

CAPÍTULO 2

Diagnóstico de Gravidez



DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ

■ INTRODUÇÃO

O diagnóstico da gravidez evoluiu de tal forma nas últimas décadas, que se transformou em procedimento precoce e de grande fidelidade. A importância da realização do diagnóstico precoce da gestação se relaciona não só às necessidades da mulher moderna, no que diz respeito às esferas físicas e emocionais, mas também apresenta relevância clínica como, por exemplo, a prevenção da teratogênese associada ao uso de medicações comuns e quimioterápicos e a realização de exames com radiação ionizante.

O diagnóstico pode ser feito por métodos clínicos (anamnese e exame clínico) ou complementares (imunológico, ultra-sonográfico, radiológico).

■ DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico clínico baseia-se em um conjunto de sinais e sintomas próprios da gravidez. Os sinais e sintomas podem ser de presunção, de probabilidade e de certeza. Os sinais e sintomas de presunção são achados gerais do exame clínico e da anamnese. Os de probabilidade são os achados do exame clínico do útero. Tanto os sinais de presun-

ção quanto os de probabilidade são observados, particularmente, na primeira metade da gravidez. Os sinais de certeza são de origem fetal e representados pelos batimentos cardíacos e movimentos fetais, quando observados pelo médico. Os sinais que permitem o diagnóstico clínico de gravidez estão sumarizados nas Tabelas 1 e 2.

SINAIS E SINTOMAS DE POSSIBILIDADE OU DE PRESUNÇÃO

Náuseas e vômitos

São sintomas que surgem por volta de 6 semanas de gravidez e são muito comuns até 12 semanas. Associam-se aos níveis de gonadotrofina coriônica. Ocorrem principalmente no período da manhã. Podem ser acompanhados por anorexia ou perversão do apetite. Podem evoluir para a hiperêmese gravídica. São exacerbados em situações como a gravidez gemelar, a mola hidatiforme ou em casos de tensão psíquica materna.

Amenorréia, atraso ou falha menstrual

É o sinal mais precoce de gravidez, sendo

Tabela 1. Sinais e sintomas clínicos de presunção, probabilidade e certeza de gravidez.

PRESUNÇÃO
Sintomas subjetivos: náuseas, distúrbios urinários, fadiga, percepção da movimentação fetal, etc.
Sinais: atraso menstrual, alterações mamárias, coloração vaginal, cloasma, etc.
PROBABILIDADE
Achados do exame clínico do útero
CERTEZA
Identificação positiva do feto

muito valorizado quando ocorre em mulher saudável, jovem, com vida sexual ativa, que não esteja em uso de método anticoncepcional e que apresentava ciclos menstruais anteriores regulares. Alguns autores consideram o atraso menstrual nessas circunstâncias como sinal de probabilidade de gravidez. Porém, a falha menstrual pode ocorrer também em diversas outras situações que não a gravidez (veja o capítulo de amenorréia na apostila de ginecologia).

Polaciúria

Secundária à compressão vesical pelo útero que aumenta de tamanho no 1º trimestre, particularmente a partir de 6 semanas de gravidez. Com a evolução do crescimento uterino, quando o útero começa a ocupar a cavidade abdominal, a frequência urinária vai diminuindo gradativamente.

Fadiga e sonolência

Provavelmente se relaciona à vasodilatação generalizada, sendo sintoma comum nas primeiras semanas de gravidez.

Alterações mamárias

As alterações mamárias são mais características nas primigestas, já que, nas multíparas, muitas alterações podem não envolver totalmente após a amamentação. A partir de 5 semanas inicia-se processo de congestão que torna as mamas mais doloridas, por vezes com sensação de estarem “inchadas”. Projeções areolares secundárias (tubérculos de Montgomery, secundários à hipertrofia de glândulas sebáceas e glândulas mamárias acessórias) aparecem a partir da 8ª semana, junto com a hiperpigmentação da aréola primária. Com 16 semanas, o colostro pode aparecer à expressão mamária e o aumento da vascularização venosa leva à formação da rede venosa de Haller, observável mais tipicamente em mulheres de pele clara. Com 20 semanas, os limites das aréolas tornam-se menos nítidos pela hiperpigmentação, havendo a formação da aréola secundária (sinal de Hunter).

Lanugem

Pode haver o crescimento de finos fios de ca-

belo na testa, junto aos limites do couro cabeludo, constituindo o sinal de Halban. É provavelmente secundário ao aumento da vascularização dos folículos pilosos, alterações hormonais e vasodilatação generalizada da gravidez.

Aumento da tireóide

As alterações hormonais da gravidez, com aumento de produção dos hormônios tireoidianos, leva a uma hipertrofia difusa desta glândula.

Coloração da mucosa vaginal

Coloração violácea da mucosa vaginal (sinal de Kluge) e da vulva (sinal de Jackemier ou de Chadwick), secundária à congestão intensa da pelve. São observáveis a partir de 6-8 semanas. Alguns autores consideram estes sinais como de presunção e outros como de probabilidade.

Hiperpigmentação e estrias

A gravidez leva a uma hiperpigmentação de algumas áreas do corpo feminino, possivelmente secundárias a hiperfunção hipofisária com aumento da produção de hormônio melanotrófico. Este sinal é muito pouco sensível ou específico para o diagnóstico da gravidez. O cloasma facial (ou máscara grávida) é decorrente da hiperpigmentação da face, difusa ou circunscrita, de tonalidade escura, mais comum no nariz e região zigomática (áreas mais expostas ao sol), sendo mais observado em mulheres melanodérmicas. A “linha nigra” decorre do aumento da concentração de melanina na linha alba. O aparecimento de estrias, principalmente nas mamas e no abdome, sugere gravidez.

Percepção do movimento fetal pela mãe

A partir de 16 semanas (multíparas) ou de 20 semanas (primigestas) a mulher pode perceber suas ondulações no abdome. Na pseudociese (“gravidez psicológica”) a movimentação fetal é sempre referida pela mulher, motivo pelo qual a referência de movimentação fetal deve ser considerada como sinal de suspeita mas não de certeza de gravidez.

DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ

Alterações no muco cervical

O muco cervical fica espesso e, se deixado desidratar e examinado em microscópio, não apresenta cristalização. Se observarmos cristalização com padrão semelhante a folhas de samambaia, provavelmente não há gravidez, ou trata-se de sinal de rotura prematura das membranas ovulares.

SINAIS DE PROBABILIDADE**Aumento do volume abdominal**

Útero é palpável acima da sínfise pubiana a partir de 12 semanas. Com 16 semanas está a meio caminho entre a sínfise pubiana e a cicatriz umbilical, com 20 semanas se encontra ao nível da cicatriz umbilical e próximo às 40 semanas atinge o apêndice xifóide. Vários tumores uterinos ou ovarianos podem apresentar quadro semelhante.

Contrações de Braxton-Hicks

São contrações uterinas percebidas como elevação da consistência uterina, periódica e não dolorosa, a partir de 28-30 semanas.

Sinal do “piparote”

Pesquisa semelhante à da ascite, quando se percebe a presença de líquido amniótico ao se dar pequeno piparote na parede lateral do útero (sinal de Rasch).

Palpação do feto

Identificação de partes fetais pelo examinador. Pode ser mimetizada por tumores abdominais (miomas, tumores de ovário), motivo pelo qual não deve ser tido como sinal de certeza.

Percepção do pulso vaginal

Pelo toque vaginal, pode-se sentir a pulsação arterial no fundo de saco, achado característico do útero em crescimento rápido e da congestão pélvica (sinal de Osiander).

Alterações de coloração da vagina

São considerados por alguns como sinal de presunção e por outros de probabilidade. O sinal de Jacquemier ou de Chadwick corresponde à coloração arroxeadada (violácea) da vulva, principalmente vestibulo e meato uretral, aparecendo por volta de 8 semanas. É conseqüente à congestão pélvica. O sinal de Kluge é a mesma coloração arroxeadada, nas paredes da vagina.

Alterações do útero

O aumento do volume uterino, a alteração de sua forma e coloração violácea do colo uterino, o amolecimento de sua superfície e, caracteristicamente, do colo e istmo uterino, são sinais bastante característicos de gravidez e estão descritos a seguir.

- Aumento de volume do útero: descrito anteriormente.
- Alterações da forma:

Sinal de Piskacek – crescimento assimétrico da região cornual, próximo à região onde o ovo se implantou, podendo esta área ser mais amolecida no fundo-de-útero (Figura 1).

Sinal de Nobile-Budin – ocupação dos fundos-de-saco laterais pelo útero grávido ao toque vaginal (Figura 1).

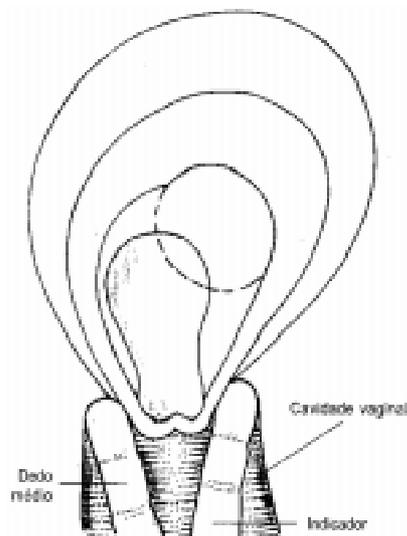


Figura 1. Sinais de Piskacek (abaulamento da parede uterina no local de implantação do ovo) e de Nobile-Budin (preenchimento dos fundos de sacos laterais).

O útero, que fora da gravidez tem forma semelhante a uma pêra, durante a gestação torna-se cada vez mais globoso e arredondado.

- Alterações da superfície:

Sinal de Holzapfel – o peritônio visceral uterino torna-se mais “rugoso”, tornando o útero mais fácil de ser apreendido.

- Alterações da consistência: amolecimento do colo uterino, que adquire consistência semelhante à dos lábios, enquanto fora da gravidez a consistência é semelhante à da cartilagem nasal. Esta alteração é observável a partir de 6-8 semanas.

Sinal de Hegar – sensação do corpo uterino ser separado do colo pelo extremo amolecimento do istmo (Figura 2).

Sinal de Braxton Hicks – palpação de contrações localizadas e indolores através da modificação da consistência ocasionais do útero, após 28-30 semanas de gestação.

Sinal de Gauss – pelo amolecimento do istmo, a mobilização lateral do colo é muito fácil e independente da mobilização do corpo uterino.

Sinal de MacDonald – semelhante ao sinal de Gauss, porém é descrito como a facilidade de se dobrar o útero em relação ao colo no sentido antero-posterior, como se fosse uma dobradiça.

Sinal de Landin – amolecimento localizado do istmo, em sua parede anterior. É um dos sinais mais

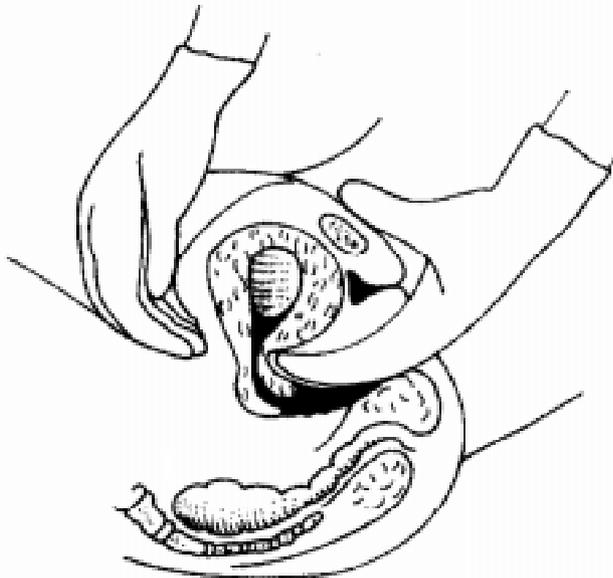


Figura 2. Sinal de Hegar. Amolecimento do istmo uterino observado ao toque bimanual.

precoces de alteração de consistência uterina.

Sinal de Pschyrembel – sensação semelhante ao se segurar um bastão rígido envolto em um pano macio quando se palpa o colo uterino.

SINAIS DE CERTEZA

Frequência cardíaca fetal (FCF)

A identificação da FCF pelo estetoscópio de Pinard se dá a partir de 18/20 semanas e com o Sonar-Doppler com 10/12 semanas.

Percepção dos movimentos fetais pelo examinador

A percepção dos movimentos pelo profissional de saúde ocorre a partir de 18-20 semanas.

Percepção do rechaço fetal pelo examinador

A partir de 14 semanas de gravidez, pode-se perceber sensação de rechaço fetal através do toque vaginal, quando o examinador produz um discreto impulso no útero, sentindo o feto retornar e tocar seu dedo. Trata-se do sinal de Puzos e é considerado por alguns como sinal de certeza e por outros como sinal de probabilidade.

■ DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR

TESTES LABORATORIAIS

Os testes laboratoriais são baseados na síntese de gonadotrofina coriônica (hCG) pelas células trofoblásticas (sincitiotrofoblasto). A gonadotrofina coriônica é produzida logo após a fecundação, mas seus níveis só são detectáveis no organismo materno depois da nidação. Seu mecanismo de ação é através dos receptores do LH nas membranas plasmáticas e sua função principal na gravidez inicial é o estímulo do corpo lúteo, não o deixando degenerar e mantendo a produção de progesterona e estrogênio, impedindo a menstruação.

A dosagem ou identificação da gonadotrofina coriônica não é teste de certeza de gravidez, e sim

DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ

Tabela 1. Sinais e sintomas clínicos de presunção, probabilidade e certeza de gravidez.

PRESUNÇÃO
Sintomas subjetivos: náuseas, distúrbios urinários, fadiga, percepção da movimentação fetal, etc. Sinais: atraso menstrual, alterações mamárias, coloração vaginal, cloasma, etc.
PROBABILIDADE
Achados do exame clínico do útero
CERTEZA
Identificação positiva do feto

Tabela 2. Sinais e sintomas clínicos da gravidez.

GERAIS
Náuseas e vômitos Atraso menstrual Alteração no muco cervical (espesso) Polaciúria Fadiga e sonolência Aumento da tireóide Hiperpigmentações (cloasma, linha negra) e estrias
FACE
Cloasma: máscara gravídica Halbán: lanugem próxima à linha de implantação do cabelo
MAMAS
Aumento do volume e congestão Estrias Hiperpigmentação da aréola primária Tubérculos de Montgomery Rede venosa de Haller Hunter: aparecimento da aréola secundária
ABDOMEN
Linha negra Estrias Aumento do volume abdominal Palpação de partes fetais Identificação dos batimentos cardíacos fetais Percepção dos movimentos fetais pela mãe Percepção dos movimentos fetais pelo examinador
VULVA E VAGINA
Jacquemier ou Chadwick: coloração arroxeada ou violácea do vestíbulo e meato uretral Kluge: coloração violácea da vagina Osiander: percepção do pulso vaginal
ÚTERO (CORPO E COLO)
Aumento do volume uterino Rasch: sinal do “piparote”, semelhante à ascite

Puzos: rechaço fetal
 Coloração violácea do colo uterino
 Alterações da forma
 Piskacek: crescimento assimétrico na área de implantação do ovo
 Nobile-Budin: ocupação dos fundos de saco laterais
 Forma globosa do útero
 Alterações da superfície
 Holzapfel: preensibilidade uterina aumentada (peritônio rugoso)
 Alterações da consistência
 Amolecimento do colo uterino
 Hegar: amolecimento do istmo uterino
 Braxton-Hicks: percepção de contrações uterinas
 Gauss: amolecimento do istmo, permitindo sua mobilização
 MacDonald: amolecimento do istmo, permitindo sua mobilização como dobradiça
 Landin: Amolecimento localizado na face anterior do istmo
 Pschyrembel: sinal do “bastão envolto em um pano”

de probabilidade, pois podem haver resultados falso-positivos quando há reação cruzada com outros hormônios, especialmente o LH. As dosagens com resultados superiores a 1000 mUI/ml asseguram a gestação em 95% dos casos. Abaixo disso, aumentam as possibilidades de resultados falso-positivos. Também podem haver resultados falso-negativos quando a concentração de gonadotrofina coriônica é inferior à sensibilidade do teste.

A reação cruzada com o LH ocorre em especial em situações onde a secreção deste hormônio está elevada, como por exemplo:

- climatério
- castração cirúrgica
- uso de substâncias psicotrópicas

- hipertireoidismo com aumento de LH

A concentração sanguínea de hCG duplica a cada 48 horas. Os níveis plasmáticos e urinários atingem um pico em torno de 60 a 70 dias de gestação e os seus valores mais baixos são encontrados em torno de 100 a 130 dias (Figura 3). A gonadotrofina coriônica pode ser identificada tanto na urina quanto no sangue materno. A molécula de hCG apresenta 2 sub-unidades: alfa e beta. A sub-unidade alfa é comum a vários outros hormônios hipofisários (como o FSH, LH e TSH) e a beta é específica da gonadotrofina, não apresentando reação cruzada com outros hormônios.

A sensibilidade depende da técnica utilizada. O radioimunoensaio identifica concentrações tão pequenas quanto 5 mUI/ml, o que equivale ao período logo depois da nidação (3 semanas após a última menstruação). O teste enzimático (ELISA) possui sensibilidade de 25 mUI/ml, equivalente a 3/4 semanas após a última menstruação.

Os testes habitualmente realizados na urina (teste imunológico de gravidez – TIG) costumam ser menos específicos por detectarem tanto a cadeia alfa quanto a beta, e possuem sensibilidade variável. São qualitativos, não permitindo a quantificação da concentração do hCG (Figura 4). O mais sensível e específico é o da “aglutinação reversa”, com sensibilidade de detecção de 1000 mUI/ml de hCG, podendo identificar a gravidez com 4/5 semanas após a última menstruação (na época da falha menstrual). Os outros testes na urina devem ser solicitados apenas depois de 10 a 14 dias de atraso menstrual, por possuírem menor sensibilidade.

ULTRA-SONOGRAFIA

Os exames ultra-sonográficos vieram facilitar enormemente o diagnóstico de gravidez, possibilitando que se tenha certeza da gestação muito precocemente. A ultra-sonografia pode ser realizada pela via abdominal ou pela via transvaginal. A via transvaginal é a preferida nas gestações iniciais por permitir melhor identificação das estruturas do ovo.

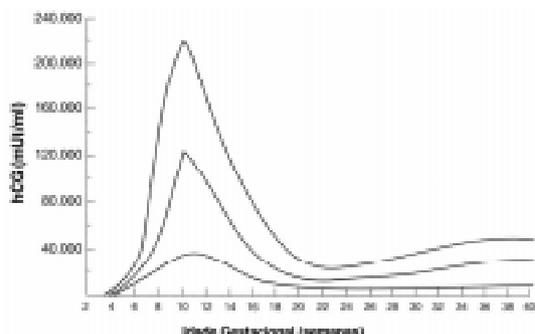


Figura 3. Valores máximos, médios e mínimos de gonadotrofina coriônica (hCG) na evolução de uma gestação normal.

Pela ultra-sonografia transvaginal é possível identificar o saco gestacional com 4 semanas (4-5 mm – Tabela 3). Com 5 semanas visualiza-se a vesícula vitelina e com 6-7 semanas pode se perceber o eco embrionário, medir-se o comprimento cabeça-nádega e identificar os batimentos cardíacos fetais, atestando a vida do embrião. Entre 10 a 12 semanas a cabeça fetal e o local de implantação da placenta podem ser identificados. Além do diagnóstico da gravidez, a idade gestacional também pode ser aferida com precisão (veja o capítulo 1).

Pela ultra-sonografia transvaginal é possível identificar o saco gestacional com 4 semanas (4-5 mm – Tabela 3). Com 5 semanas visualiza-se a vesícula vitelina e com 6-7 semanas pode se perceber o eco embrionário, medir-se o comprimento cabeça-nádega e identificar os batimentos cardíacos fetais, atestando a vida do embrião. Entre 10 a 12 semanas a cabeça fetal e o local de implantação da placenta podem ser identificados. Além do diagnóstico da gravidez, a idade gestacional também pode ser aferida com precisão (veja o capítulo 1).

RADIOLOGIA

Em exames radiológicos simples de abdome pode-se identificar o esqueleto fetal a partir de 16-17 semanas. Por ser pouco prático e haver temores sobre a exposição fetal à radiação, os exames radiológicos são raramente utilizados com esta finalidade.

Tabela 3. Comparação entre a ultra-sonografia vaginal e abdominal na identificação da gravidez e avaliação de parâmetros da idade gestacional.

	VAGINAL	ABDOMINAL
Saco gestacional	4 semanas	5 semanas
Batimentos cardíacos fetais	6 semanas	7 semanas
Aferição do diâmetro biparietal	10 semanas	11 semanas

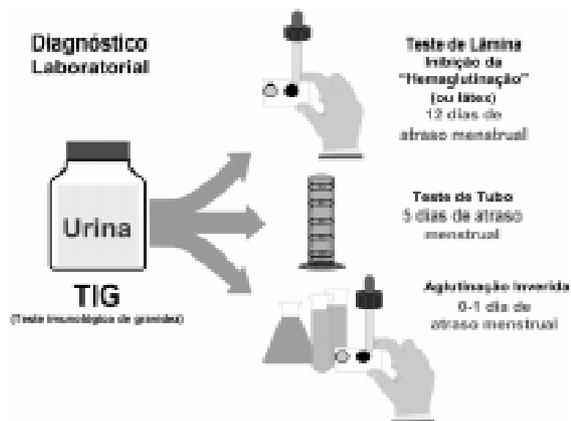


Figura 4. Período de detecção de gravidez nos testes mais comuns feitos na urina (TIG – Teste Imunológico de Gravidez).