

Distocia de espáduas

Flavio Monteiro de Souza

Professor Assistente de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Mestre em Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Doutor em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz

Alexandre José Baptista Trajano

Professor Titular, Livre Docente e Coordenador da Disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Mestre e Doutor em Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

Diagnóstico e apresentação clínica

Mecanismo e fatores associados

Conseqüências maternas e neonatais

 Morbidade neonatal

 Morbidade materna

Conduta

 Operação cesariana profilática em fetos macrossômicos

 Medidas gerais e manobras

A distocia de espáduas¹ ou distocia do ombro é uma das mais dramáticas emergências da prática obstétrica, freqüentemente lembrada como “o pesadelo dos obstetras”. Ocorre quando a expulsão da cabeça se dá sem a insinuação das espáduas, que permanecem “ancoradas” no estreito superior – o ombro do feto fica preso sobre a borda superior do pube (figura 1). A prevalência da distocia de espáduas varia de 0,5 a 1,7% dos partos vaginais.

Diagnóstico e apresentação clínica

Em casos de distocia de espáduas, no final do período expulsivo a cabeça geralmente progrediu lentamente, retrocedendo alguns milímetros após o término de cada contração uterina. O diagnóstico clínico é firmado quando, logo após o desprendimento da cabeça, ela é retraída sobre o períneo e permanece “colada” à vulva, como se estivesse sendo puxada por uma mola, não se abaixa e a rotação externa não ocorre ou não se completa. Gradativamente, a face vai se tornando cianótica e edemaciada (figura 2). Se não houver interferência do obstetra na tentativa de desprender o ombro que ficou impactado, o caso provavelmente evoluirá para asfixia e óbito fetal.

Mecanismo e fatores associados

Após o desprendimento da cabeça, a restituição (ou rotação externa) faz com que o eixo normal da cabeça em relação à coluna cervical retorne ao normal, restituindo a sua relação perpendicular com os ombros. Os ombros geralmente se insinuem em um diâmetro oblíquo ou transversal sob o ramo púbico. Os puxos irão impulsionar o ombro anterior sob o pube e, após a sua passagem pelo estreito superior, ao chegar ao assoalho pélvico, os ombros sofrem rotação para orientar o biacromial no sentido anteroposterior da saída do canal do parto. Se o ombro não rodar para o diâmetro oblíquo antes de sua insinuação e se mantiver em posição anteroposterior, um feto grande poderá ter seu ombro anterior impactado contra a sínfise.

A distocia de espáduas ocorre quando há desproporção entre o diâmetro biacromial e as dimensões anteroposteriores do estreito superior, o que pode ser

¹ Em alguns textos este acidente é denominado “*distocia de espáduas em cabeça primeira*” para diferenciá-lo da dificuldade da liberação dos ombros no parto pélvico.

conseqüência de um feto grande ou deformidade pélvica. Pode também acontecer quando há algum distúrbio no mecanismo de rotação e insinuação das espáduas, o que explicaria sua ocorrência imprevisível em pacientes que tiveram anteriormente partos de fetos grandes sem complicações.

Outro mecanismo proposto é a falta de moldagem das espáduas. Normalmente, o diâmetro biacromial é reduzido pela compressão do canal do parto, permitindo que os ombros sigam os contornos do canal do parto. A moldagem pode não acontecer adequadamente quando o parto evolui muito rapidamente em múltiparas com período expulsivo rápido ou durante o parto a fórceps médio indicado por parada de progressão.

A incidência de distocia de espáduas aumenta em relação direta com o peso do feto, se tornando significativa com pesos superiores a 4000g. Por outro lado, aproximadamente metade dos casos ocorre em fetos com peso normal ao nascimento.

Várias outras características maternas e fetais têm sido implicadas na gênese da distocia de espáduas: perímetro torácico desproporcional ao cefálico, gravidez pós-termo, anomalias do primeiro e segundo períodos do parto, parto a fórceps médio, história prévia de distocia de espáduas, peso materno elevado, diabetes materna, vício pélvico, multiparidade etc.

No entanto, a maioria das evidências atuais indica que os fatores de risco propostos para a distocia de espáduas não têm valor preditivo e, portanto, a distocia de espáduas é um evento imprevisível.

Conseqüências maternas e neonatais

Morbidade neonatal

Alguma conseqüência no recém-nascido é identificada em aproximadamente 20% dos casos de distocia de espáduas. As injúrias observadas incluem a fratura espontânea da clavícula, fraturas e deslocamentos do úmero, trauma facial, asfixia perinatal e morte fetal.

O traumatismo clássico é a lesão do plexo braquial. A lesão mais comum é a paralisia de Erb-Duchenne (acometendo os ramos dos segmentos C5 a C7), que se caracteriza por adução e rotação interna do úmero, extensão do cotovelo e

braço pendente. Os músculos supinadores e extensores do punho podem estar afetados. O envolvimento dos nervos espinhais inferiores (C8 e T1 – paralisia de Klumpke) geralmente afeta também o antebraço e a mão. Lesões mais extensas, incluindo lesões medulares, podem ocorrer raramente.

A maior parte dos recém-nascidos com paralisia braquial identificada ao nascimento (85%) apresenta sintomas transitórios e irá se recuperar dentro do primeiro ano após o parto.

Morbidade materna

Pode ocorrer hemorragia materna relacionada com hipotonia uterina, lacerações do canal do parto ou rotura uterina. A infecção puerperal é freqüente após operação cesariana (quando é adotada a manobra de Zavanelli).

Conduta

Operação cesariana profilática em fetos macrossômicos

A indicação rotineira de operação cesariana para os fetos com peso estimado superior a 4000-4500g é controversa. O risco de lesão permanente nesses fetos é muito pequeno e os métodos de estimativa de peso fetal são ainda imprecisos, o que resultaria em número substancial de operações desnecessárias. Quando há evidência inquestionável de macrossomia fetal, a indicação de cesariana deve ser avaliada criteriosamente, levando-se em consideração os antecedentes obstétricos, história de diabete materna e a evolução clínica do parto, se em trabalho de parto.

Medidas gerais e manobras

Um dos aspectos mais importantes da conduta é tentar manter a calma, solicitar auxílio da equipe, orientar a equipe de forma segura e iniciar prontamente a seqüência de manobras destinadas à resolução da distocia de espáduas. Deve-se ter a confiança e colaboração da paciente.

Após o desprendimento da cabeça, é aconselhável proceder-se à aspiração das vias aéreas superiores. O parto deve ser conduzido sem açoitamento e sem pânico. Quando uma dificuldade ocorre, as medidas mais simples e menos traumáticas devem ser tentadas primeiro. Quanto maior a manipulação do feto, maior o risco de lesões. As manobras deverão ser executadas em ordem

crescente de trauma potencial, com suavidade e firmeza (Tabela 1). Episiotomia ampla e anestesia adequada facilitam as manobras.

A pressão fúndica isolada (manobra de Kristeller) ou a tração da cabeça estão formalmente contra-indicadas e só pioram a situação, aumentando o risco de lesões maternas e fetais e até agravando a impactação do ombro².

Tabela 1 – Ordem das manobras para a liberação dos ombros nos casos de distocia de espáduas

Pressão suprapúbica associada à manobra de McRoberts

Manobras de rotação (“anel apertado” de DeLee nº1 e nº2, “saca-rolhas” de Woods)

Desprendimento do braço posterior (Manobra de Jacquemier), que pode ser associado à rotação do feto (Manobra de Corrêa da Costa)

Recolocação da cabeça no canal do parto e posterior operação cesariana (Manobra de Zavanelli)

Fratura intencional da clavícula, cleidotomia ou sinfisiotomia (procedimentos de exceção)

Pressão suprapúbica: Pressão suprapúbica moderada deve ser aplicada por um assistente (ou pelo obstetra, se não houver quem possa auxiliá-lo) visando desalojar o ombro anterior do feto. Caso haja o deslocamento do ombro, pode-se baixar o pólo cefálico cuidadosamente e, só então, exercer pressão no fundo uterino. A cabeça do feto deve ser suavemente tracionada para baixo, evitando-se tração excessiva ou mesmo a aparência de tração excessiva³.

² Hibbard (1982) recomenda que a cabeça do feto seja abaixada em direção do reto materno, com uma forte pressão fúndica associada. No entanto, a pressão fúndica aplicada isoladamente ou no momento errado pode se relacionar com a piora da impactação do ombro e lesão ortopédica e neurológica fetal.

³ Para quem não está habituado com essas manobras, mesmo uma suave tração pode aparentar ser excessiva. As pessoas presentes na sala de parto podem ser chamadas a testemunhar em

Manobra de McRoberts (figura 3): Consiste na remoção das pernas dos apoios da mesa de parto com hiperflexão das coxas sobre o abdome materno, trazendo também a nádega da paciente além do limite da mesa de parto. Esta manobra roda a sínfise púbica em direção à cabeça materna com conseqüente redução do ângulo de inclinação pélvica e retificação do sacro em relação à coluna lombar. Esta manobra não aumenta as dimensões do canal do parto, mas facilita a desimpactação do ombro anterior. A utilização da manobra de McRoberts associada à pressão suprapúbica resolve a maioria dos casos de distocia de espáduas.

Manobras de rotação do feto: Diversos autores descreveram manobras que procuram desalojar o ombro anterior impactado contra a sínfise púbica e todas elas seguem o mesmo princípio. As manobras de DeLee são conhecidas como **manobra do anel apertado nº1** e **nº2**, pela semelhança entre a tentativa de rotação do feto e a forma com que se tenta retirar um anel apertado do dedo.

Na **manobra do anel apertado nº1**, a parturiente é instruída a fazer força e suas pernas são pressionadas contra seu abdome (McRoberts). O obstetra ou um auxiliar exerce pressão suprapúbica no sentido ventral do feto e o obstetra introduz dois dedos atrás do pube sobre a escápula do feto. Através de pressão nessa região e leve tração na axila, o ombro anterior é empurrado ventralmente e abaixado, havendo uma leve rotação no corpo do feto, desalojando o ombro impactado.

A **manobra do “saca-rolhas” de Woods** (figura 4) tem como objetivo extrair o feto como se estivéssemos “atarrachando e desatarrachando” um parafuso ou usando um saca-rolhas. Nesta manobra, dois dedos atuam sobre a face anterior do ombro posterior do feto, que é rodado no sentido do dorso, liberando o ombro anterior impactado. Uma vez que o ombro começa a ser mobilizado é exercida pressão suprapúbica ou no fundo uterino. O risco de fratura clavicular é maior

casos de processos médicos e as complicações da distocia de espáduas são freqüentemente objeto de processos.

nesta manobra que na manobra do “anel apertado” nº1, já que se exerce pressão sobre a clavícula.

Se estas manobras falharem, pode-se tentar desalojar o ombro posterior do promontório e trazê-lo à escavação pela **manobra do anel apertado de DeLee nº2** (figura 5). Quatro dedos são introduzidos profundamente na vagina e colocados no dorso do feto e o indicador é insinuado na axila posterior. Com o auxílio da pressão suprapúbica, o diâmetro biacromial é rodado para um diâmetro oblíquo da pelve mais favorável e ao mesmo tempo trazido para baixo, com o dorso fazendo um movimento turbinal que poderá, se necessário, levar o dorso ao lado oposto da pelve. É necessária muita cautela nesse momento, pois a clavícula pode se fraturar facilmente ou pode haver lesão do plexo braquial, hemorragia radicular e até mesmo fratura da coluna cervical.

A **manobra de Rubin** é uma variação sobre o tema da rotação do feto. Nesta técnica os ombros são balançados de um lado para o outro pelo uso de pressão suprapúbica. Se não houver sucesso, uma mão introduzida na vagina alcança o ombro fetal mais acessível e o empurra em direção da superfície anterior do tórax. Isto freqüentemente resulta na abdução de ambos os ombros, reduzindo o diâmetro biacromial e deslocando o ombro anterior de trás da sínfise púbica.

Manobras de abaixamento do braço posterior: Não havendo sucesso com as manobras de rotação, o próximo passo é tentar liberar o braço posterior. Na **manobra de Jacquemier**, insere-se toda a mão na vagina na região da chanfradura sacrociática para alcançar o braço posterior (figura 6). O úmero é entalado pelos dedos indicador e médio do operador e o braço é impulsionado na direção do tórax, mantendo-se fletido. A mão do feto é então apreendida e o braço estendido passando pela face. Luiz Alfredo Corrêa da Costa descreveu a associação desta manobra com a do “anel apertado”: ao mesmo tempo em que se extrai o braço posterior, dois dedos da outra mão atuam sobre a face anterior do ombro anterior do feto provocando uma rotação do tronco fetal. Os ombros são rodados e o braço posterior é extraído na região anterior da bacia. A pressão suprapúbica é útil para auxiliar o deslocamento do ombro anterior.

Recolocação da cabeça na pelve: Não havendo sucesso com as manobras de rotação ou de extração do braço posterior, um dos últimos recursos é tentar recolocar a cabeça na vagina e proceder a operação cesariana (**manobra de Zavanelli**). A cabeça é rodada para a posição occipitoanterior (ou occipitoposterior se o desprendimento ocorreu em OS). É então fletida e lentamente empurrada para dentro da vagina, desfazendo-se o mecanismo natural do desprendimento da cabeça. Pode-se administrar beta-simpaticomiméticos para relaxar o útero e a operação cesariana é prontamente executada. Este procedimento é considerado extremamente difícil por muitos observadores e pode associar-se a lesões graves na mãe ou no concepto e morte fetal.

Fratura intencional da clavícula, cleidotomia ou sinfisiotomia: Estes procedimentos devem ser encarados como de exceção. A **fratura deliberada da clavícula** pode ser provocada pressionando-se a clavícula anterior contra o ramo do pube. Na prática, é difícil de conseguir-se. A fratura se resolve rapidamente e é uma conseqüência muito menos séria que a lesão do plexo braquial, a asfixia ou a morte do feto. A **cleidotomia** consiste em cortar-se a clavícula com tesoura ou outro instrumento cortante e é geralmente usada em fetos mortos. A **sinfisiotomia** é feita sob anestesia local. A uretra é deslocada lateralmente e a lâmina do bisturi é introduzida na sínfise púbica sobre o monte de Vênus. A sínfise deve ser parcialmente cortada em direção aos dedos vaginais e as pernas são então abduzidas e fletidas. Isto pode aumentar o diâmetro ântero-posterior do estreito inferior em 1,5-2cm. A instabilidade pélvica foi descrita como seqüela eventual da sinfisiotomia e dijunção traumática da sínfise púbica.