

Versão externa, versão interna e grande extração

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

Versão externa

Medidas prévias

Técnica

Versão interna

Condições de praticabilidade

Indicações

Técnica da versão interna

Medidas gerais

Técnica geral da versão na apresentação cefálica

Técnica da versão na apresentação córmica nas variedades de dorso anterior e dorso posterior

Técnica da versão na apresentação córmica nas variedades de dorso superior e dorso inferior

Extração podálica

Condições de praticabilidade e indicações

Técnica

Versão é o procedimento no qual a apresentação do feto é alterada artificialmente, seja pela substituição de um pólo fetal por outro (nas situações longitudinais), seja pela transformação de uma situação oblíqua ou transversa em situação longitudinal. Dá-se o nome de **versão cefálica** à que transforma a apresentação em cefálica, e de **versão podálica** a que transforma a apresentação em pélvica.

A **versão** pode ser conseguida por manobras **internas** ou **externas**. Na **versão externa**, as manipulações são feitas exclusivamente através da parede abdominal. Na **versão interna** uma das mãos é introduzida na cavidade uterina para rodar o feto, enquanto a outra auxilia através da parede abdominal.

A versão externa encontra hoje em dia mais oportunidades de execução que a versão interna, sendo freqüentemente indicada para transformação da apresentação pélvica em cefálica durante o terceiro trimestre da gestação.

A versão interna, atualmente, é sempre podálica e acompanhada da extração do feto. É raramente praticada por apresentar riscos para a mãe e o feto muito superiores aos da operação cesariana. Todavia, não foi proscrita da operatória obstétrica sendo aceita principalmente no parto do segundo (ou último) gemelar, para corrigir apresentações viciosas.

A **grande extração, extração podálica** ou **extração pélvica** é uma operação destinada a extrair o feto que se encontra em apresentação pélvica. É tempo complementar obrigatório após a versão por manobras internas. Neste caso, a operação denomina-se **versão e grande extração**. Se, após a versão interna, não se extrair o feto, poderá ocorrer sofrimento fetal agudo pois o estímulo dos tecidos manipulados pode induzi-lo a executar movimentos respiratórios ainda dentro do útero.

Versão externa

A transformação da apresentação pélvica em apresentação cefálica por manipulação externa do feto é denominada de versão cefálica externa. A versão cefálica externa pode reduzir substancialmente a taxa de cesariana nas apresentações pélvicas, reduzindo o risco relacionado com o parto pélvico e evitando cesarianas em gestações futuras. Contudo, não é procedimento totalmente destituído de riscos, embora os acidentes com o procedimento sejam

de ocorrência excepcional. Pode haver morte materna, descolamento prematuro da placenta, rotura uterina, hemorragia feto-materna, isoimunização, parto prematuro, sofrimento fetal e morte fetal. No entanto, se praticada dentro das normas técnicas e com suavidade, estes riscos podem ser minimizados, não contra-indicando sua tentativa.

O melhor momento para se corrigir a apresentação viciosa nas primíparas é entre 32 e 34 semanas de gestação, e entre as múltíparas entre 34 e 36 semanas. A maior parte dos fetos em apresentação pélvica irá rodar espontaneamente antes desta idade gestacional e, após este tempo, a proporção reduzida de líquido amniótico e o tamanho do feto poderão dificultar a versão. Caso algum acidente ocorra, o feto já estará suficientemente maduro para um parto cesáreo de urgência. No entanto, a versão pode ser tentada posteriormente, inclusive no início do trabalho de parto, se a apresentação for facilmente deslocada da pelve e não houver contra-indicação para o procedimento.

As **contra-indicações** principais para a versão externa são: gemelidade, oligodramnia, cardiotocografia não reativa, grande anomalia congênita, crescimento intra-uterino retardado, história prévia de parto prematuro, placenta prévia, anomalias uterinas ou tumores prévios e doenças intercorrentes que indiquem, por si só, operação cesariana. A polidramnia pode ser fator que influencie na ineficácia da versão externa, por facilitar o retorno da apresentação à posição primitiva. Devido ao temor de rotura uterina, pacientes com cicatriz de cesariana prévia eram, no passado, excluídas da maioria dos protocolos de versão por manobras externas. Atualmente, admite-se a tentativa suave de versão externa em pacientes com uma cicatriz de cesariana segmentar anterior.

Medidas prévias

- Precisar a posição do feto, pelo exame clínico e/ou ultra-sonográfico, para que se possa gira-lo em um sentido que permita acentuar e manter sua flexão, evitando-se assim a transformação em apresentação cefálica defletida.
- Certificar-se que o feto está vivo.
- Examinar minuciosamente a pelve e as partes moles maternas, para assegurar-se que não exista obstáculo para a descida do pólo cefálico.

- Localizar a placenta através da ultra-sonografia, para evitar-se a sua manipulação. Se a ultra-sonografia não estiver disponível, a palpação do útero poderá indicar a localização placentária. Por exemplo, se a cabeça fetal estiver na parte direita do fundo uterino, é provável que a placenta se localize no lado esquerdo.
- A versão deve ser, preferentemente, realizada em ambiente hospitalar, com condições de efetuar-se cesariana de urgência caso ocorra algum acidente. O risco deste evento é de 1-2%.
- O reto deve estar vazio antes da versão, assim como a bexiga. O uso de purgante na véspera, antigamente adotado para se conseguir uma “versão medicamentosa”, pode ser indicado. Algumas vezes isso originará a mutação da apresentação. Atualmente a “versão medicamentosa” está em desuso.
- A paciente deverá ser colocada em decúbito dorsal, com as coxas discretamente fletidas e em abdução. Para suprimir a tensão dos músculos reto-abdominais, é útil a colocação de travesseiro sob a cabeça e a parte superior do tronco.
- Se o pólo pélvico estiver encaixado, é conveniente colocar-se a paciente em posição de Trendelenburg moderada durante meia hora antes da versão.
- Aplicar talco ou vaselina líquida sobre o abdome da gestante e nas mãos do operador, para reduzir o atrito.
- Pedir que a paciente fique tranqüila e respire profundamente, deixando relaxada a parede abdominal.
- Deve-se monitorizar os batimentos cardíacos fetais, clinicamente ou com cardiotocografia, antes, durante e após o procedimento.
- O uso de anestesia é desaconselhável, pois a versão deve ser efetuada com manobras suaves. É preferível que a gestante esteja desperta e sem analgesia para que, ao sentir eventual dor, freie a violência do obstetra. Estas dores, quando agudas, podem ser indício de lesões do útero ou

tração sobre a placenta que poderão induzir seu descolamento. Se necessário, algum opiáceo pode ser administrado.

- O uso de tocolíticos é recomendado por alguns autores, sendo sugerida a administração de Terbutalina 0,25 mg por via subcutânea antes do início do procedimento. Nem todos, entretanto, consideram esta medida necessária.
- Imunoglobulina anti-Rh deve ser administrada a todas as mulheres Rh negativas que forem submetidas a tentativa de versão externa.

Técnica

A técnica da versão externa é relativamente simples. O obstetra, de pé junto à paciente, coloca-se no lado que corresponde ao dorso fetal. As manipulações devem efetuar-se nos intervalos das contrações uterinas, com muita suavidade. As mãos exercem pressão sobre os pólos, com a palma, firmemente e de forma contínua, uniforme. Se ocorrer contração uterina, não retirar as mãos, para manter o progresso conseguido. Não se deve forçar a versão se houver muita resistência, se a paciente acusar dor aguda, se houver sangramento genital ou alteração dos batimentos cardíacos fetais (neste caso, retornar com o feto para a posição original, pois pode estar havendo compressão do cordão umbilical). Deve-se também evitar exercer intencionalmente pressões sobre a placenta, para reduzir ao mínimo as possibilidades de descolamento.

Pode-se dividir a versão por manobras externas em 3 tempos (Figura 1):

- **Primeiro tempo: *Elevação das nádegas, se estiverem insinuadas.*** Colocam-se ambas as mãos na região hipogástrica, elevando a apresentação e deslocando-a para a fossa ilíaca onde se encontra o dorso do feto. Em caso de necessidade, um auxiliar poderá elevar a apresentação através de toque vaginal.
- **Segundo tempo: *Evolução.*** Enquanto uma mão mantém as nádegas elevadas, a outra se dirige à cabeça fetal. Antes de iniciar o volteio, é importante acentuar a flexão fetal, convertendo o feto o mais possível à forma esférica. A palma da mão colocada sobre o pólo cefálico exerce pressão sobre o occipital para colocar o mento em contato com o externo. Somente então se inicia a evolução, mantendo sempre a flexão do feto.

Uma das mãos procura descer a cabeça enquanto a outra desloca as nádegas em direção oposta, elevando-as ao fundo uterino. A ação de ambas as mãos deve ser simultânea, sincronizada. Não se apressar, a versão pode demorar 10 minutos ou mais. Quando a manobra é exitosa, a resistência cede. Primeiro se consegue colocar o feto em situação transversa, a seguir consegue-se que a cabeça desça à pelve. Tenta-se o volteio em direção oposta à flexão do feto apenas em caso de não se conseguir efetuar a versão no sentido da flexão.

- **Terceiro tempo. Fixação.** Uma vez completada a versão, empurrar a cabeça fetal em direção do estreito superior e mante-la firmemente durante alguns minutos, enquanto se baixam os pés da mesa.

Dificuldades na versão externa devem-se principalmente à parede abdominal excessivamente tensa, obesidade, útero irritável, anomalias congênitas e tumores uterinos, oligoidramnia, gravidez a termo, apresentação pélvica incompleta modo de nádegas, pólo pélvico encaixado, posições com dorso posterior e brevidade do cordão umbilical. Não se conseguindo êxito na primeira tentativa, a versão externa poderá ser tentada em outra oportunidade, com intervalo de alguns dias.

Para evitar-se que o feto retorne à sua apresentação primitiva, aconselha-se o repouso no decúbito lateral que basculhe o fundo do útero para o lado em que a cabeça tende a deslizar. Pode-se também utilizar faixas abdominais com coxins laterais de algodão ou comprimindo o fundo uterino. A versão realizada durante o trabalho de parto inicial deve ser seguida da amniotomia pois o escoamento do líquido amniótico favorece a fixação do pólo cefálico.

Versão interna

Atualmente, a versão por manobras internas encontra poucas indicações legítimas, devido ao risco do procedimento e à relativa segurança da operação cesariana nas circunstâncias que outrora a indicavam.

Condições de praticabilidade

Como a versão interna é sempre seguida de grande extração pélvica, não devem haver contra-indicações para o parto pélvico. O obstetra deve ser adequadamente treinado na arte da operatória transpélvica em manequim e conhecer os

pormenores técnicos da operação. A equipe para o parto deve ser constituída por obstetra, auxiliar, anestesista e indivíduo treinado para ressuscitação neonatal, incluindo entubação traqueal.

As condições de praticabilidade para a versão são:

Dilatação total do colo uterino. Permite a introdução de toda a mão e a extração do feto imediatamente após a versão, reduzindo-se os riscos de aspiração do líquido amniótico por movimentos respiratórios prematuros estimulados pela manipulação do feto.

Inexistência de obstáculos no canal mole do parto.

Proporcionalidade feto-pélvica. A versão não deve ser praticada em casos de vício pélvico ou feto grande, pelo risco inerente ao parto pélvico e à própria manipulação intra-uterina. Também está proscrita em fetos com hidrocefalia, tumores e monstrosidades.

Membranas íntegras ou recentemente rotas. É desejável que se rompa a bolsa no momento de efetuar a versão, logo que o colo esteja totalmente dilatado.

Tolerância cavitária e útero relaxado. Quando a bolsa das águas acaba de ser rota, a versão é facilitada, porque o miométrio está flácido e o feto é bastante móvel na cavidade, que ainda contém quantidade abundante de líquido. É preciso considerar-se não só o tempo transcorrido desde a amniotomia como também a atividade do útero desde então, porque se o miométrio estiver retraído sobre o feto, a versão interna será não só difícil como também perigosa para a mãe e o feto. Quando o segmento inferior está muito distendido, a introdução da mão pode romper-lo. Nunca se praticará a versão interna quando houver síndrome de Bandl-Frommel (ameaça de rotura uterina).

Boa mobilidade do feto. Este o principal motivo da versão interna mais fácil ser a do segundo gemelar.

Apresentação não insinuada. Para executar-se a versão, é necessária a introdução da mão na cavidade uterina, que é impedida pela apresentação, se estiver insinuada. Nestas circunstâncias, o segmento uterino costuma ser adelgado, predispondo à rotura uterina. A apresentação cefálica insinuada, presentes as outras condições de praticabilidade, permite a aplicação do fórcepe,

forma menos traumática de término do parto que a versão seguida de grande extração. Na apresentação córmica, a espádua só se insinua após longo trabalho de parto, freqüentemente havendo morte fetal. Estando o feto vivo e viável com espádua insinuada (o que ocorre raramente), indica-se operação cesariana.

Feto vivo. Só se realizará versão interna com o feto morto se este estiver em situação transversa, for muito pequeno e sempre que o útero não esteja retraído, ou seja, quando se tiver certeza que a operação será muito fácil. No feto morto, a indicação clássica é de embriotomia.

Paciente sem cicatriz de histerotomia prévia (cesariana, miomectomia etc.).

Indicações

Parto gemelar. Em serviços e circunstâncias adequados, com centro cirúrgico, equipe médica e transfusão sangüínea disponíveis, talvez a única indicação atual aceita amplamente para a versão e grande extração seja o parto do segundo gemelar (ou último gemelar, na gestação múltipla) em situação transversa ou oblíqua. Nesses casos, pode-se primeiro tentar a versão cefálica por manobras externas seguida de amniotomia. Aceitável também na apresentação cefálica do último gemelar, quando necessária a terminação rápida do parto estando a apresentação não insinuada. No parto do segundo gemelar, a cavidade uterina é ampla e o canal do parto já se dilatou pela passagem do primeiro feto, facilitando a operação.

Pode-se também indicar o procedimento em casos de feto recentemente morto em apresentação córmica, presentes as condições de praticabilidade e sendo o feto pequeno.

Situações extraordinárias. Quando ausentes condições mínimas para executar-se o parto a fórcepe ou a operação cesariana, ou quando a urgência da situação não permita aguardar-se o tempo de preparo para a via alta, pode-se, em múltiparas, excepcionalmente praticar a versão seguida de grande extração¹.

¹ Nestas circunstâncias de exceção, a versão estaria indicada em complicações que exijam a rápida terminação do parto, como por exemplo sofrimento fetal agudo, cardiopatia descompensada, eclampsia, afecção aguda das vias respiratórias, hemorragias por inserção baixa da placenta (exceto placenta prévia total), etc. O prolapso do cordão no período expulsivo é indicação rara, pois se pode diminuir a compressão do cordão umbilical por tempo considerável desde que se consiga

Técnica da versão interna

A versão interna, como todo procedimento operatório obstétrico, é manobra que deve ser executada com doçura e jeito. A força excessiva sugere erro na operatória. Havendo obstáculos à boa progressão da operação ela deve ser abandonada em favor de outra forma para a terminação do parto.

Medidas gerais

Preparo da paciente, do operador e da mesa de parto. A paciente deverá ser colocada na posição de litotomia, com as nádegas ligeiramente elevadas. Não exagerar a flexão das coxas. O reto e a bexiga deverão estar vazios. O operador deverá tomar todos os cuidados de assepsia e anti-sepsia adequados, mãos e antebraços escovados, luvas longas e capote. Ter à mão fórcepe de Piper e todo o instrumental adequado para o parto pélvico. Episiotomia ampla nas primíparas e na maioria das múltiparas. A região dorsal das luvas deverá estar lubrificada com vaselina ou sabão líquido estéril.

Anestesia geral. A versão deve ser realizada sob anestesia profunda, sendo este um dos maiores fatores de êxito. A anestesia geral inalatória relaxa o útero, facilitando a operação².

Diagnóstico preciso. É indispensável conhecer precisamente a posição e a variedade de posição do feto mediante todos os recursos semiológicos. Deve-se saber qual o pé anterior e descartar as anomalias da bacia óssea materna (vício pélvico).

Técnica geral da versão na apresentação cefálica

Escolha da mão a introduzir. O obstetra escolhe a mão que, situada entre a pronação e a supinação, tem a palma dirigida para o ventre do feto, para poder chegar facilmente aos seus membros inferiores. Se o feto está com o dorso à esquerda, introduz-se a mão esquerda; se o dorso está à direita, a boa mão será

manter o pólo cefálico elevado acima do estreito superior, enquanto se aguardam os preparativos para a operação cesariana.

² Alternativa à anestesia geral, em pacientes com bloqueio peridural o relaxamento uterino pode ser conseguido com administração intravenosa de doses pequenas de nitroglicerina (50 a 100 µg), sulfato de magnésio ou β-simpaticomiméticos.

a direita. Ao introduzir a mão, procurar dilatar previamente as partes moles do canal do parto.

Escolha do pé a apreender. Na apresentação cefálica, escolhe-se o pé anterior. Desta forma, exerce-se tração no eixo do estreito superior da bacia. Se fosse utilizado o membro posterior seria impossível a tração no eixo do estreito superior por impedimento do cóccix e do períneo materno. A nádega anterior não se encaixaria e se chocaria contra o pube, cavalcando-se sobre ele. Ao tracionar-se o pé anterior, o dorso gira para frente, o que facilita a extração. Portanto, o pé anterior é o “bom pé”³.

Tempos operatórios

1 – Introdução da mão escolhida na vagina, de forma cônica, com os dedos em extensão em contato e o polegar entre os dedos.

2 – Colocação da mão externa sobre o fundo uterino para sustentá-lo. Desta forma, neutraliza-se a força que a mão faz ao penetrar no útero.

3 – Introdução da mão no útero, busca e apreensão do “bom pé” (Figura 2). Os dedos da mão interna passam através do orifício externo do colo. Ao penetrar na cavidade uterina, a mão, agora aberta, desliza a palma ao longo da fronte e

³ Pode-se, eventualmente, tracionar o feto por ambos os pés. No entanto é preferível a tração apenas por um dos pés, já que não expõe a lesões maiores e o pólo pélvico fica mais volumoso, preparando melhor o canal para a passagem da cabeça, havendo também menor probabilidade de compressão do cordão umbilical.

Nem sempre é fácil a distinção entre o pé e a mão quando a manipulação é intra-uterina. Para a diferenciação, observar que no pé existe um ângulo formado pela perna e o dorso, se reconhecendo o calcanhar saliente por trás deste ângulo. O calcâneo e os maléolos formam três relevos característicos, os dedos dos pés são curtos e suas extremidades se colocam sobre uma linha quase reta. O polegar se deixa separar muito pouco dos outros dedos. Na mão não existe o ângulo mencionado ou o calcanhar. Se a mão estiver dobrada, é fácil estendê-la, não voltado a formar ângulo. Só existem no punho dois relevos, das apófises espinhosas da ulna e do rádio. Os dedos das mãos são mais longos e suas extremidades formam uma curva. O polegar se separa muito do indicador.

A distinção entre o pé direito e esquerdo pode ser feita seguindo-se suas bordas e observando que a interna termina no polegar, que é mais grosso. Para não se equivocar na escolha do pé anterior, procurar o plano lateral do feto ao introduzir a mão, até chegar ao pólo pélvico, seguindo pela coxa, oco poplíteo, perna e pé. Outro procedimento consiste em dirigir-se ao sulco interglúteo e daí alcançar a nádega anterior, a coxa, a perna e o pé.

face do feto, deslocando a cabeça ligeiramente para a fossa ilíaca do lado em que se encontra o dorso. Avançar a mão em direção do fundo uterino.

Se a bolsa estiver íntegra, rompê-la no intervalo das contrações com os dedos. Deve-se impedir, no entanto, a saída de muito líquido amniótico, para não dificultar a evolução da versão.

Havendo contração uterina, aguardar o relaxamento. Geralmente, parte de um membro superior do feto é sentida. No fundo uterino palpa-se os membros inferiores do feto, bem como o cordão umbilical. A pressão exercida pela mão externa sobre as nádegas facilita o acesso aos pés.

Pode-se apreender tanto o pé (utilizando-se o polegar o indicador e o médio em forma de gancho) quanto a perna do feto para a posterior evolução. A apreensão da perna permite uma pegada mais sólida.

4 – Evolução do feto (Figura 3). Enquanto se traciona o pé anterior no intervalo das contrações uterinas e no eixo do estreito superior da bacia (ou em direção aos pés do obstetra), a mão externa abandona o fundo uterino e se dirige ao local onde está a cabeça, pressionando-a para cima. O pólo cefálico do feto se desloca em direção ao fundo uterino à medida que se traciona o pé. Se durante a evolução o útero se contrai, as trações tornam-se inúteis e perigosas. Aguardar seu relaxamento ou solicitar que a anestesia seja aprofundada.

Quando o joelho do feto aparece na vulva terminou a versão. O dorso ocupa a posição contrária ao que tinha antes. Procede-se à extração.

Após a versão e a extração, deve-se sempre fazer revisão da cavidade uterina para certificar-se que não tenha havido rotura do órgão.

Erros na versão

Introdução da “má mão”. Se a “má mão” foi introduzida, esta encontra a nuca e o dorso do feto e não o abdome. Deve-se substituir esta mão pela que corresponda ao plano ventral do feto.

Preensão do “mau pé”. Se, em vez de apreender o pé anterior, apreendeu-se o posterior, este, ao sair, terá a borda interna voltada para cima e não para baixo. Se houver tração do “mau pé”, a nádega anterior encontrará a sínfise púbica materna, o que dificultará a extração do feto. Neste caso, pode-se abandonar o

“mau pé” e abaixar-se o “bom pé”. Pode-se também transformar o “mau pé” em “bom pé”, mediante uma rotação de 180°.

Técnica da versão na apresentação córmica nas variedades de dorso anterior e dorso posterior

Escolha da mão a introduzir. A mão a se introduzir é aquela cuja palma esteja diretamente em relação ao pólo pélvico do feto. Se as nádegas estiverem à direita da mãe, introduz-se a mão esquerda; se as nádegas estiverem à esquerda da mãe, introduz-se a mão direita.

Escolha do pé a apreender. O pé correto é aquele sobre o qual as trações favorecem a evolução e extração do feto. Escolhe-se o **pé inferior nas dorso anteriores** e o **pé superior nas dorso posteriores**. Assim, uma vez efetuada a versão, o dorso do feto ficará para frente nas dorso anteriores e se dirigirá para frente nas dorso posteriores. Evita-se que a pelve fetal cavalgue sobre a sínfise púbica⁴.

Tempos operatórios

Os dois primeiros tempos são os mesmos descritos para a apresentação cefálica.

3 – Introdução da mão interna no útero, deslocamento do ombro e busca do bom pé (Figura 4). A mão interna se dirige ao ombro. Se este ocluir o caminho, o eleva com prudência e o desvia para o lado em que se encontra a cabeça do feto. Enquanto isso, a mão externa colabora no mesmo sentido, rechaçando a cabeça para cima para deixar o estreito superior livre. Logo a mão externa se coloca sobre o pólo pélvico e aproxima-o da mão interna que, ao longo do dorso, se dirige à coxa e aos pés.

4 – Preensão do “bom pé” ou da “boa perna” (Figura 5). Quando se encontrou o “bom pé”, apreende-se entre o polegar, o indicador e o médio ou apreende-se a perna correspondente, se possível.

⁴ Na verdade, o êxito da intervenção depende não só da adequada escolha do pé, mas também da forma como se executa a tração. Se o “mau pé” for tracionado com habilidade conseguir-se-á que o dorso se desloque para diante, como deve ser. Como alternativa, ambos os pés podem ser apreendidos e tracionados.

5 – Evolução do feto (Figura 6). A mão externa se coloca sobre a cabeça do feto e a empurra em direção do fundo uterino. Neste momento, a mão interna inicia a tração da perna para baixo e para a linha média, pelo lado ventral do feto. Assim, se efetua a evolução do feto estando ele fletido de maneira que exerça a menor distensão possível na parede uterina.

Técnica da versão na apresentação córmica nas variedades de dorso superior e dorso inferior

Alguns detalhes técnicos diferem na versão quando o dorso é superior ou inferior em relação aos dorsos anteriores e posteriores.

Em um **dorso superior**, enquanto a mão externa rechaça a cabeça fetal para cima, a mão interna vai em busca do pé anterior, facilmente acessível.

Em um **dorso inferior**, o operador não encontrará os membros inferiores se não penetrar com a mão até o fundo do útero. Aqui também a mão externa empurra o pólo cefálico para cima, enquanto a mão interna desce o pé anterior. Pode-se também girar o tronco do feto de maneira que o dorso, em vez de permanecer orientado para baixo, se dirija para diante (dorso anterior), descendo-se então o pé inferior.

Extração podálica

Condições de praticabilidade e indicações

A grande extração é tempo complementar obrigatório da versão por manobras internas. Portanto, as condições de praticabilidade e indicações para a extração podálica que complementa a versão interna são as mesmas da versão. Obviamente, as condições que permitam o parto pélvico por via vaginal devem estar presentes.

Em casos de apresentação pélvica primitiva, no período expulsivo, pode surgir indicação para terminação rápida do parto. Assim, o sofrimento fetal agudo ou o prolapso do cordão umbilical no período expulsivo do parto pélvico podem indicar a operação. Como indicações maternas, pode-se citar a eclampsia no período expulsivo do parto, descolamento prematuro da placenta normalmente inserida, hemorragia por inserção viciosa da placenta, anomalias da dinâmica uterina etc.

A partir do momento que as nádegas ou pés do feto apareçam na vulva a extração fetal pode ser efetuada. No entanto, o parto é mais fácil e a morbidade e mortalidade perinatal são menores quando é permitido o parto espontâneo da pelve fetal. Portanto, não se fará a extração podálica quando não exista indicação materna ou fetal que a imponha.

A grande extração está formalmente contra-indicada quando houver obstáculos no trajeto mole (colo incompletamente dilatado, tumores prévios) e em casos de desproporção feto-materna. Evita-se também a extração podálica quando o feto é prematuro.

Técnica

Precauções preliminares. São as mesmas da versão e do parto espontâneo na apresentação pélvica. Deve-se fazer exame minucioso da bacia e avaliar o tamanho e anatomia do feto. Bexiga e reto vazios, paciente em posição adequada na mesa de parto. Anestesia adequada (peridural, raqui ou geral). Episiotomia ampla, exceto em multíparas com períneo flácido.

Princípios gerais da grande extração. Quando a extração é complemento da versão, ela se inicia quando ocorre o aparecimento de um joelho na rima vulvar. O pé do feto já estará apreendido. Quando a extração é realizada na apresentação

pélvica, sem ser antecedida pela versão interna, será necessário apreender-se o “bom pé”.

1) Devem ser observados os princípios gerais da extração, que consistem em respeitar os tempos do mecanismo de parto pélvico, favorecendo as tendências da evolução espontânea do parto; não precipitar, por movimentos intempestivos, as fases operatórias; ajudar o parto com expressão abdominal, manuseado por auxiliar, sobre a cabeça do feto e efetuar as trações durante as contrações uterinas. Desta forma, procuram-se evitar os inconvenientes da deflexão dos braços e da cabeça.

Extração das nádegas, dos membros inferiores e do segmento córmico. Para poder extrair o pólo pélvico deve-se dispor de um ou ambos os membros inferiores para exercer a tração. Isto é possível quando a extração é consecutiva à versão interna, quando se trata de apresentação pélvica incompleta na modalidade de pés ou quando a apresentação pélvica é completa, sendo muito simples baixar um membro inferior. Por outro lado, em uma apresentação pélvica incompleta (simples, agripina) modo de nádegas é geralmente difícil abaixar uma perna, podendo ser necessário exercer a tração na prega inguinal do feto⁵.

Na **apresentação pélvica incompleta modo de nádegas profundamente insinuada**, o abaixamento do pé pode ser perigoso e traumático. Se a prega inguinal for acessível, traciona-se o feto pela prega inguinal (Figura 7)⁶.

⁵ Quando se abaixa apenas um pé, convém apreender-se o pé anterior, que corresponde à anca anterior do feto, que deslizará por trás da sínfise púbica, sendo o “bom pé” o mesmo da versão interna. Assim, nas sacro-ilíacas esquerdas, o “bom pé” é o esquerdo e nas sacro-ilíacas direitas o direito. Se o pé posterior é abaixado, corre-se o risco de cavalgar o membro inferior sobre a sínfise púbica e rodar o dorso do feto para trás.

Para apreender o pé na apresentação pélvica completa, introduz-se na vagina a mão que, na posição mais natural, tenha a palma em relação ao plano ventral do feto. O pé anterior não é geralmente o que se localiza adiante, mas o que está atrás, pois os pés costumam estar cruzados. Reconhece-se o pé anterior pela posição do polegar ou seguindo-se a nádega anterior, coxa e perna. Apreende-se o pé como descrito para a versão interna. Uma vez efetuada a pegada, traz-se o pé à vulva e verifica-se tratar-se efetivamente do “bom pé”.

⁶ A técnica da tração pela prega inguinal consiste em introduzir na vagina, em caso de necessidade, toda a mão cuja palma corresponda ao abdome do feto. Engancha-se a prega inguinal anterior com o dedo indicador desta mão, passando da frente para trás. A mão livre abraça o punho do membro que acaba de enganchar a prega inguinal anterior, para ajudar

Na **apresentação pélvica incompleta, modo de nádegas, não insinuada ou no limiar da insinuação** a preensão do pé pode ser penosa por estarem os membros inferiores ao longo do tronco do feto e os pés no fundo uterino. As dificuldades são maiores se a bolsa estiver rota e o útero contraído sobre o feto. Deve-se descer o “bom pé” com o mínimo deslocamento do pólo pélvico, para evitar-se o prolapso do cordão⁷. Lembrar que, se o pólo pélvico incompleto não se encaixou após algumas horas de trabalho de parto, deve-se suspeitar de vício pélvico materno ou de feto grande, que contra-indicam o parto por via vaginal.

Após a preensão do “bom pé”, de ambos os pés ou da prega inguinal, procede-se à extração propriamente dita, que terá os seguintes tempos:

a) Acomodação do pólo pélvico ao estreito superior. Antes de tracionar, é importante observar se o pólo pélvico está orientado em um diâmetro oblíquo do estreito superior. Caso negativo, deve-se orientá-lo após apreendê-lo solidamente e imprimir um ligeiro movimento de rotação sobre seu eixo. O obstetra deve se preocupar em fazer o dorso voltar-se para cima (para que por sua vez a cabeça se encaixe em occípito-púbica). Para isso, os dedos dos pés devem estar dirigidos para baixo.

b) Encaixe do pólo pélvico. Para poder efetuar bem as trações e conseguir uma pegada mais segura, é adequado envolver o membro inferior com uma compressa úmida. O obstetra coloca o polegar sobre a panturrilha, paralelamente aos ossos

a fazer a tração, por causar muito cansaço esta intervenção. Traciona-se para baixo. Quando a nádega anterior tiver descido o suficiente, a prega inguinal posterior se torna acessível. Neste ponto, engancha-se a prega inguinal posterior com o dedo indicador da outra mão. Os polegares se apoiam sobre o sacro do feto. As trações inguinais digitais nem sempre são satisfatórias porque os dedos se cansam.

⁷ Para a preensão do pé nas apresentações pélvicas incompletas não insinuadas existem basicamente dois métodos, que devem ser executados sempre nos intervalos das contrações uterinas:

a) Manobra de Pinard-Mantel (Figura 8) . Introduce-se na vagina os dedos da mão cuja palma corresponde ao plano ventral do feto. Ao longo da coxa anterior, os dedos chegam ao oco poplíteo, exercendo pressão sobre os tendões desta região, ao mesmo tempo que deslocam o membro para fora (abdução da coxa), o que faz com que os músculos se contraíam e o feto flexione espontaneamente a perna sobre a coxa. O pé, ao bascular, se aproxima dos dedos do operador, o que propicia sua apreensão e tração até a vulva.

b) Manobra de Tarnier. É um melhoramento da manobra anterior e consiste em exercer pressão com o polegar sobre a região poplíteia, enquanto os dedos indicador e médio contornam o joelho e flexionam a perna.

longos, com os outros dedos rodeando a perna. Exerce-se então tração na perna, o mais para baixo possível, quase verticalmente. Assim, o pólo pélvico ultrapassa o estreito superior e percorre a escavação até chegar ao estreito inferior. A tração deve ser feita durante as contrações uterinas e de forma constante, sem exagero de força. À medida que o membro inferior se exterioriza, apreende-lo cada vez mais acima, até chegar à raiz da coxa.

c) Acomodação do pólo pélvico ao estreito inferior (Figura 9). Havendo se insinuado o pólo pélvico, ou seja, quando a crista ilíaca ultrapassou o ligamento *arcuatum*, se realiza sua acomodação ao estreito inferior, pondo o diâmetro bitrocantariano em relação com o ântero-posterior do estreito. Para isso, apreende-se a coxa com abas as mãos, os polegares sobrepostos na face posterior, enquanto os outros dedos envolvem a perna e a coxa, e se faz rodar o pólo pélvico, de maneira que a nádega anterior se ponha em contato com a sínfise púbica.

d) Desprendimento do pólo pélvico (Figura 10). Uma vez bem orientado o pólo pélvico no estreito inferior, orienta-se a nádega anterior a colocar-se sob a sínfise púbica. Então traciona-se o membro inferior, primeiro horizontalmente e depois para cima, até que a nádega posterior apareça na vulva. Aplicam-se os polegares sobre o sacro, enquanto os dedos de ambas as mãos envolvem as coxas. Exterioriza-se o membro inferior.

e) Orientação dos ombros no estreito superior. Envolve-se o pólo pélvico com uma compressa úmida e apreendendo-o com ambas as mãos, com os polegares aplicados sobre a face posterior do sacro enquanto os outros dedos envolvem as asas do ilíaco e a raiz das coxas. Nunca apreender o feto pelo abdome por poder causar lesões viscerais graves. Roda-se o dorso para adiante, colocando o diâmetro biacromial em relação com um dos diâmetros oblíquos da bacia materna.

Extração dos membros superiores e da cabeça derradeira. A extração dos braços e da cabeça é idêntica para as apresentações pélvicas completa ou incompleta, modo de nádegas, e as manobras empregadas são as mesmas descritas a propósito do “auxílio manual” no parto pélvico. O essencial para que a

extração tenha êxito é não pretender desprender os braços até que não se tenha exteriorizado pelo menos a metade inferior da escápula fetal.