

	Rotura Prematura das Membranas Ovulares Marcos Vianna Lacerda de Almeida Alexandre Trajano Flavio Monteiro de Souza Joelma Lira Jacob Barbosa
--	--

Introdução

Aproximadamente 10% dos nascimentos são complicadas pela Rotura Prematura das membranas Ovulares (RPMO), e quase um terço destes partos ocorrem antes do termo da gravidez. Costuma se apresentar de forma imprevisível e tem modelo etiológico pouco conhecido. É freqüentemente um fator complicador das gestações, tanto de fetos prematuros quanto a termo.

Dentro do período de uma semana da ocorrência da RPMO, na gestação pré-termo, 90% terão suas gestações interrompidas, e no intervalo de 24 horas da mesma ocorrência, 90% das gestantes de fetos a termo terão dado à luz. Estes dados evidenciam a forte associação entre a RPMO e o início do trabalho de parto.

As incidências de trabalho de parto disfuncional, corioamnionite, operação cesariana, endometriometrite e infecção neonatal, são mais elevadas nestas gestações, quando não conduzidas adequadamente. Quase 30% dos partos prematuros são diretamente associados à RPMO. Em situações de RPMO prolongada, quando o trabalho de parto não se inicia nas primeiras 24 horas, se impõe um risco maior de anomalias de desenvolvimento, especialmente quando este evento ocorre antes da 23ª semana de gestação.

Na atualidade, com melhores expectativas de sobrevivência de recém-nascidos com idades gestacionais mais precoces, a maior parte das pacientes acometidas pela RPMO é acompanhada intensivamente no ambiente hospitalar. Na tentativa de minimizar os efeitos deletérios associados à esta condição, várias intervenções tem sido propostas: antibióticos, corticosteróides, amnioinfusão, etc.

Terminologia

A RPMO é definida como a rotura das membranas que ocorre pelo menos 1 hora antes do início do trabalho de parto. Pode acometer gestações antes do termo (RPMO pré-termo) ou a termo. Esta terminologia não deve ser confundida com as denominações imputadas à rotura das membranas que ocorre durante o trabalho de parto: precoce (no início do trabalho de parto) ou tardia (durante o período expulsivo).

Estrutura do âmnio e do cório

O âmnio deriva do ectoderma e é formado por única e espessa camada de células colunares (0,08-0,12 mm). Esta membrana é avascular e desprovida de terminações nervosas. A resistência do âmnio se baseia na presença de desmossomas, interdigitações entre as células e da membrana basal composta por fibras colágenas dos tipos IV e V.

O cório por sua vez deriva do mesoderma, apresentando atrofia vilositária longe do sítio de implantação. É constituído por várias camadas de células poligonais (0,4 mm). O cório é vascular, e os nutrientes distribuídos por seus vasos encontram o âmnio por difusão.

As membranas e o líquido amniótico apresentam funções críticas para a proteção e o desenvolvimento fetal. O líquido amniótico permite ampla movimentação fetal e crescimento ideal do aparelho músculo-esquelético. A deglutição e a entrada do mesmo na árvore respiratória são etapas importantes no desenvolvimento dos sistemas digestivo e respiratório. O líquido amniótico também protege o conceito contra o trauma e a compressão do cordão umbilical, durante a movimentação fetal e as contrações uterinas.

Incidência

A incidência da RPMO varia em diversos estudos de 3 a 18,3%. Esta variação se deve às diferentes populações estudadas e às diversas definições utilizadas. A incidência média em vários países ocidentais é de 8-10% dos partos. A RPMO pré-termo contribui com 25% do total de casos.

Conseqüências

A RPMO pode resultar em morbidade e mortalidade neonatais elevadas pelo risco maior de ocorrência da prematuridade, da infecção, da hipoplasia pulmonar e da síndrome de compressão fetal.

Prematuridade

Trabalhos retrospectivos tem demonstrado que o período médio de latência, quando a RPMO ocorre entre 26 e 34 semanas de gravidez, é de 7-12 dias. Cerca de 55% destes recém-nascidos apresentam a Doença de Membrana Hialina e 57% são acometidos por outras complicações neonatais relacionadas à prematuridade. Independentemente das condutas ou procedimentos adotados diante da RPMO antes do termo, a associação entre o parto prematuro e a RPMO tem sido relatada em várias revisões sistemáticas da literatura.

Infecção

Um significativo subgrupo de pacientes com RPMO desenvolve infecção materna ou fetal, sendo que na maioria dos casos o processo infeccioso é impossível esclarecer seu papel: etiologia ou consequência.

O risco de sepsis neonatal é inversamente proporcional à idade gestacional, na presença ou não de RPMO. A corioamnionite clínica ocorre mais freqüentemente entre as gestantes que deram à luz antes do termo, com membranas íntegras (6%), quando comparadas com partos de gestações à termo (1,7%). Em gestantes com RPMO, o mesmo achado é evidenciado (26% nos prematuros e 7% nos partos à termo). A mortalidade neonatal, em diversos estudos, esteve associada à presença de corioamnionite.

A morbidade neonatal também está aumentada com a corioamnionite. Concentração elevada de leucócitos tem sido demonstrada dos recém-nascidos de mães com corioamnionite, e à pneumonite resultante tem sido imputada importante causa de doença pulmonar crônica.

Hipoxia e asfixia

A RPMO tem sido associada ao prolapso do cordão em diversos estudos. Mesmo na ausência do prolapso, a compressão umbilical ocorre muito mais freqüentemente após a RPMO, secundariamente à oligohidramnia. Existe correlação íntima entre a presença de oligohidramnia e a ocorrência de desacelerações variáveis desfavoráveis, levando à hipoxia e ao sofrimento fetal agudo.

Hipoplasia pulmonar

A hipoplasia pulmonar (Figura 1) é uma complicação importante da RPMO e está associada com taxa de mortalidade de cerca de 70%. O risco de ocorrência desta complicação é claramente relacionada à idade gestacional no momento da rotura e à presença de oligohidramnia. Além deste fato, a incidência de morte neonatal devido à hipoplasia pulmonar em recém-nascidos acometidos pela RPMO, também está associada à idade gestacional na época da rotura.



Figura 1 – Consequência grave da oligodramnia prolongada desde idades gestacionais precoces é a hipoplasia pulmonar. Observe os pulmões extremamente pequenos ao lado do coração neste caso.

Síndrome de compressão fetal

Geralmente, quanto mais precocemente a RPMO ocorre, maior a probabilidade de consequências graves neonatais estão presentes. Embora a hipoplasia pulmonar seja rara após 26 semanas de gestação, inicia-se nesta época as deformidades fetais denominadas “seqüência da oligohidramnia”, que incluem mão espalmadas, flexão por contratura dos cotovelos, dos joelhos e dos pés. Estas deformidades resultam da imobilidade e da compressão que o meio intra-uterino exerce sobre o feto.

Etiologia

Fatores de risco

Muitos fatores de risco e doenças concomitantes foram historicamente associados à chance maior de ocorrência de RPMO. Estudos caso-controle prévios, evidenciaram que a história

de parto prematuro, o tabagismo e a hemorragia anteparto, dobram as taxas de risco para RPMO. Algumas doenças maternas também foram fortemente relacionadas à RPMO, tais como: deficiência de alfa 1 antitripsina e doença falciforme. Trabalhos mais recentes, referem que a incompetência istmo-cervical, vaginose bacteriana e a hiperdistensão uterina que acompanha a gestação múltipla e a polidramnia são fatores de risco independentes para a ocorrência de RPMO.

Todos estes fatores influenciam as membranas, quer por alterarem a estrutura das fibras de colágeno levando à menor resistência, ou por expor as membranas ao microrganismos do meio vaginal.

Atividade enzimática

A elasticidade e a robustez das membranas amnióticas estão relacionadas ao elevado teor de fibras de colágeno do tipo III como componente da membrana e do tipo I, presente na matriz extracelular.

Algumas enzimas, como a collagenase e a tripsina, que são encontradas na placenta e no líquido amniótico, apresentam intensa ação colagenolítica e estão elevadas ao final da gestação e nos casos complicados pela RPMO. Além destas enzimas, outras que também atuam na destruição do colágeno, podem ter ação sinérgica e estar associadas à RPMO.

Independentemente destas alterações do colágeno, com o evoluir da gestação, aumentam as forças mecânicas oriundas da maior atividade uterina, que contribuem para o enfraquecimento das membranas de duas formas distintas. O amadurecimento cervical aumenta a distensão do polo inferior das membranas e o aumento da capacidade de reter líquido das mesmas.

Envolvimento bacteriano

De todas as possíveis causas da RPMO, a infecção bacteriana ainda é a que apresenta maior probabilidade de estar relacionada à este evento. Estudos prospectivos que envolveram pacientes com RPMO antes do termo, demonstraram que aproximadamente 40% tinham diagnóstico clínico de corioamnionite e 70% apresentaram critérios histológicos para este diagnóstico.

As taxas de culturas de líquido amniótico positivas, nestas gestantes, foi de 30%.

Dentre as várias formas de colonização das membranas pela flora vaginal, diversas outras infecções tem sido associadas à RPMO, tais como: Streptococcus do grupo B, Neisseria gonorrhoeae e a vaginose bacteriana. Esta última, se presente, confere elevado risco de ocorrência de RPMO e parto prematuro (30-45%).

Estudos *in vitro* tem investigado os efeitos de proteases, collagenases e elastases bacterianas nas membranas amnióticas. Algumas bactérias são capazes de produzir enzimas que degradam diretamente o colágeno e sua matriz.

Fatores do hospedeiro

Há necessidade de interação *in vivo* entre as bactérias e o meio ambiente, para que exista destruição da trama matricial das membranas. Estudos histológicos mostram que a infecção nem sempre resulta em enfraquecimento das mesmas. Alguns fatores do hospedeiro, como o tabagismo, elevam o risco de ocorrência de RPMO, possivelmente através da mediação de fatores nutricionais e de disponibilidade de oxigênio, que transformam as membranas propícias à ação bacteriana.

O âmnio, por si próprio, também pode responder à invasão bacteriana produzindo citocinas IL-6 e IL-8. Esta síntese aumentada de citocinas induz à produção de prostaglandinas pelas células amnióticas, aumentando a atividade uterina e elevando a probabilidade de ocorrência de RPMO.

A etiologia da RPMO é multifatorial, e é provável que enzimas maternas, forças mecânicas, conteúdo corio-amniótico de fosfolipídios, destruição de colágeno, citocinas das células amnióticas e fosfolipases e collagenases bacterianas exerçam importantes e interrelacionadas funções neste processo. Os complexos mecanismos defensivos e a variabilidade biológica fazem com que um tratamento único para a RPMO seja impossível.

Diagnóstico

O diagnóstico acurado é crucial para o planejamento da conduta diante da suspeita de RPMO. Mais de 80% dos casos podem ser diagnosticados pela anamnese e exame físico. Deve-se ter em mente **outras causas** plausíveis de perdas líquidas vaginais, tais como:

- incontinência urinária,
- leucorréia,
- cervicite,
- perda sangüínea,
- sêmen,
- duchas vaginais.

O diagnóstico de RPMO é confirmado pela **detecção de fluido claro que drena do colo uterino**, ou pelo **acúmulo do mesmo no fórnice posterior da vagina**.

Se após a inspeção, o diagnóstico ainda for duvidoso, o **pH vaginal** deve ser avaliado. O pH da vagina é geralmente inferior à 4-5, enquanto o líquido amniótico usualmente apresenta pH superior à 7. O teste mais utilizado é o do papel de Nitrazina, que torna-se azul com pH maior que 6-6,5, apesar de estar associado ao achado falso-positivo decorrente de contaminação com sangue ou sêmen, anti-sépticos alcalinos e a vaginose bacteriana. Eventualmente o resultado falso-negativo pode ocorrer com perda líquida prolongada e mínimo fluido residual na vagina.

Na sequência de testes de testes confirmatórios da RPMO, pode-se obter informação sobre a presença de líquido amniótico com o exame da **cristalização em lâmina** do mesmo, após coleta com *swab* do fórnice posterior da vagina. A presença de arborização sob a visão microscópica (aspecto semelhante a samambaia) confirma o diagnóstico (Figura 2), pois o muco cervical não apresenta esta característica durante a gestação.

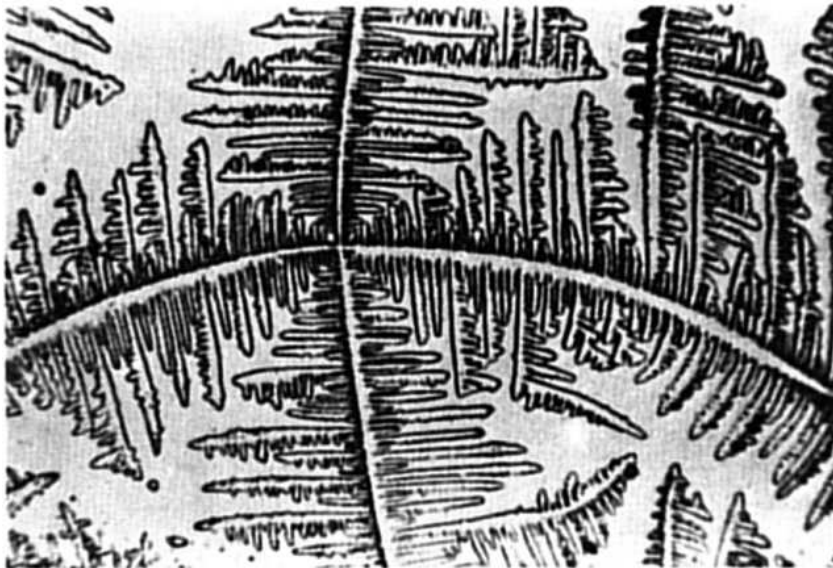


Figura 2 – Imagem de cristalização “em samambaia” do líquido recolhido no colo uterino em um caso de rotura prematura das membranas ovulares.

Ainda através do exame microscópico pode ser também avaliada a **presença de elementos fetais**, tais como, lanugem e células fetais da epiderme, que se coram de laranja (orangiófilas) após a aplicação de Sulfato Azul do Nilo a 1%.

A avaliação **ultra-sonográfica** tem sido descrita como ferramenta diagnóstica útil, se ainda houver dúvida quanto à perda líquida vaginal, através dos testes anteriormente descritos. A ocorrência de oligodramnia na ausência de malformação do trato urinário ou restrição do crescimento fetal sugere rotura das membranas, na presença de suspeita clínica após anamnese

(Figura 3). Devemos nos lembrar, no entanto, que pode haver oligodramnia sem rotura das membranas e que um volume normal do líquido amniótico pode estar associado a roturas pequenas com pouca perda líquida.



Figura 3 – Ultra-sonografia mostrando oligodramnia acentuada em caso de rotura prematura das membranas. Não se observa qualquer bolsão de líquido amniótico.

O exame clínico deve ser realizado de forma a minimizar o risco de introdução de microrganismos na cavidade uterina, principalmente se o parto não ocorrer em curto prazo. O exame digital aumenta o risco de infecção, e acrescenta pouca informação quando comparado com o exame especular. Este último pode confirmar o diagnóstico e permite a realização do diagnóstico diferencial, bem como a avaliação da presença de prolapso do cordão umbilical e da dilatação cervical.

Diagnóstico da RPMO

Exame especular
Avaliação do pH vaginal
Teste da cristalização
Células fetais (orangiófilas)
Lanugem fetal
Oligohidramnia súbita ao USG
Toque vaginal deve ser evitado

Conduta (Figura 4)

Avaliação Inicial

A avaliação inicial da gestante acometida pela RPMO inclui:

- estabelecimento correto da idade gestacional,
- identificação do trabalho de parto,
- identificação do sofrimento fetal agudo e
- rastreamento da infecção intra-uterina.

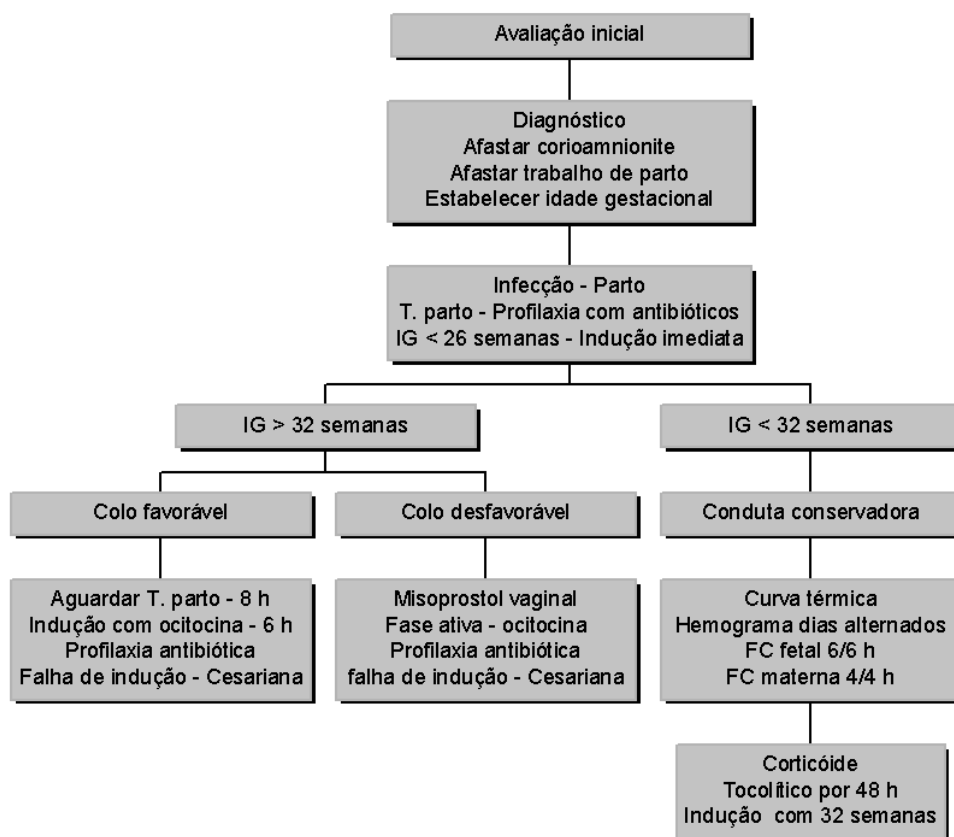


Figura 4 – Resumo da conduta clínica e obstétrica nos casos de rotura prematura das membranas ovulares.

A análise fidedigna da idade gestacional é fundamental para o planejamento da conduta frente à RPMO, já que a causa mais freqüente de morte no período neonatal é a prematuridade. Torna-se necessária atenção especial à anamnese no que diz respeito à data da última menstruação e início dos movimentos fetais. O exame ultra-sonográfico para esta finalidade, realizado no primeiro trimestre da gestação, corrobora e estabelece com exatidão a idade gestacional.

É possível encontrarmos, durante o primeiro exame clínico após a RPMO, a gestante já em trabalho de parto, o que faz com que diversos procedimentos e medicações tornem-se desnecessárias. Avaliação pormenorizada da atividade uterina e das modificações cervicais, pode ajudar a descartar esta possibilidade.

A realização da cardiotocografia é útil para a identificação dos sinais de compressão do cordão umbilical, causada pela oligohidramnia. A presença de desacelerações variáveis ao exame cardiotocográfico eleva sobremaneira a probabilidade da existência do sofrimento fetal agudo.

O rastreamento da infecção do meio intra-uterino é fundamental, pois a corioamnionite exige conduta mais agressiva e planejamento da antecipação do parto. Em apenas 25% das pacientes que apresentam corioamnionite histológica são encontrados achados clínicos ou laboratoriais de infecção da cavidade amniótica. Deve-se realizar, no momento da internação, minuciosa anamnese e exame clínico com o intuito de se identificar sinais de infecção, tais como: febre, secreção cervical purulenta e palpação uterina dolorosa. Está indicada a realização de leucograma e da velocidade de hemossedimentação. Outros testes para o rastreamento da infecção são ainda controversos para a utilização prática.

Avaliação inicial

Estabelecer idade gestacional
Afastar a corioamnionite
Afastar o trabalho de parto
Afastar o sofrimento fetal agudo

Conduta na RPMO antes de 32 semanas

A maioria das gestantes com RPMO são submetidas ao parto num curto espaço de tempo após a rotura. Em aproximadamente 75% das pacientes tratadas de forma expectante, o parto ocorre dentro de 1 semana. Entretanto, particularmente em gestantes com RPMO muito antes do termo, existe um potencial para o prolongamento significativo da gravidez em alguns casos.

A corioamnionite clínica complica, em geral, 10-15% dos casos, e a infecção puerperal 9-12% das gestações com RPMO. Com a utilização de apropriada terapia antimicrobiana e realização do parto em curto período de tempo, seqüelas maternas e neonatais são pouco comuns. Sendo a latência entre a RPMO e o parto, geralmente curta na gestação à termo, o resultado gestacional quase sempre se mostra favorável. Mesmo assim, persiste grande controvérsia sobre a relação entre a duração do período de latência e a incidência de infecção.

Diversos estudos tem demonstrado que as principais causas de mortalidade neonatal, em gestantes com RPMO antes do termo, são relacionadas à prematuridade. Nestas pacientes a complicação neonatal mais comum é a síndrome de angústia respiratória do recém-nascido, embora alguns autores tenham relatado, no passado, que a RPMO teria o potencial de acelerar a maturidade pulmonar fetal. Outras causas de morbidade neste período são: enterocolite necrozante, hemorragia intraventricular e sepsis.

Conduta ativa e conduta conservadora

Após a avaliação inicial, os riscos e os benefícios da conduta conservadora ou da mais agressiva devem ser avaliados. As gestantes com evidência de infecção intra-uterina ou comprometimento do bem estar fetal, devem ser tratadas com o parto imediato.

Se o risco associado à ocorrência das complicações relativas à prematuridade for mínimo, o que ocorre na maioria dos centros após **32 semanas de gravidez**, a indução do parto deve ser considerada. A conduta expectante nesta situação, não oferece benefício, apenas o potencial de desenvolvimento da corioamnionite, da compressão do cordão a aumenta a possibilidade de tratamento neonatal para infecção.

Nas pacientes com quadro clínico estável, longe do termo, a conduta expectante é a mais indicada, com o objetivo da redução dos riscos de morbidade e mortalidade neonatais.

Acompanhamento durante a conduta conservadora

- **Internação**

A hospitalização e o repouso no leito, são geralmente indicados após a RPMO. O reconhecimento de que o período de latência pode ser encurtado e que o feto pode apresentar sinais de infecção ou asfixia por compressão do cordão umbilical, o acompanhamento intensivo materno e fetal é necessário. Em situações muito específicas, dependendo do nível sociocultural da gestante, este acompanhamento pode ser feito no domicílio.

- **Rastreamento da corioamnionite**

Os sinais clínicos de corioamnionite ocorrem, com muita frequência, tardiamente no curso desta infecção, e se manifestam em apenas 25% das pacientes. Alguns autores referem não haver diferença no aparecimento de febre entre os grupos de gestantes com culturas amnióticas positivas e negativas. Em vista disso, diversos testes laboratoriais tem sido utilizados para a identificação a infecção uterina assintomática ou inicial. As recomendações mais recentes incluem a utilização de avaliações sanguíneas maternas, testes realizados no líquido amniótico e testes biofísicos fetais.

A contagem de leucócitos acima de $15.000/\text{mm}^3$, tem demonstrado ser um teste útil e custo-efetivo para esta finalidade. A frequência de realização deve ser em dias alternados. O uso do corticóide pode elevar esta cifra artificialmente.

A velocidade de hemossedimentação e a proteína C reativa materna são testes associados à infecção, porém com expressivo percentual de resultados falso-positivos, pois se elevam em diversas outras situações. A dosagem de interleucina 6 (IL-6), tem se mostrado sensível para o diagnóstico precoce da infecção intra-uterina. Estudos prospectivos são necessários para melhor avaliação deste teste na prática clínica.

Dos testes realizados no líquido amniótico, a cultura, o teste de Gram e a concentração de glicose, já foram propostos para o rastreamento da corioamnionite. A cultura do líquido amniótico, apesar de aparentemente ser o melhor parâmetro, o tempo prolongado para se obter o resultado e a dificuldade de interpretação clínica dificultam sua utilização. A bacterioscopia, ou teste de Gram, apresenta baixa sensibilidade e não identifica a totalidade de microorganismos, tal como o micoplasma.

Vários estudos avaliaram a baixa concentração de glicose no líquido amniótico, como teste preditivo da infecção uterina. Este teste não se evidenciou como eficiente para esta finalidade, demonstrando amplas variações em suas dosagens.

Os testes realizados no líquido amniótico ainda apresentam a dificuldade de necessitarem da amniocentese, procedimento que não é isento de riscos, e as vezes, de difícil execução na RPMO.

- **Avaliação do bem-estar fetal**

Baseado na existência de riscos potenciais de compressão funicular e da infecção, as pacientes com RPMO antes do termo devem ser submetidas à avaliação fetal seriada. A cardiotocografia basal tem se mostrado método fortemente associado ao comprometimento fetal, na RPMO. A presença de desacelerações variáveis desfavoráveis na presença da oligohidramnia, são indicadores do risco aumentado para o sofrimento fetal agudo. Este exame tem sido utilizado também para o diagnóstico da infecção intra-uterina. Diversos autores tem relatado a associação da taquicardia fetal e do traçado não reativo com a corioamnionite. Outros estudos encontraram também relação entre o perfil biofísico fetal alterado e culturas positivas de líquido amniótico.

- **Antibióticos**

Grande seqüência de ensaios clínicos randomizados sobre a utilização de antibióticos na conduta expectante da RPMO tem sido publicada. Estes estudos estão sumarizados em duas recentes meta-análises, que demonstraram a associação com significativo prolongamento da gestação e redução da incidência de infecção neonatal. Apesar deste fato, o regime terapêutico ideal para esta finalidade ainda não está claro. A utilização oral de agentes de amplo espectro não se associou à um melhor resultado perinatal. Estudos multicêntricos demonstraram bons resultados no prolongamento da gestação, com o uso de ampicilina na forma intravenosa, durante 48 horas, seguido por mais 5 dias na forma oral. Nenhum dos estudos de revisão sistemática conseguiu identificar o melhor agente, e principalmente, a duração ideal do tratamento. A indicação mais aceita ainda é a forma profilática, durante o trabalho de parto ou operação cesariana, seguido por mais duas doses.

- **Profilaxia da sepsis por streptococcus do grupo B**

Recém-nascidos de baixo peso ou prematuros apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de sepsis por streptococcus do grupo B. Este risco ainda é maior diante da RPMO. A profilaxia intraparto é sugerida para gestantes submetidas ao parto prematuro, com febre intraparto e RPMO prolongada, na ausência do resultado de cultura vaginal recente. Esta abordagem inclui a utilização de penicilina G (5 milhões de Unidades, seguido de 2,5 milhões a cada 4 horas).

- **Corticóides**

A utilização dos corticóides para promover a maturação pulmonar fetal é uma das mais efetivas intervenções obstétricas para reduzir a morbidade neonatal, embora este uso na RPMO tenha sido controverso. Alguns autores argumentam sobre a possibilidade da própria RPMO exercer efeito na aceleração da maturidade pulmonar e sobre o risco de infecção neonatal associado à esta prática.

Duas meta-análises e um recente ensaio clínico apontam no sentido de haver significativa redução da incidência da doença da membrana hialina, sem elevação das taxas de infecção, em gestantes com RPMO antes do termo. O Consenso Norte-americano, em 1994, recomenda a utilização dos corticóides, nos casos de RPMO antes de 32 semanas, quando a conduta conservadora for assumida.

- **Tocólise**

A maioria dos estudos relatam boa efetividade dos tocolíticos, na RPMO, para o prolongamento da gestação por 48 horas, embora não tenha havido diferenças nas taxas de prematuridade e de morbimortalidade perinatais. A atividade uterina pode muitas vezes estar relacionada à infecção da cavidade amniótica, com subsequente aumento da produção de prostaglandinas. A indicação da utilização de tocolíticos na RPMO, atualmente, está restrito ao curto prazo, para permitir o uso de corticóides.

Conduta na RPMO antes de 26 semanas

Atualmente, devido aos avanços nos cuidados intensivos neonatais, recém-nascidos com 26 semanas alcançam sobrevivência de quase 50% em Unidades Neonatais providas de recursos. A ocorrência de RPMO antes deste período é uma complicação obstétrica grave, que afeta 0,6-0,7% das gestações. Revisão sistemática recente, que reuniu 12 estudos sobre RPMO antes de 26 semanas, concluiu que além da elevada incidência de corioamnionite (39%), outros estados de morbidade materna foram: endometrite (14%), descolamento prematuro da placenta (3%) e retenção placentária com hemorragia pós-parto (12%). A sepsis materna ocorreu em 0,8% dos casos, com elevada mortalidade materna. A sobrevivência neonatal, nestes estudos, foi inferior à 20%. A hipoplasia pulmonar foi a causa mais comum de morte neonatal, e freqüentemente acompanhada da síndrome de deformidade fetal.

Diante da RPMO antes da viabilidade fetal, deve-se indicar a indução do parto, com a utilização de prostaglandina vaginal (misoprostol) ou altas doses de ocitocina intravenosa. Este procedimento deve ser realizado com a permissão do casal, após ter sido informado sobre os riscos maternos e fetais associados ao prolongado período de latência. Quando a opção for a conduta conservadora, o acompanhamento será similar ao dispensado às pacientes com RPMO antes de 32 semanas.

Conduta na RPMO após 32 semanas

Na maioria dos centros de cuidado obstétrico, onde a taxa de sobrevivência de recém-nascidos com mais de 32 semanas é superior à 95%, a antecipação do parto é a conduta indicada nesta situação. Durante a avaliação inicial após a rotura, deve-se obter informação acerca da maturidade cervical. Apesar dos riscos potenciais, não comprovados, de carrear microrganismos durante o toque digital intracervical, o exame pélvico pode ser realizado. O próprio exame especular, muitas vezes, pode informar sobre o grau de apagamento e dilatação do colo uterino.

Se a paciente se apresenta com colo favorável, nenhum benefício se obtém com o prolongamento da gestação, e o parto deve ser induzido em tempo hábil. Deve-se aguardar o início espontâneo do trabalho de parto por período de 8-12 horas, iniciando-se a indução com ocitocina após este período. A indução medicamentosa do trabalho de parto deve durar no máximo 4-6 horas. Não havendo êxito com a indução, a operação cesariana se torna método preferencial para a antecipação do parto em período total máximo de 18-20 horas. A utilização profilática de antibióticos se torna necessária.

Em gestantes com colo uterino desfavorável à indução, o plano de conduta pode ser temporariamente mais conservador, com objetivo de diminuir a elevada taxa de cesariana associada à indução sistemática de colos imaturos. Estudos retrospectivos, na década de 80, demonstraram diminuição das taxas de cesariana em pacientes com RPMO que não foram submetidas à indução do parto imediata, sem elevação das complicações maternas e neonatais. Subseqüentes trabalhos prospectivos e randomizados corroboraram esta idéia.

Mais recentemente, diversos relatos tem aparecido na literatura sobre a utilização de prostaglandinas na forma intravaginal (gel de PGE₂, supositórios de PGE₂ e tabletes de misoprostol), com o intuito de amadurecimento cervical. A maior parte destes estudos referiram boa efetividade destas substâncias, sendo inclusive superiores à ocitocina, demonstrando capacidade de diminuir o intervalo indução-parto, a freqüência de infecções maternas e neonatais e as taxas de cesariana. Do ponto de vista da eficácia específica, não existe evidência suficiente para que um tipo de prostaglandina seja recomendada em detrimento de outra. Entretanto, a utilização do misoprostol se associa à um custo muito inferior e apresenta menor freqüência de efeitos colaterais, quando comparado com outras preparações de PGE₂.

Tendo em vista os resultados referidos na literatura, sobre a efetividade e os custos associados às novas preparações de prostaglandinas para o amadurecimento cervical, e a contínua pressão para a diminuição do tempo de hospitalização obstétrica, a conduta expectante para gestantes com RPMO e colo imaturo é muito menos atraente quando comparada com 10 anos atrás.

A recomendação atual, para pacientes com RPMO após 32 semanas e colo imaturo, é favorável à administração imediata do misoprostol vaginal (25 µg intravaginal a cada 4 horas). Uma vez que a fase ativa do trabalho de parto se inicie, a ocitocina deve substituir o misoprostol, pela maior facilidade de titulação da dose. O número de exames intravaginais deve ser minimizado, particularmente na fase latente do trabalho de parto. A utilização profilática de antibióticos com espectro para microorganismos da flora vaginal, deve ser realizada, abordagem que geralmente atua também como prevenção da infecção neonatal por streptococcus do grupo B.