

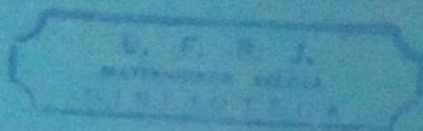
MATERNIDADE E INFÂNCIA

(ARQUIVOS MÉDICO-SOCIAIS)

ÓRGÃO DA

LEGIÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA

COMISSÃO ESTADUAL DE SÃO PAULO



VOLUME XIX ★ ABRIL - JUNHO, 1960 ★ NÚMERO 2 ★ ANO XVI

MATERNIDADE E INFÂNCIA

(ARQUIVOS MÉDICO-SOCIAIS)

VOLUME XIX

ABRIL-JUNHO, 1960

NÚMERO 2

ANO XVI

DIRETOR-FUNDADOR

Dr. João Amorim

DIRETOR

Prof. Dr. Domingos Delascio

REDATORES-CHEFES

Prof. Dr. Carlos Prado

Dr. Augusto José Fernandes

SECRETÁRIO

Randolpho Homem de Mello

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Waldemar de Souza Rudge

Prof. Alberto Raul Martinez

Dr. Antonio Guariento

Dr. Arthur de Almeida

Dr. David Ferman

Dr. Fuad Ferreira

Dr. Jorge José Coelho Tavares

Dr. Oswaldo Lacrete

★

ASSINATURA

NÚMERO AVULSO Cr\$ 30,00
ANO Cr\$ 200,00
ESTRANGEIRO USA\$ 10,00

★

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

RUA GUAIANAZES, 1385

TELEFONE: 52-9141

SÃO PAULO

S u m á r i o

	Pág.
<i>Hemorragia retroperitoneal no ciclo grávido-puerperal. A propósito de um caso de rotura de veia ovariana no parto — Sebastião Piato, Domingos Delascio e Laurival De Luca</i>	109
<i>Electroforese das proteínas do soro da gestante normal — Mario Lepolard Antunes</i>	119
<i>A moléstia de von Recklinghausen na gravidez — Osmario Borges de Macedo</i>	129
<i>A evolução da ferida operatória sem a prática do curativo oclusivo — Laurival De Luca, Nicolau Safatle e Quintino Chiodo Filho</i>	137
<i>Pelagra e gravidez — Osmario Borges de Macedo</i>	141
<i>Rotura central completa do perineo e parto perineal — Murilo Bueno Brandão</i>	153
<i>Pneumonia pneumocística — Antonio Luisi</i>	157
<i>Ação "in vitro" de vitaminas hidrossolúveis e da luz fluorescente sobre os níveis de bilirrubina. Resultados do tratamento da hiperbilirrubinemia do recém-nascido pelo ácido tiocaprílico, superiluminação, vitamina C, complexo B e vitamina C mais complexo B — Abrahão Berezin</i>	169
<i>Hans Naujoks — Heinrich Martius (Göttingen) — Tradução de J. Clemente de Almeida Moura</i>	205
<i>Resumos — A. Guariento e D. Delascio</i>	209
<i>Noticiário</i>	217

ROTURA CENTRAL COMPLETA DO PERÍNEO E PARTO PERINEAL

MURILO BUENO BRANDÃO *

A rotura central do períneo é uma entidade bastante rara. O primeiro caso foi descrito por Slovogt, no ano de 1700. Dessa época até 1929, Lofgvist reuniu 212 casos da literatura mundial. Martins e Sawaia, em revisão feita em 1954, reuniram 271 casos, inclusive o desses autores.

São ditas roturas centrais do períneo aquelas em que o contórno vulvar permanece íntegro. Podem ser completas e incompletas, de acôrdo com os planos lesados. Serão completas quando atingirem tôda a espessura do períneo. A rotura incompleta pode ser superficial quando atingir sòmente o tegumento externo, respeitando mais ou menos os planos musculares, e intersticial, quando houver lesão dos músculos, respeitando os planos cutâneo e mucoso, ficando então o períneo reduzido a uma lâmina em que tais planos parecem justapostos. Havendo ou não lesão de outros órgãos, pode ser, ainda, simples ou complicada.

Para Winckel, a incidência é de 1:10.000 partos, sendo para Zange-meister de 1:3.000 (cit. por Martins e Sawaia). O presente caso registrou-se após 7.266 partos normais ocorridos na "Maternidade Da. Gercina", da Santa Casa de Goiânia.

Quanto à paridade, nota-se que é bem mais freqüente em primíparas do que em múltiparas. Lofgvist, em 202, encontrou 88,4% entre aquelas. Quanto à idade, verifica-se principalmente entre os 16 e 25 anos.

No tocante à etiologia, não se pode considerar um fator único neste tipo de rotura perineal. Devemos considerar três fatôres: maternos, fetais e externos.

Os maternos são inúmeros: períneo alto e inelástico, rigidez do anel vulvar, integridade himenal, anteversão acentuada da bacia, cicatrizes do períneo, contrações uterinas violentas e conseqüente período expulsivo muito rápido, hipoplasia genital, pressão hidráulica (fator importante no ver de J. Pereira), arco pubiano muito estreito, etc.

Quanto aos fatôres fetais, devemos considerar a apresentação de vértex, cabeças muito grandes ou muito pequenas (estas, principalmente nas perfurações vagino-perineais) e as posições posteriores.

Fatôres externos importantes são as intervenções obstétricas, principalmente o fórceps, quando não feita a episiotomia prévia e o uso de manobras defeituosas na defesa do períneo, impedindo a deflexão da cabeça no seu desprendimento.

* Médico voluntário da "Maternidade Da. Gercina", da Santa Casa de Goiânia (Chefe de Clínica: Dr. Edilberto da Veiga Jardim).

No mecanismo dessa lesão, devemos considerar dois tipos: 1) dilatação perineal — em que a elasticidade do períneo é vencida pela apresentação, iniciando-se, então, a rotura pelo tegumento externo. Pode-se, nestes casos, transformar a rotura central em marginal, por meio da episiotomia oportuna; 2) perfuração vagino-perineal, na qual se inicia a rotura internamente, pela mucosa vaginal, dando-se, neste caso, o parto perineal.

O diagnóstico, nestes casos, não oferece dificuldade. A simples inspeção e palpação, aliando-se à anamnese obstétrica, leva-nos seguramente a êle. O prognóstico geralmente é bom, principalmente não havendo lesão de outros órgãos. Do ponto de vista ginecológico, particularmente, não se pode dizer tal coisa. Esta lesão, quando não tratada, influi sobremaneira no aparelho de sustentação dos órgãos genitais, pois que o atinge no ponto de confluência de quase tôdas as suas fibras, propiciando, então, as distopias genitais.

O tratamento pode ser profilático ou curativo. Naquele, fazemos uso da episiotomia e empregamos manobras racionais na defesa do períneo. O tratamento curativo deve ser sempre cirúrgico, por meio da perineorrafia.

O caso por nós observado verificou-se na "Maternidade Da. Gercina", da Santa Casa de Goiânia, tendo o parto sido feito por parteira dêsse nosocômio. A observação da doente é a seguinte:

A.S.L. — 19 anos, preta, casada, doméstica, natural do Piauí, residente em Goiânia.

A.F. — Mãe viva e forte. Pai falecido do coração.

A.P. — Moléstias próprias da infância.

A.M. — Menarca aos 14 anos. Ciclo $\frac{3}{28 \mid 30}$ regular. Dismenorréia intensa.

Última menstruação em 14-11-57.

A.O. — Primigesta, primípara. Gravidez decorrendo sem quaisquer anormalidades. O trabalho de parto iniciou-se mais ou menos as 24 horas do dia 18-8-58, dando à luz, às 6 horas do dia 19-8-58, a um feto vivo, do sexo masculino, pesando 3.200 kg e sem vícios de conformação.

A.S. — Casada há um ano. Funções sexuais normais. Corrimento: nega.

S.I. — Constipação crônica.

S.U. — Polaciúria no início da gravidez.

S.M. — Mastalgia pré-menstrual.

Exame físico — Pressão: 110 e 70 mm Hg. Pulso: 82 por minuto. Mamas: hipertrofiadas, simétricas, tubérculos de Montgomery, notando-se a saída de colostro à expressão.

Abdome — Vibices recentes. Nota-se uma tumoração mediana globosa, cujo limite superior atinge a cicatriz umbilical e o inferior perde-se na escavação pélvica.

O.G.E. — Pilificação normal para o sexo. O anel vulvar destaca-se, na sua porção inferior, do períneo, que se acha rôto longitudinalmente, rotura essa que vai da comissura labial posterior à linha pectinea do ânus. Entreabrindo-se os bordos da ferida, vêem-se as fibras do levantador do ânus, rôtas, o septo reto-vaginal e o esfíncter externo do ânus com algumas fibras mais externas lesadas.

O.G.I. — Ao toque encontra-se uma vagina ampla, com sua parede posterior róta, em forma de V invertido, no seu terço inferior, e pondo-se em comunicação com a rotura perineal. Colo uterino bastante dilatado, anexos não palpáveis, paramétrios livres.

Exame especular — Verifica-se a lesão da parede vaginal acima descrita e o colo uterino sem lacerações traumáticas dignas de nota.

Toque retal — Assinala-se a integridade do esfíncter externo e das paredes do reto.

Diagnóstico — Rotura central do períneo.

Tratamento — Cirúrgico.

COMENTÁRIOS

O caso presente, como na grande maioria dos autores, deu-se em primípara, de 19 anos, tendo o trabalho de parto sido rápido (6 horas), levando-se em consideração o tempo médio de 14,4 horas tido por Friedman (cit. Eastman).

O períneo da paciente media mais ou menos 12 cm, bastante rijo, a fenda vulvar estreita, a qual se destacou do períneo na sua porção inferior. As contrações foram freqüentes, violentas, sendo o feto, em apresentação cefálica, desprendido pelo períneo.

A cabeça fetal apresentava-se bastante moldada, devendo ter êste fato grande influência na perfuração da parede vaginal, divulsionando os tecidos subjacentes, como uma cunha.

RESUMO

O autor relata um caso de rotura central completa do períneo, ocorrido na "Maternidade Da. Gercina", da Santa Casa de Goiânia. Focaliza os diversos tipos de roturas centrais, sua etiologia, na qual entram em função fatores maternos, fetais e externos. Refere, ainda, a incidência encontrada pelos autores, a paridade, o mecanismo da lesão, o diagnóstico e o tratamento.

Apresenta, em seguida, a observação da doente, primípara de 19 anos, em que a rigidez do anel vulvar, o períneo alto e a cabeça fetal bastante amoldada contribuíram preponderantemente para êste tipo de lesão.

SUMMARY

The author reports a case of complete central rupture of the perineum, seen at the "Maternidade Da. Gercina", at the Santa Casa in Goiânia. He discusses the different types of central rupture and its etiology, mentioning maternal, fetal and external factors. He refers also the incidence found by other authors, the parity, the mechanism of the lesion, the diagnosis and the treatment. In the following, he describes the clinical history of a 19 years old primipara, where the rigidity of the vulvar ring, the high perineum and the molded fetal head contributed definitely for this type of lesion.

BIBLIOGRAFIA

1. Barnes, J. — Central rupture of perineum; report of case with review of literature. *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.*, 54:351-7, 1947.
2. Bumm, E. — *Trattato Completo di Ostetricia*, 4ª ed. ital. Società Editrice Libreria, Milano, 1924, vol. II, pág. 301.
3. Eastman, N. Y. — *Obstetrics*, 11ª ed. New York, Appleton Century Crofts, Inc., 1956, pág. 419.
4. Grelle, F. C. — *Manual de Obstetricia*, 1ª ed. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu S.A., 1956, pág. 697.
5. Martins, C. de P. e Sawala, C. — Rotura central completa do perineo. Parto perineal. Considerações a propósito de um caso. *An. Bras. Ginec.*, 37:139-46, 1954.
6. Mota, M. A. — Um caso de ruptura central do perineo. *Rev. Hosp. N. S. Apar.*, 1(4):33-7, 1948.
7. Pereira, J. M. da S. — Sobre um caso de rotura central do perineo. *An. Bras. Ginec.*, 19:377-83, 1945.
8. Perez, M. L. — *Tratado de Obstetricia*, 6ª ed., Lopes & Etchegoyen, Buenos Aires, 1951.
9. Recasens, D. S. — *Tratado de Obstetricia*, 6ª ed., Salvat Editores S.A., Barcelona, 1932.
10. Tolosa, B. e Pawel, M. — Rotura central completa do perineo. Parto perineal. *An. Bras. Ginec.*, 9:44-50, 1940.
11. Souza e Melo, C. de — Ruptura central do perineo. *Rev. Ginec. e Obst.*, 38(5):262-7, 1944.
12. Tavares, J. C. e Pinto, J. L. F. — Sobre um caso de ruptura central do perineo. *Matern. Inf.*, 5(3):260-2, 1949.