

Nó verdadeiro de cordão umbilical em parto vaginal: relato de caso

True knot umbilical cord in childbirth vaginal: case report

Fabiana Ottoni Batista¹, Priscilla Strucchi¹, Bernardo de Paula Acar², Lays Stefanie Silva Abreu¹, Vanessa Vaz de Mello Larivoir¹, Plínio Santos Ramos

¹ Acadêmica de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA - MG, Brasil (2016) - Acadêmica.

² Médico Graduado na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA - MG, Brasil - Médico. ³ Doutor em Ciências do Exercício e do Esporte - UGF. Pós-doutoramento na Universidade de Brasília (UNB) - Professor da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA - MG, Brasil.

Plínio Santos Ramos, Alameda Salvaterra nº 200, Bairro: Salvaterra. Juiz de Fora - MG

RESUMO

O entrelaçamento de cordão umbilical é uma condição rara, porém está relacionado a elevada morbidade e mortalidade fetal. Há poucas evidências na literatura que versam sobre o tema. Neste artigo, descrevemos um caso de nó de cordão umbilical e os aspectos relacionados em parto vaginal por meio de uma breve revisão de literatura.

Palavras-chave: Obstetrícia; Cordão Umbilical; Recém-Nascido

ABSTRACT

Intertwined umbilical cord is a rare condition, but is related to high morbidity and fetal mortality. There is little evidence in the literature that deal with the subject. In this article, we describe a true knot umbilical cord case and aspects of vaginal delivery through a brief literature review.

Keywords: Obstetrics; Umbilical Cord; Infant, Newborn

INTRODUÇÃO

O nó de cordão umbilical verdadeiro é relativamente raro e sua prevalência varia de 0,3 % a 2,1%¹. Pode ser definido como o entrelaçamento de um segmento do cordão umbilical em decorrência dos movimentos fetais, sendo que, na maioria dos casos, ocorrem sem qualquer significado clínico, o que dificulta o diagnóstico intra-útero^{2,3}.

Acredita-se que o nó de cordão seja formado entre a 9^a e 12^a semanas de gestação, pois é nesse período em que há um maior volume de líquido amniótico e uma maior circulação fetal³. Há quem defenda que o verdadeiro nó de cordão é formado intra-parto, o que não contribuiria para uma investigação durante o pré natal para o diagnóstico de tal fato^{2,4}. Por outro lado, existem fatores que aumentam a predisposição a esse evento⁵.

A taxa de mortalidade fetal pré-parto aumenta de 4 a 10 vezes em tais fetos em comparação com a população obstétrica normal, o que torna o diagnóstico pré-natal do nó de cordão extremamente importante^{3,6}.

Tendo em vista a baixa prevalência e as possíveis complicações provenientes deste achado clínico, este trabalho teve por objetivo relatar o caso de um nó verdadeiro de cordão umbilical.

RELATO DE CASO

Primigesta, 19 anos, 39 semanas de gestação, admitida em Hospital e Maternidade filantrópico. A paciente realizou as 10 consultas de pré-natal aonde foram de risco habitual que transcorreu sem intercorrências e com exames complementares normais. A paciente realizou quatro exames de ultrassonografia sem a identificação da presença do entrelaçamento do cordão umbilical. Na admissão apresentava dilatação cervical de 5 cm, apagamento do colo 90%, bolsa íntegra, feto em apresentação -3 De Lee, 144 batimentos cardíacos fetais, dinâmica uterina 3/30"/10'. O trabalho de parto foi acompanhado através do partograma onde todos os parâmetros do mesmo foram avaliados não havendo evidências, aos exames, de sofrimento fetal e ou asfíxia. Evoluiu, ao final de 4 horas, para parto vaginal sem intercorrências com episiotomia médio lateral e identificação por visualização direta de cordão umbilical longo e nó verdadeiro no terço mediano sem comprometimento do fluxo no cordão.

Recém-nascido vivo, masculino, assistido pela pediatra na sala de parto, ativo e reativo, com presença de tônus preservado, líquido amniótico claro e sem grumos, frequência respiratória adequada, 3.045Kg, apgar 9/10, encaminhado para os procedimentos de rotina e aos cuidados gerais. No primeiro dia de puerpério foram efetuados exames físicos e clínicos de ambos os pacientes sem alterações.

Recém-nascido em aleitamento materno exclusivo, ativo e reativo, tônus preservado, sinais vitais avaliados e regulares conforme o esperado para idade, reflexos presentes, funções fisiológicas excretoras preservadas, avaliação dos testes de triagem seguindo as orientações atuais do Sistema Único de Saúde (SUS). A conduta foi alta hospitalar após realização dos procedimentos de rotina e orientações. Os voluntários do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a utilização dos dados apresentados anteriormente, em adendo o mesmo foi previamente submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa institucional de acordo com a resolução 466/12 do conselho nacional de saúde e de acordo com a resolução de Helsinque.

DISCUSSÃO

O nó verdadeiro de cordão é uma alteração rara com poucos estudos na literatura, a pesquisa foi realizada com o termo ("*trueknot umbilical cord*" OR "*umbilical cordtrueknot*") e encontramos 57 artigos versando sobre o assunto no Medline, o que justifica o interesse pelo caso.

Existem fatores que aumentam sua predisposição, que incluem feto do sexo masculino, cordão umbilical longo, gravidez prolongada, polidrâmnio, amniocentese, fetos de tamanhos pequenos, gêmeos monoamnióticos, diabetes mellitus gestacional, hipertensão crônica, anemia, multiparidade, abortos anteriores, idade materna avançada, obesidade e gravidez prolongada^{1,3,5}.

Neste caso, foram encontrados os fatores de risco descritos na literatura; como a presença de cordão umbilical longo e recém-nascido do sexo masculino, o qual não apresentou alterações clínicas^{5,7,8}. Os estudos apontam que, na maioria dos casos, os nós de cordão estão frouxos na fase intrauterina ou são formados durante o parto e, portanto, não causam problemas perinatais significativos^{2,4}. A preocupação principal, no entanto, é a possibilidade de nó apertado durante a fase fetal que pode gerar alterações no fluxo sanguíneo umbilical e como consequência promover a interrupção da circulação, o que pode levar a asfíxia e morte fetal intrauterina, principalmente no momento do trabalho de parto^{3,4}.

Na literatura encontramos relatos da importância do método complementar, ultrassonografia (USG) obstétrica, para diagnóstico do nó verdadeiro de cordão, o que tornou possível que o mesmo seja realizado ainda durante o pré-natal^{9,10}. Porém, ainda existem limitações no diagnóstico antenatal dessa condição, incluindo pré-natal inadequado, seja por falta de profissionais capacitados e treinados para interpretar os dados sugestivos do quadro ou ausência de método em 2 dimensões (2D), 3 dimensões (3D) e Doppler colorido; impossibilidade de visualização de todo cordão umbilical dentro do útero; e a ausência de aspecto ultrassonográfico característico de um verdadeiro nó de

cordão^{2,11,12,13}. No entanto, alguns dados obtidos através da USG podem sugerir possibilidade do entrelaçamento do cordão umbilical, como polidrâmnio e cordão umbilical longo^{2,4}, haja vista que este último foi observado no presente caso aqui descrito. Diante do que foi exposto, sugerimos aprimoramento das técnicas ultrassonográficas pelos profissionais que lidam com gestantes e capacitação para melhor visualização dos sinais sugestivos desta condição.

Pelo elevado risco de complicações e raridade dessa condição, existem poucas evidências na literatura sobre a conduta obstétrica no momento do parto, sendo que a escolha da via cesárea pode ser considerada se o diagnóstico de um verdadeiro nó de cordão é feito, e o parto vaginal não deve ser encorajado devido aos possíveis riscos para o binômio materno-fetal². Porém, essa indicação ainda é muito controversa na literatura e podemos encontrar obstetras que encaram essa condição de forma diferente². No presente caso a decisão pelo parto vaginal se deu pelas condições favoráveis e devido ao desconhecimento da ocorrência do nó de cordão.

O entrelaçamento do cordão umbilical em decorrência dos movimentos fetais pode ocorrer sem alterações clínicas, o que dificulta o diagnóstico intra-útero⁴. A importância do caso se dá pela gravidade das complicações geradas, mesmo raras, levando o recém-nascido ao óbito^{14,15,16}. No caso relatado, recém-nascido apresentou-se em bom estado geral, sinais vitais adequados e sem alterações até o momento da alta hospitalar.

CONCLUSÃO

O nó verdadeiro de cordão caracteriza-se pela presença de um laço em uma parte do seguimento do cordão umbilical que, em sua maioria, ocorre sem qualquer significado clínico, como no caso apresentado neste relato, porém podem gerar complicações graves como diminuição do fluxo sanguíneo umbilical, asfixia e até mesmo óbito fetal intrauterino. Entretanto, cabe ressaltar que na maioria das vezes o nó é desconhecido até o momento do parto, o que pode contribuir sobremaneira para complicações intrauterinas.

REFERÊNCIAS

- 1 - Choudhary R, Choudhary SB. True Knot of the Umbilical Cord - 3D Power Doppler Imaging. *J Fetal Med*. 2015 ; 1: 189-90.
- 2- Guzikowski W, Kowalczyk D, Więcek J. Diagnosis of true umbilical cord knot. *Archs Med Sci*. 2014 ; 10 : 91-5.
- 3 - kechebelu JI, Eleje GU, Ofojebe CJ. True umbilical cord knot leading to fetal demise. *Ann Med Health Sci Res*. 2014 ; 4 : 155-8.
- 4 - Hasbun J, Alcalde JL, Sepulveda W. Three-Dimensional Power Doppler Sonography in the Prenatal Diagnosis of a True Knot of the Umbilical Cord. *J Ultrasound Med*. 2007 ; 26 : 1215-20.
- 5 - Cajal CLR, Martínez RO. Four-dimensional ultrasonography of a true knot of the umbilical cord. *American Journal of Obstetrics Gynecology*. 2006 ; 195 : 896-8.
- 6 - Rodriguez N, Angarita AM, Casasbuenas A, Sarmiento A. Three-dimensional high-definition flow imaging in prenatal diagnosis of a true umbilical cord knot. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2012 ; 39 : 245-6.
- 7 - Srinivasan A, Graves L. Four true umbilical cord knots. *J Obstet Gynaecol Can*. 2006 ; 28 : 32-5.
- 8 - Contreras MO, Bernal JE. Comprendiendo el cordón umbilical. *Patología Revista Latinoamericana*. 2013 ; 51 : 200-5.
- 9 - Abuhamad A. Three-dimensional ultrasound with color Doppler imaging of the umbilical cord true knot. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2014 ; 43 : 360.
- 10 - Gembruch U, Baschat AA. True knot of the umbilical cord: transient constrictive effect to umbilical venous blood flow demonstrated by Doppler sonography. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1996 ; 8 : 53-6.
- 11 - Triunfo S, Rosati P, Guariglia L, Scambia G. Prenatal diagnosis and surveillance of a true umbilical knot by two- and three-dimensional. *Minerva Ginecol*. 2014 ; 66 : 127-9.
- 12 - Bakas P, Papadakis E, Hassiakos D, Liapis A. Second-trimester miscarriage and umbilical cord knot. Case report and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2013 ; 40 : 448-51.
- 13 - Scioscia M, Fornalè M, Bruni F, Peretti D, Trivella G. Four-dimensional and Doppler sonography in the diagnosis and surveillance of a true cord knot. *J Clin Ultrasound*. 2011 ; 39 : 157-9.
- 14 - Nomura ML, Franzin CMM, Milanez H, Marussi EF, Silva JLCP. Gestação monoamniótica e entrelaçamento de cordão umbilical: relato de caso e revisão de literatura. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010 ; 32 : 94-8.
- 15 - Ramón Y Cajal CL, Martínez RO. Prenatal diagnosis of true knot of the umbilical cord. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004 ; 23 : 99-100.