

Gestação e Mal Formação Genital Pregnancy and Genital Anomalies

José Eduardo Nestarez *
Lenir Mathias *
Moisés Kanas *
Mauro Grynszpan *

Aléssio Calil Mathias *
Antonio Aparecido Figueira Quintal *
Chen Hsian Lih *
Bussâmara Neme *

RESUMO: São estudados 18 casos de malformações genitais e gravidez ocorridas na Clínica Obstétrica da FMUSP no período de 1977 a 1982. Analisaram vários parâmetros, como antecedentes obstétricos, incidência de abortamento e prematuridade, tipo de parto, morbilidade-perinatal. Os antecedentes obstétricos revelaram 23,0% de prematuridade e 46,1% de abortamento; na gestação atual 27,7% de prematuridade e 16,6% de abortamento. Ressaltam o alto índice de operação cesárea (80,0%). Concluem pela importância do diagnóstico prévio e tratamento adequado no pré-natal na diminuição dos elevados índices de patologia materno-fetal.

UNITERMOS: malformação genital, gestação útero normal, cesariana, aborto, morbilidade-perinatal.

SUMMARY: A review of 18 pregnant patients with genital anomalies was made at the Department of Obstetrics and Gynecology of São Paulo, Faculty of Medicine from 1977 to 1982. Parameters such as obstetric histories, frequency of abortion and prematurity, type of delivery and perinatal outcome were analyzed. The obstetric histories revealed 46,1% of abortion and 23,0% of premature labors. The present pregnancies showed 27,7% of premature labors and 16,6% of abortions. There was a high incidence of cesarean section (80,0%). The authors emphasize the importance of early diagnosis and proper treatment during the prenatal period if the decrease of obstetric complications are to be accomplished.

KEY WORDS: genital anomalies, pregnancy, normal child birth, cesarean section, abortion, perinatal outcome.

INTRODUÇÃO

A associação de malformação genital com gestação, embora rara, cria vários problemas no ciclo gravídico-puerperal.

A incidência estimada varia na literatura, de 1.400 partos (Smith, 1931), a 1.500 partos (Jones, 1957).

Para Green e Col (1976) a incidência depende do interesse da equipe médica em diagnosticá-la. Em seu trabalho relatam variação anual de 0,48 a 0,06%.

A presença de malformações geralmente está associada à infertilidade, prematuridade, apresentações anômalas, discinensias uterinas, retenção placentária e outras menos frequentes. Em consequência apresentam aumento da mortalidade perinatal.

Ao obstreta é fundamental o diagnóstico ante-natal, possibilitando a profilaxia da maioria destas complicações.

CLASSIFICAÇÃO

Do ponto de vista embriológico os ductos de Mulher tornam-se aparentes na sexta semana de vida intra-uterina. Por volta do segundo mês convertem-se no ducto genital principal da mulher com suas três porções: vertical cefálica, horizontal e vertical caudal.

As duas primeiras irão constituir as tubas uterinas enquanto as terceiras se fundem na linha mediana dando origem ao útero e parte superior da vagina, desembocando no seio urogenital. O septo que separa estas duas porções desaparece por volta do terceiro mês de vida intra-uterina. Os ductos de Wolf (mesonéfricos) que originarão os rins e sistema pielocalicial estão em íntima correlação com os anteriores, daí a frequente associação de malformações (30-40%).

Várias classificações tem sido propostas para as alterações quer baseada na capacidade fisiológica (Semmens, 1962), funcional (Jones, 1957) ou anátomo-embriológicas (Jarcho, 1946).

Esta última nos parece a que melhor atende aos objetivos do presente trabalho. Divide as malformações em:

— **Útero didelfo:** constituído por duas cavidades com dois colos, sendo que externamente o septo divide quase completamente em dois hemi-úteros; acompanha-o septo vaginal longitudinal.

— **Útero bicorno com colo duplo:** a diferença do anterior está em que o septo externo não atinge toda a parede divisória e não encontramos septo vaginal.

— **Útero bicorno com colo único:** neste existem dois cornos uterinos com apenas um colo.

— **Útero septado:** existe apenas septo uterino dividindo a cavidade, sem alterações de forma externa.

— **Útero subseptado:** igual ao anterior, apenas com menor desenvolvimento do septo.

— **Útero arquato:** observa-se apenas deformação na região fúndica com ampliação da cavidade uterina no sentido transversal.

— **Útero unicornio:** em que apenas observamos a presença de um corno uterino.

Existem diferentes graus de intensidade desses vários grupos, originando grande número de quadros anátomo-patológicos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados 18 casos atendidos na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Serviço do Prof. B. Neme) no período de 1º de janeiro de 1977 a maio de 1982.

Destes casos estudamos a idade, paridade, antecedentes obstétricos, apresentação, tipo de parto e morbidade perinatal.

A época e a maneira da feitura do diagnóstico das malformações também foram avaliadas.

RESULTADOS

Os nossos casos em relação aos parâmetros estudados encontram-se na tabela 1 e 2.

* Médicos da Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Serviço do Prof. Bussâmara Neme)

A nossa incidência foi de 0,1%

Em relação ao grupo etário, houve predominância dos 15 aos 25 anos.

Quanto ao tipo de malformações, nossos resultados estão expressos na tabela 3.

No que diz respeito aos antecedentes obstétricos, existiram 26 gestações anteriores, das quais 6 prematuras (23,0%) e 12 que terminaram em abortamento (46,1%).

Na gestação atual, ocorreram três abortamentos (16,6%) e cinco prematuros (27,7%).

Em nosso material, excluindo os três casos de abortamento, tivemos 12 cesáreas (80,0%) e a 3 partos espontâneos (20,0%).

A apresentação cefálica foi predominante, 11 casos (73,3%), pélvica em 3 casos (20,0%) e 1 caso de situação transversa (6,6%).

A maneira como foi feito o diagnóstico encontra-se na tabela 4.

O índice de Apgar no 1º minuto mostrou 5 casos com valores ≤ 6 (33,3%) e 10 casos com ≥ 7 (66,6%); já no 5º minuto apenas 1 caso com Apgar ≤ 6 (6,6%) e 14 com valores ≥ 7 (93,3%).

COMENTÁRIOS

A classificação baseada em critérios anatômicos e embriológicos usada em nosso trabalho (Jarcho 1946), pouco nos informa a respeito das alterações funcionais dos órgãos.

Jonas (1957) propõe esquema fundado na capacidade gestacional das malformações genitais; afirmando que o bom desempenho obstétrico depende da distensibilidade da região fúndica uterina. Para ele, em critério decrescente de funcionalidade encontraríamos o útero arqueado, septado, bicorno e didelfo.

Para Semmens (1962) as anomalias genitais podem ser divididas em dois grupos funcionais: o primeiro, dependente de origem mulieriana única (didelfo, unicornio) e

o segundo com origem dupla (septado, bicorno, arqueado). Ao contrário de Jones (1957) — seus melhores resultados estão no primeiro grupo.

Analisando nosso material, os piores antecedentes obstétricos, que no geral são 23,0% de prematuridade e 46,1% de abortamento, encontra-se no grupo de úteros bicornos, estando de acordo com Semmens (1962), Jones e Col (1969) e Musich (1978).

Pela análise destes dados ressalta a importância do estudo destas alterações que apresentam elevada morbiletalidade perinatal.

Uma vez feito o diagnóstico, o correto acompanhamento pré-natal permite a redução destes índices; em nosso material houve evidente redução na incidência de abortamento (de 46,1% a 16,6%).

Os métodos utilizados no diagnóstico destas malformações, conforme mostra a tabela 4, foram realizadas em época ante-gestacional em 11 oportunidades e em 9 vezes durante a gestação e/ou parto. O exame físico foi o procedimento mais eficaz em 12 oportunidades.

O melhor resultado perinatal foi conseguido em parte devido a liberal indicação de operação cesárea, que em nossos casos ocorreu em 80,0% das vezes.

A indicação operatória encontra respaldo na maior frequência de anomalias de apresentação (em nosso material 26,6% de apresentação pélvica e situação transversa), de distocias funcionais e de dilatação do colo uterino.

Apesar de a literatura apresentar elevada incidência de morbidade materno-fetal em casos de malformações genitais e gravidez, o nosso material não apresentou maiores complicações quer puerperais ou neonatais.

Em suma, o estudo de nossos casos, sugere que a associação de malformações genitais e gravidez pode apresentar alta incidência de intercorrências patológicas, embora, uma vez diagnosticada e adequadamente seguidas em serviço de pré-natal permitem reduzir sobremaneira tais índices.

TABELA 1
MALFORMAÇÃO E GESTAÇÃO — ANTECEDENTES

Nº DE CASOS	IDADE	TIPO DE MALFORMAÇÃO	Nº DE GESTAÇÃO	Nº DE PARTOS	Nº DE ABORTOS	PARTOS PREMATUROS ANTERIORES
1	22	DIDELFO	3	1	1	—
2	21	DIDELFO	6	3	2	3
3	—	DIDELFO	1	0	—	—
4	25	DIDELFO	1	0	—	—
5	29	DIDELFO	5	0	4	—
6	26	BICORNO	4	2	1	2
7	20	BICORNO	3	1	1	—
8	22	BICORNO	5	3	1	1
9	31	BICORNO	3	2	—	—
10	—	BICORNO	2	1	—	—
11	31	BICORNO	2	0	1	—
12	16	BICORNO	1	0	—	—
13	22	SEPTADO	1	0	—	—
14	39	SEPTADO	2	1	—	—
15	16	SEPTO VAGINAL	1	0	—	—
16	17	SEPTO VAGINAL	1	0	—	—
17	20	SEPTO VAGINAL	2	1	—	—
18	20	SEPTO VAGINAL	1	0	—	—

TABELA 2
MALFORMAÇÕES E GESTAÇÃO — GESTAÇÃO ATUAL

Nº DE CASOS	IDADE GESTACIONAL NO PARTO (SEM.)	APRESENTAÇÃO FETAL	TIPO DE PARTO	APGAR		PESO DO RN
				1º	5º	
1	36	CEFÁLICA	CESÁREA	8	9	2680
2	39	CEFÁLICA	CESÁREA	9	10	2430
3	12	—	ABORTO	—	—	—
4	39	CEFÁLICA	CESÁREA	9	10	2580
5	37	CEFÁLICA	CESÁREA	7	10	2420
6	34	PÉLVICA	CESÁREA	2	5	1220
7	38	ST. TRANSVERSA	CESÁREA	8	9	3140
8	38	CEFÁLICA	CESÁREA	8	10	2680
9	39	CEFÁLICA	CESÁREA	6	8	3620
10	13	—	ABORTO	—	—	—
11	40	PÉLVICA	CESÁREA	8	10	3100
12	37	CEFÁLICA	ESPONTÂNEO	9	10	2810
13	12	—	ABORTO	—	—	—
14	39	CEFÁLICA	CESÁREA	5	7	2500
15	40	PÉLVICA	CESÁREA	2	7	3500
16	40	CEFÁLICA	CESÁREA	9	10	3160
17	40	CEFÁLICA	ESPONTÂNEO	9	10	3410
18	35	CEFÁLICA	ESPONTÂNEO	6	9	2000

TABELA 3
Distribuição segundo o tipo de malformação

MALFORMAÇÕES	Nº CASOS
DIDELFO	5 (27,7%)
BICORNO / COLO ÚNICO	7 (38,8%)
ÚTERO SEPTADO	2 (11,1%)
SEPTO VAGINAL	4 (22,2%)
T O T A L	18 (100,0%)

TABELA 4
Método e momento do diagnóstico das malformações

PROCEDIMENTO PROPEDÉUTICO	ÉPOCA	Nº CASOS
EXAME FÍSICO	ANTEPARTO	4
EXAME FÍSICO	INTRAPARTO	8
CESÁREA	ANTERIOR	3
CESÁREA	ATUAL	1
HISTEROSALPINGOGRAFIA	ANTEPARTO	4

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GREEN, L. K. & HARRIS, R. E. — Uterine Anomalies — Frequency of diagnosis and associated obstetric complications. *Obst. Gynecol.* 47:4, 427, 1976.
- JARCHO, J. — Malformations of the uterus. *Amer. J. Surg.* 71:106, 1946.
- JONES, H. W. & WHEELLESS, C. R. — Salvage of the reproductive potential of women with anomalous development of the mullerian ducts. *Amer. J. Obst. Gyner.* 104:348, 1969.
- JONES, W. S. — Obstetric significance of female genital anomalies. *Amer. J. Obstet. Gynecol.* 10:113, 1957.
- MUSICH, J. R. & BEHERMAN, S. J. — Obstetric outcome before and after metroplasty in women with uterine anomalies. *Obst. Gynecol.* 52:1, 63, 1978.
- SEMMENS, J. P. — Congenital anomalies of the female genital tract. *Obstet. Gynec.* 19:328, 1962.
- SMITH, F. R. — The significance of incomplete fusion of the mullerian ducts in pregnancy and parturition, with a report on 35 cases. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 22:714, 1931.