



RELATO DE CASO: RUPTURA UTERINA EM GESTANTE COM CICATRIZ UTERINA PRÉVIA

CASE REPORT: UTERINE RUPTURE IN A PREGNANT WOMAN DUE TO PREVIOUS UTERINE SCAR

Laura Zanon Cruz

Graduanda em Medicina – Faculdade de Medicina de Campos

laura.zanoncruz@gmail.com

Bruna Merlin Camara

Graduanda em Medicina – Faculdade de Medicina de Campos

merlincamara@gmail.com

Tainá Rodrigues Monteiro Ferreira

Graduanda em Medicina – Faculdade de Medicina de Campos

taina_rodrigues@hotmail.com

Priscila Leite Loiola Ribeiro

Graduanda em Medicina – Faculdade de Medicina de Campos

priscila_loiola@hotmail.com

Consuelo Chicralla Martins

Médica Ginecologista e Obstetra – Instituto Fernandes Figueira

Mestre em Ginecologia – Universidade Federal do Rio de Janeiro

mcnmartins@gmail.com

Abstract – Uterine rupture is an extremely serious obstetric emergency that poses a risk to the life of both mother and fetus. The main risk factors include previous uterine surgeries, inappropriate use of contraction-inducing medications, complicated deliveries, excessive uterine distension, and, more rarely, hereditary conditions. This case report presents a woman at 37 weeks and 3 days, in her third pregnancy, with a history of a cesarean section 10 years ago and a curettage 6 months before the current conception, which progressed to uterine rupture and massive bleeding during the cesarean section.

Keywords: pregnancy; uterine rupture; obstetric emergency.

Resumo

A ruptura uterina é uma emergência obstétrica extremamente grave, que oferece risco de vida ao binômio materno-fetal. Os principais fatores de risco incluem cirurgias uterinas anteriores, uso inadequado de medicamentos indutores de contrações, partos complicados, distensão uterina excessiva e, mais raramente, condições hereditárias. Neste relato de caso é apresentado uma gestante de 37 semanas e 3 dias, na terceira gestação, com antecedente de uma cesariana há 10 anos e uma curetagem há 6 meses antes da concepção atual, que evolui para ruptura uterina e sangramento volumoso durante cesariana.

Palavras-chave: gravidez; ruptura uterina; emergência obstétrica.

INTRODUÇÃO

A ruptura uterina é uma emergência obstétrica rara, que apresenta gravidade significativa. É definida pela interrupção completa das três camadas da parede uterina: endométrio, miométrio e perimétrio. Quando presente, essa condição está frequentemente associada à presença de cicatrizes uterinas prévias, especialmente em mulheres que tentam o parto vaginal após cesariana. Apesar de sua baixa incidência, os efeitos podem ser extremamente graves, afetando tanto a mãe quanto o feto. (HABES et al.; 2019).

Os principais fatores de risco incluem cirurgias uterinas anteriores, uso inadequado de medicamentos indutores de contrações, partos complicados, distensão uterina excessiva e, mais raramente, condições hereditárias como a síndrome de Ehlers-Danlos. Estudos em países desenvolvidos demonstraram que a taxa de incidência de ruptura uterina na gestação está entre 0,016% e 0,084%. Já em gestantes com útero previamente manipulado, a incidência é significativamente maior, podendo chegar a 21 por 10.000 partos, sendo o risco de ruptura ainda maior nos casos indução de parto normal com cicatriz uterina prévia (WAN et al.; 2022). Em úteros sem cicatrizes, a ruptura é uma complicação ainda mais rara, porém nesses casos está associada a maior morbimortalidade materno-fetal (TOGIOKA et al.; 2023).

O diagnóstico clínico pode ser desafiador, a suspeita deve ser elevada diante de sinais de sofrimento fetal emergente, dor abdominal persistente ou alteração repentina no padrão de contrações, sobretudo em presença de fatores de risco. A monitoração contínua do bem-estar fetal, exame físico obstétrico atento, e ações de urgência são essenciais. A confirmação, porém, muitas vezes ocorre intraoperatória, por meio de laparotomia exploradora (ANDONOVAVÁ et al.; 2019).

Quando ocorre a ruptura completa da parede uterina, os sintomas incluem dor súbita e lancinante, seguida por alívio aparente da dor uterina ou cessação das contrações. Pode haver parada das contrações ou mudança abrupta da morfologia uterina, com sensação palpável das partes fetais no abdome ou deslocamento do polo fetal. A frequência cardíaca fetal torna-se extremamente instável, alternando entre bradicardia grave, ausência de batimentos ou padrão de sofrimento fetal agudo. O sangramento vaginal pode ser variado e

em pouco volume, já que grande parte da hemorragia pode acumular-se na cavidade peritoneal (WAN et al.; 2022)

As complicações associadas à ruptura uterina podem ser graves para o binômio materno-fetal. Para a mãe, incluem hemorragia intensa, choque hipovolêmico, necessidade de transfusão sanguínea e até óbito. Já o feto pode apresentar sofrimento fetal agudo, asfixia e altas taxas de mortalidade perinatal. A gravidade das complicações está relacionada ao tipo de ruptura (completa ou parcial), tempo decorrido até a intervenção e contexto de atendimento obstétrico. A conduta inclui abordagem cirúrgica, com histerorrafia da lesão, sendo esse o tratamento preferencial, mas em casos de hemorragia incontrolável e lesões muito extensas, pode ser necessário histerectomia, visando o bem-estar da vida materno-fetal (MOLDENHAUER, 2024).

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 36 anos, natural de Campos dos Goytacazes, gestante de 37 semanas e 3 dias, na terceira gestação, com antecedente de uma cesariana há 10 anos e uma curetagem por abortamento espontâneo realizada cerca de seis meses antes da concepção atual. Deu entrada no Hospital Plantadores de Cana em 20 de junho de 2025, com queixa de dor abdominal difusa, mais intensa na região hipogástrica, além de lombalgia, disúria e corrimento vaginal. Negava febre ou outros sintomas. Realizou pré-natal adequado, é portadora de diabetes mellitus gestacional controlada com dieta, sem alergias conhecidas.

Ao exame físico: paciente em bom estado geral, lúcida, orientada, normocorada, hidratada, eupneica em ar ambiente, acianótica, anictérica, afebril (36 °C), deambulando. Ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. PA: 110 × 70 mmHg; FC: 126 bpm. Murmúrio vesicular presente em todos os campos pulmonares, sem ruídos adventícios; SpO₂: 99%; FR: 18 irpm. Abdome gravídico, com peristalse presente; indolor à palpação superficial, doloroso à palpação profunda em hipogástrio; sem visceromegalias ou sinais de irritação peritoneal. Feto único, em posição longitudinal; altura uterina de 37 cm; BCF: 172 bpm; atividade uterina imperceptível em 10 minutos; tônus uterino normal; movimentos fetais ativos presentes. Genitália externa sem alterações. Exame especular: presença de secreção vaginal esverdeada, com odor fétido; ausência de sangramento ou saída de líquido amniótico. Toque vaginal: colo uterino posterior, grosso e fechado. Membros inferiores com edema bilateral de +3/+4; panturrilhas livres; pulsos pediosos presentes.

Foi realizada cardiotocografia (CTG), que evidenciou linha de base elevada, frequência cardíaca fetal média de 170 bpm e diminuição da variabilidade, caracterizando padrão de CTG não tranquilizador, categoria 2. Diante do quadro clínico, das comorbidades da paciente, e já sendo uma gestação a termo, foi indicada cesariana de emergência. A paciente foi devidamente informada sobre a situação e consentiu com a conduta, assinando o Termo de

Durante o ato cirúrgico, foi identificada ruptura uterina na região inferior da parede corporal anterior do útero, local da cicatriz uterina prévia, com laceração de 6 cm em seu maior diâmetro. Realizou-se extração do feto, que nasceu com boa vitalidade, e da placenta, com aspiração de tecidos remanescentes. Em seguida, foi estabelecido controle do sangramento uterino e histerorrafia com reparo da lesão. Apesar da complicação intraparto, a paciente manteve estabilidade hemodinâmica durante o procedimento, sem necessidade de uso de aminas, sendo encaminhada à UTI para monitoramento clínico-obstétrico.

Na UTI, a paciente encontrava-se acordada, lúcida, orientada, eupneica em ar ambiente, hipocorada +3/+4, desidratada +1/+4, anictérica, acianótica, com extremidades quentes e tempo de enchimento capilar limítrofe. Estava hemodinamicamente estável, sem uso de drogas vasoativas e sem queixas no momento. PA: 110 × 72 mmHg; FC: 135 bpm. Exame cardiovascular e respiratório sem alterações. Abdome cirúrgico com útero contraído, doloroso à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Membros inferiores com edema +2/+4, panturrilhas livres. Foram transfundidas 4 bolsas de concentrado de hemácias e 2 de plaquetas. Foi prescrita ocitocina em bomba de infusão contínua por 24 horas para controle e prevenção de hemorragia pós-parto, além de suporte clínico para manutenção da estabilidade hemodinâmica.

Após sete dias de internação na UTI, sem intercorrências e com melhora progressiva, a paciente foi transferida para a enfermaria do puerpério. Foram realizados tomografia computadorizada de abdome e pelve e ultrassonografia transvaginal para controle pós-operatório, ambos sem alterações significativas. A paciente recebeu alta hospitalar após oito dias do parto, assintomática e com orientações pertinentes.

DISCUSSÃO

A ruptura uterina é uma emergência obstétrica rara, mas que quando presente, está mais associada à presença de cicatriz uterina prévia. É de extrema importância a monitorização da vitalidade fetal para que seja feito o diagnóstico precoce de sofrimento fetal agudo, principalmente em pacientes com sintomas atípicos, sem sangramento vaginal, irritação peritoneal ou sinais semiológicos característicos de ruptura uterina, como no caso relato. A gravidade da lesão e as condições gerais do útero determinam a conduta terapêutica, bem como o tempo de ação rápido da equipe médica, que se faz essencial para um bom prognóstico materno-fetal.

CONCLUSÃO

Este relato de caso visa contribuir para a compreensão da fisiopatologia da ruptura uterina e ressaltar a importância da vigilância clínica em pacientes com antecedentes obstétricos recentes envolvendo manipulação uterina, como ocorreu neste caso. O

reconhecimento precoce e a intervenção oportuna foram cruciais para a evolução favorável da paciente e do recém-nascido.

REFERÊNCIAS

ANDONOVAVÁ V, HRUBAN L, GERYCHOVÁ R, JANKY P, VENTRUBA P. Uterine rupture during pregnancy and delivery: risk factors, symptoms and maternal and neonatal outcomes - restrospective cohort. Ceska Gynekol. 2019 Winter;84(2):121-128. English. PMID: 31238682. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31238682/> .

HABES D., STRECHA M., KaALOUSEK I., KESTRANEK J. Uterine rupture during pregnancy. Ceska Gynekol. 2019 Summer;84(5):345-350. English. PMID: 31826631. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31826631/> .

MOLDENHAUER, J. S. Uterine Rupture – Gynecology & Obstetrics. MSD Manual – Professional Edition, 2024. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/intrapartum-complications/uterine-rupture>.

TOGIOKA, Brandon M.; TONISMAE, Tiffany. Uterine rupture. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 29 jul. 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559209/>.

WAN, S. et al. Pregnancy outcomes and associated factors for uterine rupture: an 8 years population-based retrospective study. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 22, n. 91, 2022. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04415-6>.