



# Suspeita de desproporção fetopélvica e posição anormal

- 1 Desproporção fetopélvica
- 2 Distocia do ombro
- 3 Apresentação pélvica
- 4 Versão cefálica externa na apresentação pélvica
- 5 Posições oblíqua e transversa
- 6 Conclusões

## 1 Desproporção fetopélvica

A desproporção fetopélvica ocorre quando a capacidade da pelve feminina é insuficiente para o parto vaginal seguro do bebê. No passado, as estratégias pré-natais para diagnóstico de desproporção fetopélvica recebiam grande atenção, com o objetivo de induzir o trabalho de parto precocemente ou realizar cesariana se fosse diagnosticada desproporção. As tentativas de prever a ocorrência de desproporção fetopélvica incluíam determinação da altura e do tamanho do sapato maternos e pelvimetria clínica e radiológica.

As correlações entre altura ou tamanho do sapato maternos e desproporção cefalopélvica têm utilidade clínica limitada, devido à grande superposição de conseqüências do parto em mulheres pequenas e grandes. Há uma correlação razoável entre avaliação clínica e radiológica das dimensões pélvicas, mas nenhuma delas é particularmente precisa na previsão das conseqüências do trabalho de parto. Os resultados da pelvimetria clínica não foram avaliados por estudos randomizados.

O significado da não-insinuação da cabeça fetal próximo ao termo como indicador de desproporção cefalopélvica não foi confirmado. Em mulheres negras primíparas, nas quais essa não-insinuação é freqüente, ela está associada a trabalhos de parto mais demorados, mas não a aumento da taxa de cesariana ou aumento da morbidade materna ou fetal. O indicador mais confiável de adequação pélvica ainda é o parto anterior não-complicado de um bebê com peso ao nascimento semelhante ou maior que o estimado para a gravidez atual.

O uso anteriormente difundido de pelvimetria radiológica para prever desproporção cefalopélvica passou a ser minuciosamente examinado a partir dos relatos de associação entre irradiação pré-natal e leucemia na infância. Como princípio

geral, deve ser evitada a irradiação que provavelmente não beneficiará a mãe ou o bebê. O uso de ultra-sonografia para pelvimetria foi descrito, mas não houve ampla aceitação. Dois estudos pequenos demonstraram que a pelvimetria por tomografia computadorizada, que reduz muito a exposição do feto à radiação, é mais fácil de realizar e provavelmente é mais precisa que a pelvimetria radiológica convencional na medida de uma pelve modelo.

Há grande variação entre indivíduos e instituições no uso de pelvimetria radiológica. Sua utilidade foi questionada devido ao seu pequeno valor preditivo para rastreamento da desproporção cefalopélvica e à pequena freqüência com que os resultados influenciam o tratamento. Estudos randomizados prospectivos de pelvimetria radiológica, com e sem cesariana (dois estudos cada), não detectaram qualquer benefício evidente da pelvimetria radiológica para a mãe ou o bebê. Seus resultados combinados mostram aumento significativo da taxa de cesariana com o uso de pelvimetria radiológica. Os números estudados foram pequenos demais para avaliar adequadamente a evolução perinatal.

As pelvimetrias radiológica e clínica não previram a desproporção cefalopélvica com precisão suficiente para justificar a realização de cesariana eletiva nas apresentações cefálicas. A melhor forma de diagnóstico da desproporção cefalopélvica é por realização de um estudo cuidadosamente monitorizado do trabalho de parto, e a pelvimetria radiológica raramente, ou nunca, deve ser necessária. Estudos de observação da indução do trabalho de parto na suspeita de macrosomia para reduzir a probabilidade de cesariana e de parto cirúrgico difícil lançam dúvidas sobre a efetividade dessa política.

É importante distinguir entre o risco de desproporção relacionada à parte fetal que se apresenta e a desproporção relacionada a uma outra parte do feto, devido aos riscos especiais de obstrução do trabalho de parto com desprendimento parcial do feto, como na distocia do ombro, ou obstrução à cabeça derradeira em uma apresentação pélvica.

## 2 Distocia do ombro

A distocia do ombro (na qual a cabeça do bebê se desprende, mas os ombros permanecem presos) é uma emergência obsté-

trica associada a grande risco de traumatismo e morte fetal. Se fosse possível prever uma grande probabilidade de ocorrência no período pré-natal, a distocia do ombro poderia ser evitada por cesariana eletiva. Foi sugerido o uso de cesariana eletiva nas mulheres diabéticas com peso fetal estimado acima de 4.000 g e nas mulheres não-diabéticas com peso fetal estimado acima de 4.500 g e lento progresso do trabalho de parto. Essa política não foi submetida a avaliação randomizada. Ainda que fosse precisa, a estimativa do peso fetal evitaria apenas uma pequena parcela de possíveis casos de distocia do ombro, enquanto a maioria das cesarianas seria desnecessária. Cerca de metade dos casos de distocia do ombro ocorre em lactentes que pesam menos de 4.000 g.

A indução do trabalho de parto em mulheres cujos bebês supostamente são grandes para a idade gestacional não mostrou melhorar as conseqüências, assim como a detecção de macrosomia por medida da distância entre a sínfise e o fundo uterino.

Atualmente não existe método fidedigno para a previsão pré-natal da distocia do ombro, e as tentativas de reduzir o problema devem buscar garantir que parteiras tenham habilidade para resolver a situação quando ocorrer. A mulher deve ser colocada em decúbito dorsal com flexão exagerada das coxas e os joelhos empurrados contra o tórax. Deve-se fazer uma grande episiotomia. As tentativas de então retirar o bebê com esforço materno e tração para baixo, com ou sem pressão suprapúbica ou rotação digital dos ombros, freqüentemente são bem-sucedidas. Raramente, pode ser necessário fraturar deliberadamente as clavículas do bebê.

Foram descritos outros métodos de conduta na distocia do ombro, incluindo o uso da posição de cócoras. A sinfisiotomia foi praticada durante muito tempo na África. Foi descrita uma manobra na qual a cabeça é empurrada de volta seguida por cesariana.

### 3 Apresentação pélvica

Embora a apresentação pélvica (na qual apresentam-se as nádegas, o pé ou os pés do feto em vez da cabeça) algumas vezes esteja associada a anormalidades uterinas, placentárias ou fetais, freqüentemente é apenas um erro de orientação que coloca em risco uma mãe e um bebê saudáveis. A prevalência da apresentação pélvica diminui de aproximadamente 15% com 29-32 semanas de gestação para 3% a 4% a termo. Mudanças espontâneas da apresentação pélvica para apresentação cefálica tornam-se menos freqüentes à medida que a idade gestacional avança no terceiro trimestre, e são mais prováveis em todas as idades gestacionais em mulheres que já deram à luz.

O risco de uma apresentação pélvica para a mãe é o aumento da probabilidade de cesariana, e para o bebê, o risco de prolapso do cordão e parto vaginal ou cesáreo difícil. As conseqüências perinatais após o parto de um feto em apresentação pélvica são menos favoráveis que nas apresentações cefálicas, independentemente do modo de parto; é comum haver deficiência na infância após parto vaginal e cesáreo de feto em apresentação pélvica. É possível que a apresentação pélvica seja um indicador de deficiência subjacente — uma incapacidade do feto de atingir seu primeiro marco de desenvolvimento. O amplo uso da cesariana na apresentação pélvica a termo foi baseado na suposição não-comprovada de que a pior evolução é ao menos parcialmente conseqüência de lesão sofrida durante o parto vaginal.

A cesariana eletiva na apresentação pélvica contribui consideravelmente para as taxas de cesariana em muitas regiões. É importante determinar se a cesariana na apresentação pélvica a termo melhora suficientemente a evolução perinatal para justificar os riscos atuais e futuros para a mãe. Isso ainda não está claro. Os dois pequenos estudos randomizados realizados sugerem que uma política de cesariana eletiva na apresentação pélvica a termo está associada a alguma diminuição da morbidade neonatal a curto prazo e a um aumento da morbidade materna. Os números estudados são pequenos demais para se abordar as questões importantes de mortalidade ou morbidade perinatal, e a questão da morbidade neonatal a longo prazo também não foi esclarecida. O uso de cesariana na apresentação pélvica por ser considerada mais segura pode tornar-se uma profecia auto-realizável, pois os profissionais tornam-se menos hábeis na realização do parto vaginal em apresentação pélvica. Está sendo realizado um grande estudo internacional comparando o parto vaginal planejado e a cesariana eletiva na apresentação pélvica a termo.

A desproporção cefalopélvica, se presente, é perigosa em uma apresentação pélvica devido ao risco de aprisionamento da cabeça derradeira. Não há razão para se esperar que a pelvimetria radiológica seja mais precisa na previsão de desproporção cefalopélvica nas apresentações pélvicas do que nas apresentações cefálicas. Entretanto, nas apresentações pélvicas é comum evitar-se o parto vaginal mesmo quando as dimensões pélvicas são apenas um pouco reduzidas, em uma tentativa de excluir todas as possíveis causas de desproporção cefalopélvica. Se for planejado parto vaginal de um lactente em apresentação pélvica, as relações fetopélvicas devem ser cuidadosamente monitorizadas à medida que o trabalho de parto progride. Se o corpo atravessar facilmente a pelve, pode-se esperar que a cabeça siga sem dificuldade. No caso de mulheres internadas em trabalho de parto avançado, pode-se usar



a tocólise para se obter tempo para avaliação cuidadosa antes de se realizar parto vaginal ou cesáreo.

A situação rara de deflexão da cabeça em uma apresentação pélvica pode aumentar o risco do parto vaginal. A ultrasonografia no início do trabalho de parto pode diagnosticar ou excluir a condição.

Durante o parto vaginal em apresentação pélvica, é incentivada a expulsão por esforço materno, pois a tração do feto pode causar extensão dos braços e da cabeça. Um estudo quase randomizado sobre o parto vaginal com apresentação pélvica acelerado de rotina (que visa concluir o parto com uma única contração uterina) foi metodologicamente inadequado para apoiar conclusões definitivas. O uso freqüente na cesariana de tração do feto em apresentação pélvica pode ser responsável por casos de traumatismo devido ao desprendimento da cabeça derradeira.

#### 4 Versão cefálica externa na apresentação pélvica

Durante anos, obstetizes, médicos e parteiras tradicionais empregaram muitas técnicas posturais para posicionar o feto em apresentação cefálica (versão cefálica). Entretanto há pouco material na literatura médica sobre esse assunto. Uma técnica usada por obstetizes e considerada efetiva é instruir a mãe a colocar-se em decúbito dorsal, com os quadris ligeiramente elevados, e os quadris e joelhos fletidos. A seguir, ela rola delicadamente 180 graus de um lado para outro durante 10 minutos, e repete esse exercício três vezes ao dia. Outro exemplo de prática tradicional é tentar corrigir apresentações anômalas durante o trabalho de parto agitando manualmente o útero, enquanto a mãe fica no chão apoiada nos joelhos e cotovelos.

Estudos não-controlados sugeriram que o uso da posição genupeitoral está associado a alta taxa de versão espontânea e parto vaginal normal. A mulher é instruída a ajoelhar com flexão dos quadris um pouco maior que 90 graus, mas sem pressão das coxas contra o abdome, enquanto sua cabeça, ombros e parte superior do tórax apóiam-se no colchão. Isso é realizado por 15 minutos a cada 2 horas durante o dia, por 5 dias. A pequena redução dos partos não-cefálicos observada em estudos controlados e a insignificante diminuição da taxa geral de cesariana e de baixo índice de Apgar em 1 minuto poderiam ser frutos do acaso. São compatíveis com qualquer coisa entre um grande efeito positivo e um grande efeito negativo. São necessários estudos maiores para estabelecer se a conduta postural é ou não efetiva.

Existem diferenças fundamentais entre a tentativa de versão cefálica externa (na qual o profissional tenta mudar a po-

sição do feto girando seu corpo em relação à parede abdominal materna) antes do termo e a termo, e essas duas condutas devem ser analisadas separadamente.

Embora possa ser realizada com facilidade, a versão cefálica externa antes do termo tem pouca utilidade. Uma grande parte dos fetos volta à apresentação pélvica. Três estudos controlados (um randomizado e dois quase randomizados) não demonstraram qualquer efeito da versão cefálica externa antes do termo sobre a incidência de parto em apresentação pélvica e de cesariana ou sobre a evolução perinatal. Embora não houvesse diferença geral na taxa de mortalidade perinatal nos grupos de tratamento e de controle, a taxa de mortalidade fetal de quase 1%, considerada associada ao procedimento, levou a uma diminuição de seu uso.

O interesse na versão cefálica externa para apresentação pélvica foi ressuscitado por um relato de 1975 afirmando que poderia ser realizada versão cefálica após 37 semanas de gestação, desde que o útero estivesse relaxado com agentes betamiméticos, quando necessário. Ao contrário da versão cefálica externa antes do termo, a versão a termo mostra melhores resultados. O procedimento, com ou sem tocólise, resulta em redução de 58% do risco relativo de apresentação não-cefálica no parto e em redução de 48% do risco de cesariana. A espera até o termo para tentar realizar versão cefálica externa dá tempo para que ocorra um número máximo de versões espontâneas e para que se tornem aparentes as complicações obstétricas que podem exigir parto por cesariana. Assim, esperando até o termo, são realizadas menos tentativas desnecessárias de versão cefálica externa. As complicações da versão a termo podem ser facilmente tratadas por parto abdominal imediato do lactente maduro. Após versão cefálica externa bem-sucedida, ocorrem menos reversões para apresentação pélvica. A desvantagem de adiar a versão cefálica externa até o termo é que pode-se perder a oportunidade de tentar realizar versão cefálica externa quando há descida do feto em apresentação pélvica, ruptura das membranas ou início do trabalho de parto antes do termo.

O uso rotineiro de tocólise para versão cefálica externa a termo reduz a taxa de falhas e dificuldades nos procedimentos e a bradicardia fetal. Essas vantagens devem ser comparadas ao risco de efeitos colaterais cardiovasculares maternos. Se não for usada rotineiramente, a tocólise deve ser usada pelo menos em mulheres com elevado tônus uterino ou fracasso da tentativa inicial.

A estimulação vibroacústica fetal, para estimular o movimento do feto da posição dorso-anterior para a posição dorso-lateral, foi usada em um pequeno estudo a fim de facilitar a versão cefálica externa, assim como a analgesia peridural e a

amnioinfusão transabdominal. Teoricamente, a hidratação oral poderia causar expansão semelhante do líquido amniótico. Nenhum desses procedimentos foi investigado suficientemente para se recomendar seu uso geral.

Diversos autores investigaram os fatores associados a aumento das chances de sucesso da versão cefálica externa. As taxas de versão a termo bem-sucedida são pequenas em algumas populações, particularmente na América do Norte e na Europa, e nas mulheres nulíparas. Por essa razão, o início da versão externa antes do termo em gestações selecionadas com apresentação pélvica pode ser útil. Esse procedimento só deve ser realizado como parte de um estudo controlado randomizado.

A versão cefálica externa a termo em mulheres submetidas a cesariana anteriormente não passou por estudos controlados, mas os dados de observação são encorajadores.

A versão cefálica externa no início do trabalho de parto merece ser avaliada como extensão da tendência à versão na gravidez avançada. Relatos iniciais incluíram algumas referências à tentativa de versões cefálicas externas durante o trabalho de parto, e foram descritas taxas de sucesso de quase 75%. Teoricamente, essa conduta tem diversas vantagens. Haveria tempo máximo para a ocorrência de versão espontânea e para o surgimento de possíveis contra-indicações à versão cefálica externa, limitando assim o número de versões que seriam necessárias. Os riscos da versão cefálica externa podem ser reduzidos ainda mais mediante a realização do procedimento na sala de trabalho de parto, com monitorização contínua da condição fetal até o parto. Em casos considerados inadequados para parto vaginal, a versão cefálica externa pode ser tentada na sala de cirurgia, e, no caso de fracasso, pode ser imediatamente seguida por cesariana.

Como a espera pelo início do trabalho de parto envolveria a inconveniência de se realizar a versão em uma situação de emergência e não como procedimento eletivo, e como a pelve do feto pode estar bem encaixada em alguns casos, é improvável que a versão cefálica externa durante o trabalho de parto se torne uma conduta de primeira linha na apresentação pélvica. Entretanto, quando a apresentação pélvica é encontrada durante o trabalho de parto enquanto as membranas ainda estão intactas, os dados limitados disponíveis sugerem que a versão cefálica externa com tocólise é um procedimento razoável a se considerar.

Os estudos randomizados descritos não tiveram tamanho suficiente para abordar questões de segurança materna ou fetal. O risco da tentativa de versão cefálica externa para a mãe é extremamente pequeno. Consiste na possibilidade de efeitos adversos por qualquer um dos medicamentos usados para fa-

cilitar a versão e nos riscos de descolamento prematuro da placenta, uma complicação rara, mas reconhecida.

A tentativa de versão cefálica externa deve ser reconhecida como procedimento invasivo que envolve algum risco para o feto. Os riscos fetais estão relacionados à idade gestacional e aos métodos empregados. Achados de dados de observação sugerem que a taxa de complicações é maior quando a versão cefálica externa é tentada antes de 37 semanas de gestação, quando é empregada anestesia geral e quando a placenta está posicionada anteriormente. Desde que o bem-estar fetal seja confirmado e monitorizado, e desde que sejam observadas precauções apropriadas (incluindo a administração de imunoglobulina anti-D a mulheres Rh-negativas), o risco para o feto maduro parece ser pequeno.

A moxabustão (queima de ervas para estimular pontos de acupuntura), um método chinês tradicional para promover a versão de fetos em uma apresentação pélvica, foi avaliada recentemente em um estudo controlado randomizado. Apesar do fato de a maioria das mulheres pertencentes ao grupo de controle ser submetida à versão cefálica externa subsequente, um número significativamente maior de fetos no grupo de intervenção encontrava-se em apresentação pélvica ao nascimento.

## 5 Posições oblíqua e transversa

As posições oblíqua e transversa diferem fundamentalmente da apresentação pélvica devido à ausência dos fatores que mantêm uma posição longitudinal. Estão associadas a multiparidade, frouxidão abdominal, anomalias uterinas e fetais, redução do eixo longitudinal do útero por localização da placenta no fundo ou implantação baixa e distúrbios que impedem a insinuação da parte que se apresenta, como tumores pélvicos e uma abertura superior da pelve pequena. A posição anômala, particularmente a posição oblíqua, pode ser transitória e relacionada à posição materna.

Quando é encontrada posição não-longitudinal após 32 semanas de gestação, devem ser pesquisadas anormalidades subjacentes. Outras opções de tratamento incluem tentativas pré-natais de versão externa, versão a termo seguida por indução de trabalho de parto ou conduta expectante com ou sem tentativas de versão intraparto, se a situação anômala persistir.

O papel da versão externa no tratamento das posições oblíqua e transversa não foi avaliado em estudo randomizado. Foram descritas algumas séries de casos descritivos. Com a conduta expectante, a maioria dos casos de situação anormal será revertida à posição longitudinal no momento do parto.



Menos de 20% das posições transversas observadas após 37 semanas de gestação persistem até o parto. Devido à alta taxa de versão espontânea e à natureza instável da posição não-longitudinal, com grande probabilidade de reversão após versão externa, não há conclusões definitivas para se realizar a versão externa antes do trabalho de parto ou do parto planejado.

Os cuidados com a mulher em posição transversa ou oblíqua constatada durante o trabalho de parto são mais diretos, pois a escolha está entre a cesariana e a versão externa. Um estudo prospectivo mas não-controlado da versão externa na posição transversa constatada no trabalho de parto mostrou pequena taxa de sucesso. Não houve complicações fetais ou maternas associadas ao procedimento, embora fossem necessários estudos maiores para avaliar possíveis riscos.

Na ausência de estudos controlados, o momento de intervenção em gestações complicadas por posição não-longitudinal deve continuar dependendo do julgamento clínico. A vantagem de ganhar maturidade fetal, dando tempo para que haja versão espontânea e permitindo que o trabalho de parto comece espontaneamente, deve ser comparada ao risco de ruptura das membranas ou prolapso do cordão antes que se possa tentar realizar a versão. Após iniciado o trabalho de parto ou tomada a decisão de realizar o parto, a tentativa de versão com emprego imediato de cesariana se necessário é uma opção razoável.

## 6 Conclusões

Não há métodos fidedignos para se prever com precisão a desproporção fetopélvica antes do trabalho de parto. O trabalho de parto é a melhor forma de se testar a adequação pélvica em apresentações cefálicas. Não foi determinada a importância da pelvimetria em apresentações pélvicas, e, para que essa prática continue, é indicado um estudo para determinar seus benefícios.

Atualmente não há indicações adequadas para comprovar ou refutar a efetividade da cesariana de rotina para melhorar a evolução perinatal na apresentação pélvica a termo.

Os estudos controlados descritos até hoje são muito pequenos para apoiar ou refutar os supostos benefícios do procedimento postural na apresentação pélvica. Não é indicada ver-

são cefálica externa na apresentação pélvica antes do termo. Por outro lado, a versão cefálica externa a termo reduz significativamente a incidência de apresentação pélvica no parto e de cesariana.

## Fontes

*Effective care in pregnancy and childbirth*

**Hofmeyr, G.J.**, Suspected fetopelvic disproportion.

**Hofmeyr, G.J.**, Breech presentation and abnormal lie in late pregnancy.

*Biblioteca Cochrane*

**Hofmeyr, G.J.**, Maternal hydration for increasing amniotic fluid volume in oligohydramnios and normal amniotic fluid volume.

**Hofmeyr, G.J. and Hannah, M.E.**, Planned caesarean section for term breech delivery.

**Hofmeyr, G.J. and Kulier, R.**, Cephalic version by postural management for breech presentation.

Expedited versus conservative approaches for vaginal delivery in breech presentation.

External cephalic version for breech presentation before term.

External cephalic version for breech presentation at term.

External cephalic version facilitation for breech presentation at term.

Hands/knees posture in late pregnancy or labor for fetal malposition (lateral or posterior).

**Irion, O. and Boulvain, M.**, Induction of labor for suspected fetal macrosomia.

**Neilson, J.P.**, Symphysis-fundal height measurement in pregnancy.

**Pattinson, R.C.**, Pelvimetry for fetal cephalic presentations at term.

**Walkinshaw, S A.**, Very tight versus tight control for diabetes in pregnancy.

*Outras fontes*

**Cardini, F. and Weixin, H.** (1998). Moxibustion for correction of breech presentation: a randomized controlled trial. *JAMA*, **280**, 1580–4.

**Cheng, M. and Hannah, M.E.** (1993). Breech delivery at term: a critical review of the literature. *Obstet. Gynecol.*, **82**, 605–18.

**Danielian, P.J., Wang, J. and Hall, M.H.** (1996). Long term outcome by method of delivery of fetuses in breech presentation at term: population based follow up. *BMJ*, **312**, 1451–3.

**Gifford, D.S., Morton, S.C. and Kahn, K.** (1995). A meta-analysis of infant outcomes after breech delivery. *Obstet. Gynecol.*, **85**, 1047–54.