

CONDUTAS NAS URGÊNCIAS EM GINECOLOGIA - PARTE 3

URGÊNCIAS POR INFECÇÕES

José Carlos Menegoci, Luiz Ferraz de Sampaio Neto, Ie Tjie Lian,
João Carlos Wey*

Merecem maior atenção a moléstia inflamatória pélvica aguda, a bartolinite aguda e as vulvovaginites agudas.

MOLÉSTIA INFLAMATÓRIA PÉLVICA AGUDA (MIPA)

Conceito - consiste em síndrome clínica aguda ocasionada pela presença de processo infeccioso nos órgãos genitais internos (acima do orifício interno do colo do útero). Não está relacionada à gestação ou ato cirúrgico prévio e é decorrente da ascensão de germes do trato gênito-urinário baixo, comumente se iniciando a partir de doença sexualmente transmissível, principalmente por ação de microorganismos como clamídia ou gonococo. A tuba é o órgão mais envolvido pelo processo, motivo pelo qual alguns preferem o nome salpingite aguda, mas ainda ocorre endometrite, ooforite, sendo atingidos o paramétrio e o peritônio pélvico, com possível formação de abscessos e, mais raramente, complicando-se com choque séptico.

Importância - É uma das patologias mais freqüentes nos serviços de urgências, sendo responsável por cerca de 5% dos atendimentos e 30% das internações. Gera custos elevados e seu tratamento criterioso evita seqüelas, como algia pélvica crônica, maior incidência de gestações ectópicas e esterilidade.

Dados epidemiológicos apontam maior incidência quando é mais intensa a atividade sexual, sem distinção de classe sócio-econômica, nas pacientes com múltiplos parceiros e com antecedentes de MIP. Os métodos anticoncepcionais hormonais, espermicidas e de barreira proporcionam proteção. O uso de dispositivo intra-uterino facilita a infecção.

Os agentes primários são responsáveis pelo início da infecção (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* e, supõe-se, *Mycoplasma sp*). Com a lesão que se estabelece fazem-se presentes agentes secundários (ou oportunistas), que são germes habitualmente saprófitas que se tornam patogênicos pela queda da resistência (bactérias aeróbias e anaeróbias).

Atribui-se ao tampão mucoso cervical importante ação defensiva dos genitais internos. Isto explicaria a maior incidência da MIP no período menstrual, quando o tampão está ausente e quando o pH vaginal deixa de ser ácido.

Os espermatozoides são responsabilizados pelo transporte das bactérias. Na infecção por gonococos pode acontecer a oclusão do pavilhão e formação de piossalpígeo. Com a evolução do processo, o conteúdo purulento fica transparente, formando-se o hidrossalpígeo. Estas alterações arquiteturais determinam a perda de função das tubas. Se o processo envolve o ovário, pode haver ooforite ou abscesso tubo-ovariano e, em seguida, pelviperitonite ou peritonite generalizada. A progressão dos germes pela goteira parietocólica pode alcançar a loja hepática, ocasionando a peri-hepatite gonocócica (Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis). Esta síndrome pode ocorrer com outros germes, especialmente a clamídia.

Na infecção por clamídia, o quadro clínico tende a ser menos evidente. Estudos recentes têm demonstrado que ocorre imunidade adquirida a uma das suas proteínas. A reinfecção provoca reação de hipersensibilidade, o que explicaria as cicatrizes progressivas observadas nas tubas. Esta reação de hipersensibilidade também explicaria a chamada "salpingite silenciosa", encontrada em alguns casos, nos quais graves lesões tubárias ocorrem na ausência de quadro clínico compatível.

As manifestações clínicas se tornam cada vez mais evidentes quando se consideram os estádios clínicos. No estágio 1 são encontradas endometrite e salpingite sem peritonite. No estágio 2 a endometrite e a salpingite se acompanham de peritonite. No estágio 3 há abscesso tubo-ovariano íntegro e no estágio 4 este abscesso está roto com presença de secreção purulenta na cavidade peritoneal.

Os critério mínimos estabelecidos pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC) são: dor hipogástrica aguda com sensibilidade aumentada à palpação uterina ou anexial, mobilização dolorosa do colo uterino na mulher sexualmente ativa e ausência de outras possibilidades diagnósticas.

São critérios adicionais temperatura acima de 38° C, corrimento mucopurulento, hemossedimentação e proteína C-reativa elevadas e confirmação laboratorial de *N. gonorrhoeae* ou *C. trachomatis*.

São considerados específicos o achado de endometrite em biópsia, imagem de tuba espessada e com conteúdo líquido na ultra-sonografia endovaginal ou na ressonância magnética e achados laparoscópicos afirmativos.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com gestação ectópica, torção de anexo uterino ou de tumor de ovário, ruptura de cisto ovariano, apendicite e pielonefrite agudas.

TRATAMENTO

Casos leves

O tratamento é ambulatorial, aconselhando-se repouso, abstinência sexual, antitérmicos e antiinflamatórios não-hormonais.

Atualmente, se recomenda (CDC) combinação de antibióticos. Pode-se optar por:

- Ofloxacina (Floxstat®) 400mg VO 12/12 h ou Levofloxacina (Levaquin®) 500mg VO 12/12h + Metronidazol (Flagyl®) 400mg VO 12/12h por 14 dias.
- Ceftriaxona (Rocefim®) 250/500mg IM ou Cefoxitina (Mefoxin®) 2g IM em dose única + Doxiciclina 100mg VO 12/2h com ou sem Metronidazol.

Casos graves com internação obrigatória

São os casos em que:

- 1- o diagnóstico é duvidoso,
- 2- é impossível o tratamento ambulatorial oral por náuseas e vômitos ou por pobreza,
- 3- há suspeita de peritonite e/ou abscesso,
- 4- existe acentuada leucocitose ou leucopenia,
- 5- ocorre persistência ou progressão da moléstia após 48 horas de terapia.

Manter em repouso, com hidratação e com medicamentos sintomáticos para os vômitos, febre e dor. Os regimes antibióticos aceitos pelo CDC são dois:

- Cefoxitina 1 a 2 g EV 6/6h + Doxiciclina 100mg EV/VO 12/12h
- Clindamicina (Dalacin®) 900mg EV 8/8h + Gentamicina (Garamicina®) 1,5 mg/kg 8/8 h

Estão sendo estudados dois outros regimes que aguardam confirmação:

- Ofloxacina 400mg EV 12/12h ou Levofloxacina 500mg EV ao dia + Metronidazol 500mg EV 8/8 h.
- Ampicilina 3g EV 6/6 h + Doxiciclina 100mg VO/EV 12/12h.

A clindamicina pode ser substituída por metronidazol e a gentamicina por amicacina.

Em casos de abscesso tubo-ovariano optar por clindamicina ou metronidazol, pois as cefalosporinas de terceira geração têm menor eficácia contra anaeróbios.

A alta hospitalar se faz após 48 horas da melhora clínica, passando-se a medicação para a via oral. O tratamento se completa com 14 dias de medicação.

O tratamento cirúrgico deve ser evitado, pois, em geral, é iatrogênico: os achados induzem à remoção intempestiva de órgãos.

A cirurgia é reservada aos casos em que não há resposta ao tratamento clínico, quando há abscesso ou quando há massa pélvica que persiste ou aumenta apesar do tratamento. Quando a intervenção se faz necessária, deve se restringir ao debridamento de aderências e à drenagem da cavidade peritoneal, sendo o mais conservadora possível em virtude da pouca idade das pacientes. Excepcionalmente, pode ser feita a culdotomia (abertura da parede vaginal posterior), o que permite drenar a cavidade peritoneal ou abscessos por esta via, sendo colocado dreno de Pezzer ou de Malecot. Como o risco de lesões de órgãos pélvicos é alto, este procedimento tem sido pouco comum.

BARTOLINITEAGUDA

Trata-se da infecção da glândula de Bartholin e de seu ducto, que pode evoluir para formação de abscesso. De início, evidencia-se massa com superfície eritematosa, com consistência lenhosa, que torna abaulado o pequeno lábio vaginal correspondente ao lado afetado, com temperatura local elevada e muita dor ao toque. Quando o abscesso está presente, a palpação revela flutuação.

Na fase inicial da evolução do processo inflamatório estão indicados antibióticos cujo uso se estende por 14 dias e

que podem ser escolhidos entre Doxiciclina (100mg VO 12/12h), Ofloxacina (400mg VO 12/12h), Levofloxacina (500mg VO 12/12h) ou Metronidazol (400mg VO 12/12h).

Formado o abscesso, indica-se sua drenagem sob anestesia endovenosa. A incisão é feita na face interna do pequeno lábio, em forma de X e deverá promover a marsupialização da glândula.

São consideradas infrutíferas e contra-indicadas medidas como punção e esvaziamento do abscesso, mesmo quando seguidas de injeção local de antibióticos.

VULVOVAGINITES AGUDAS

As vulvovaginites agudas por vezes exigem assistência de urgência por ocasionarem dor, prurido, edema e irritação locais.

Os agentes responsáveis são a *Candida albicans*, o *Trichomonas vaginalis* e o vírus do herpes genital. Lesões vulvares causada por outros agentes raramente exigem assistência de urgência.

No caso da infecção herpética, em geral, o quadro de urgência se relaciona com a primeira manifestação herpética quando as lesões vesiculares e ulcerosas são numerosas e confluentes e se complicam com infecção secundária.

O tratamento de urgência pode ser realizado com higiene local com soro fisiológico aquecido, permanganato de potássio em solução 1:10, seguido da aplicação de cremes anestésicos e antiinflamatórios contendo corticóides, exceto na suspeita de herpes. Na presença de *Candida sp* indica-se ducha vaginal ou simples banho dos genitais externos com solução contendo um litro de água aquecida e uma colher das de sopa de bicarbonato de sódio, seguida de aplicação intravaginal de cremes à base de Nistatina (Micostatin®), Clotrimazol (Gino-Canesten®), Miconazol (Ginedak®, Gyno-Daktarin®), Isoconazol (Gyno-Icaden®), Tioconazol (Gyno-Tralen®), Terconazol (Gyno-Fungix®), associados à Fluconazol (Candizol®, Fluconazol®, Zoltec®), na dose de 150mg por via oral, em dose única por duas a quatro semanas.

Na presença de *Trichomonas vaginalis* a solução deve conter um litro de água aquecida e uma colher das de sopa de ácido acético (vinagre branco), sendo seguida do tratamento do casal com Metronidazol (Flagyl®) por via vaginal para a paciente e Metronidazol ou Tinidazol (Amplium®, Fasigyn®, Pletil®), comprimidos de 500mg por via oral na dose única de 2g para cada cônjuge. Proibir o uso de bebidas alcoólicas no dia da ingestão dos medicamentos.

Na eventualidade de infecção herpética, não há possibilidade de cura definitiva, sendo o tratamento puramente sintomático. Usa-se o Levamisole (Ascaridil®), 150mg a cada sete dias durante quatro a seis meses; Aciclovir (Aciclor®, Aciclovir®, Penvir®, Zovirax®), comprimidos de 200mg 4/4h durante cinco dias ou creme tópico a cada quatro horas durante dez dias.

A dor pode ser tratada com analgésicos ou antiinflamatórios. O uso de compressas com infusão de camomila tem efeitos analgésicos e antiinflamatórios importantes.