta. Falhou: O'Sullivan → Huntington → Haultain.

3

Prevenção é 3º período bem feito: ocitocina 10 UI IM no 1º minuto, tração só com útero contraído e sinais de descolamento, sempre com contrapressão. Credé nunca.