

## ABSCESO EM PAREDE UTERINA NA INCISÃO DE CESÁREA PRÉVIA DURANTE A GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

### UTERINE WALL ABSCESS DURING PREGNANCY IN AN INCISION OF A PREVIOUS CESAREAN SECTION: CASE REPORT

Sérgio Borges Bálsamo<sup>1</sup>, Joe Luiz Vieira Garcia Novo<sup>1</sup>, Cléber de Moraes Motta<sup>2</sup>, Rafael Marques Franco<sup>2</sup>, Thiago Poppes Santalla<sup>2</sup>, Danielli Brussi de Carvalho<sup>2</sup>, Wilton Cassillo<sup>3</sup>

#### RESUMO

A infecção da cicatriz uterina após uma cesariana é um evento raro, porém está associada com a elevação da morbidade materna. A histerectomia tem sido sugerida como a opção mais segura para o tratamento deste tipo de lesão. Apresenta-se o caso de uma mulher com um abscesso volumoso presente na borda inferior de cicatriz prévia por cesariana há quatro anos. A paciente era assintomática e o conteúdo purulento foi descoberto somente durante a abertura da cavidade no parto. Ultrassonografias realizadas durante o pré-natal não mostraram alterações. O parto ocorreu via alta e não foi necessária a realização de histerectomia. Trabalho realizado no Hospital Santa Lucinda, Sorocaba/SP, Brasil.

Descritores: abscesso, cesárea, período pós-operatório, infecção, gravidez.

#### ABSTRACT

Infection of the uterine scar after a cesarean section is rare, however associated to increased maternal morbidity. Hysterectomy has been suggested as the safest option for treating this type of injury. This case concerns a woman with a large abscess in the lowest edge of a previous cesarean incision scar performed four years ago. The patient was asymptomatic and purulent content was only discovered during the opening of the cavity during child-birth. Ultrasound examinations performed in the prenatal period showed no changes. Delivery was carried out by a cesarean section and it was not necessary to perform a hysterectomy.

Key-words: abscess, cesarean section, postoperative period, infection, pregnancy.

#### INTRODUÇÃO

A taxa de partos cesarianos tem aumentado consideravelmente nos últimos anos devido a fatores médicos e sociais.<sup>1,3</sup> O Brasil apresenta muito mais partos por via abdominal que os 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde.<sup>4</sup> O índice nacional de partos cesarianos é de 39%, sendo que as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram índice superior a 40%.<sup>4</sup> Até meados de 1850, esta forma de parto apresentava uma mortalidade materna ao redor de 100%; contudo, devido à melhora de técnicas cirúrgicas e com o advento da anestesia e assepsia pré-operatória para controle de infecções,<sup>2,3</sup> este número reduziu consideravelmente nos últimos anos.<sup>4</sup> Porém, mesmo com a redução da relação risco/benefício da cirurgia cesariana, este procedimento não está totalmente isento de riscos, existindo a possibilidade de complicações, como embolia pulmonar, hemorragias, trombozes e, principalmente, a infecção puerperal.<sup>1,5</sup>

Dentre os principais sítios de infecção pós-parto, podem-se destacar o trato urinário, incisão abdominal e cavidade uterina.<sup>1</sup>

Um abscesso na incisão uterina após um parto cesariano é considerado raro, mas uma complicação séria.<sup>1,6</sup>

Os fatores predisponentes centrais podem ser corioamnionite, rotura de membrana amniótica prolongada e inadequada esterilização da pele.<sup>1,6</sup>

#### RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 26 anos, casada, foi referenciada a esta maternidade com queixa de dor em baixo ventre há 24 horas. Secundigesta, primípara, sem relato de abortamento anterior, com história de um parto cesariano há quatro anos sem complicações durante o puerpério. Segundo a data da última menstruação, apresentava idade gestacional de 39 2/7 semanas, e de acordo com ultrassonografia transvaginal, 40 3/7 semanas. Durante a gestação, realizou dez consultas de pré-natal, apresentando infecção do trato urinário por *Escherichia coli* no sétimo mês, tratada com cefalexina e, em seguida, realizou controle de cura. Não apresentou outras intercorrências. As ultrassonografias realizadas durante o pré-natal apresentaram-se dentro da normalidade de período gravídico, sem evidências de alteração em parede uterina. Sorologias realizadas em primeiro trimestre e em 30ª semana para toxoplasmose, sífilis, HIV e hepatite B apresentaram-se não reagentes. A paciente não apresentava antecedentes pessoais significativos, referindo, apenas, um único episódio cirúrgico anterior (cesariana com incisão de Pfannenstiel).

A paciente foi admitida no hospital em bom estado geral, afebril, com 2 cm de dilatação do colo uterino e discreta perda de líquido claro sem grumos. Realizou-se cesariana devido à falha na indução do parto com ocitocina. Apresentou pico hipertensivo de 150 x 110 mmHg, acompanhado de náuseas, cefaleia e visão turva durante o trabalho de parto, sendo medicada com sulfato de magnésio.

A cesariana foi realizada com a técnica de Pfannenstiel. Após a abertura do peritônio visceral e exposição do segmento inferior, foi constatada na região inferior da cicatriz da cesárea anterior a presença de uma cápsula contendo secreção purulenta de odor fétido, coloração amarronzada, com dimensões de 8,0 x 4,0 x 2,0 cm. A cápsula de abscesso foi rompida e, em seguida, realizada a drenagem do conteúdo.

O recém-nascido era do sexo masculino, sem anormalidades, pesando 3.060 g, com 48,5 cm de comprimento e Apgar 8 e 9 no 1º e 5º minutos, respectivamente.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 13, n. 2, p. 21 - 23, 2011

1. Professor do Depto. de Medicina - FCMS/PUC-SP

2. Acadêmico do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

3. Médico Obstetra do Hospital Santa Lucinda - Sorocaba/SP

Recebido em 26/8/2010. Aceito para publicação em 1/10/2010.

Contato: clebermott@gmail.com

A investigação hematológica pós-parto materna revelou hemoglobina de 8,4 g/dL, hematócrito de 25,8% com presença de discreta anisocitose e poiquilocitose com esquizócitos. A contagem de leucócitos apresentou 16.500/mm<sup>3</sup> com predomínio de neutrófilos (88%) e presença de granulações tóxicas sem desvio à esquerda. Plaquetas eram em número de 112 mil/mm<sup>3</sup>.

A paciente foi tratada com esquema antibiótico endovenoso contendo metronidazol, gentamicina e cefazolina. Para controle da pressão arterial foi administrado metildopa. Após sete dias de esquema de antibioticoterapia, a paciente recebeu alta hospitalar com exames hematológicos normais, apresentando temperatura corporal basal média de 36,5°C. Não referia dor. A ultrassonografia de controle não evidenciou alteração na parede uterina, mostrando-se compatível com estágio puerperal.

## DISCUSSÃO

O índice de partos cesarianos está aumentando consideravelmente nos últimos anos,<sup>1,3</sup> tornando-se o mais frequente procedimento abdominal realizado no mundo.<sup>7,8</sup>

As principais complicações obstétricas ocorridas com o parto abdominal são anormalidades placentárias ou rotura uterina em gestações futuras, complicações hemorrágicas, infecções na ferida operatória e endometriose.<sup>7,9</sup>

As taxas de infecções intra-abdominal e da parede uterina pós-cesárea têm sido raramente discutidas na literatura.<sup>5</sup> A infecção da cicatriz uterina após uma cesariana é um evento raro, porém está associado com a elevação da morbidade materna.<sup>1,7</sup>

Young<sup>10</sup> relatou um caso que apresentava um abscesso na parede uterina no período puerperal.

Díaz-García *et al.*<sup>7</sup> relataram um caso semelhante a este, no qual a paciente apresentava um abscesso na cicatriz uterina seis anos após um parto cesariano. A paciente apresentava febre, *spottings* e dor crescente na região do hipogástrico. O diagnóstico de abscesso no local da cicatriz uterina da cesárea prévia foi realizado pela ultrassonografia pélvica. A lesão foi inicialmente tratada com antibioticoterapia e aspiração guiada por ultrassonografia. Contudo, após falha da terapia inicial, foi realizada a histeroscopia para retirada da cápsula do abscesso. Não foi necessário hysterectomia.

Barbut *et al.*<sup>11</sup> realizaram um estudo prospectivo dos principais locais de infecção pós-cesárea por seis anos com um acompanhamento de cada paciente por 30 dias, e indicaram que apenas 8% das infecções estavam estabelecidas em órgãos pélvicos.

Os possíveis agentes patogênicos responsáveis pela formação do abscesso na parede uterina são normalmente encontrados na vagina e no colo uterino.<sup>6,7,12</sup> Cápsulas produtoras de muco e coletoras de produtos menstruais têm sido descritas na região da cicatriz uterina após a realização de uma cesárea, principalmente em úteros retrovertidos.<sup>7</sup> Sendo assim, a coleção desses fluidos (e não uma cesariana anterior) seria o fator responsável pela promoção da infecção.<sup>7</sup>

Rivlin *et al.*<sup>1</sup> acreditam na possibilidade do material de sutura, como um corpo estranho, atuar na formação de uma celulite na região da incisão da parede uterina, ocasionando uma necrose e separação do reparo. Além disso, a formação de pequenos hematomas no fio de sutura poderia predispor ao crescimento bacteriano.<sup>1</sup> Recentemente, em um caso semelhante de abscesso em parede uterina formado após dois meses do

parto cesárea, considerou-se que tanto a inadequada esterilização da pele quanto a presença de hematomas devido à hemostasia inadequada da parede uterina poderiam ser as causas da formação da coleção purulenta.<sup>6</sup>

Geralmente, casos semelhantes ao deste relato são acompanhados de febre persistente com intensidade de moderada a alta, podendo indicar cobertura antibiótica inadequada.<sup>7</sup> Desta forma, no caso relatado foram utilizados metronidazol, gentamicina e cefazolina como terapia empírica de amplo espectro. A realização de antibióticos profiláticos imediatamente após o parto diminui a incidência de infecções pós-operatórias.<sup>1,5,7</sup> Contudo, aproximadamente 10% a 15% das mulheres com infecção puerperal apresentam complicações devido à resistência bacteriana a antibióticos, levando à celulite do ligamento redondo, tromboflebite pélvica séptica, abscessos na parede uterina e intra-abdominal, peritonite e necrose da incisão útero.<sup>1</sup>

A localização e a dimensão de abscessos como o deste caso podem ser avaliados por meio da ultrassonografia,<sup>6,7</sup> apresentando alta disponibilidade e considerável custo-benefício. Contudo, a ressonância nuclear magnética e a tomografia computadorizada (TC) têm sido utilizadas no diagnóstico de abscessos no local da cicatriz uterina por cesariana.<sup>1,6,13</sup> A avaliação de infecções puerperais por meio de TC mostrou-se útil na identificação de massas e coleções de fluidos pélvicos.<sup>1,14</sup>

Chen *et al.*<sup>15</sup> descreveram uma aspiração transabdominal de um abscesso presente em uma cicatriz com a incisão de uma agulha guiada por ultrassonografia. Sugere-se que a hysterectomia seja a opção mais segura para o tratamento deste tipo de lesão.<sup>1,6</sup> Contudo, em casos especiais com apropriada vigilância, é possível a manutenção do útero, como foi o caso desta paciente. O objetivo principal da cirurgia foi a retirada do feto da cavidade uterina. Assim que o abscesso foi detectado, ocorreu a aspiração do conteúdo purulento com o intuito de eliminar o foco infeccioso. Após a aspiração do abscesso e retirada do feto foi realizada a histerorrafia.

O risco de rotura uterina em gestações futuras em casos de abscessos uterinos não está totalmente estabelecido, além de não existir diretrizes para o manejo de pacientes com tais infecções.<sup>7</sup> Estudos recentes mostraram casos de gestação após a correção de deiscência da parede uterina contendo abscessos e apresentaram bons resultados anatômicos pós-operatórias.<sup>16</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Rivlin ME, Carroll S, Morrison JC. Infectious necrosis with dehiscence of the uterine repair complicating cesarean delivery. A review. *Obstet Gynecol Surv.* 2004; 59(12):833-7.
2. Van Ham MAPC, Van Dongen PWJ, Mulder J. Maternal consequences of caesarean section. A retrospective study of intra-operative and postoperative maternal complications of caesarean section during a 10-year period. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1997; 74:1-6.
3. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2003; 348:946-50.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [acesso em 16 jul. 2010]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/nvdescr.htm>.
5. Henderson E, Love EJ. Incidence of hospital-acquired infections associated with caesarean section. *J Hosp Infect.* 1995; 29:245-55.
6. Cho FN. Iatrogenic abscess at uterine incision site after cesarean section: sonographic monitoring. *J Clin Ultrasound.*

2008; 36(6):381-3.

7. Diaz-Garcia C, Estellés JG, Escrivá AM, Mora JJ, Torregrosa RR, Sancho JM. Scar abscess six years after cesarean section: laparoscopic and hysteroscopic management. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009; 16(6):785-8.
8. Yazicioglu F, Gökdogan A, Kelekci S, Aygün M, Savan K. Incomplete healing of the uterine incision after cesarean section: is it preventable? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006; 124:32-6.
9. Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2004; 103:907.
10. Young W. Puerperal abscess of uterus – drainage – recovery. *N Zeland J Med.* 1906; 19(5):38.
11. Barbut F, Carbonne B, Truchot F, Spielvogel C, Jannet D, Goderel I, et al. Surgical site of infection after cesarean section: results of a five-year prospective surveillance. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2004; 33:487-96.
12. Schwarz RH. Management of postoperative infections in obstetrics and gynecology. *Clin Obstet Gynecol.* 1976; 19:97-108.
13. Rivlin ME, Patel RB, Carroll CS, Morrison JC. Diagnosis imaging in uterine incisional necrosis/dehiscence complicating cesarean section. *J Reprod Med.* 2005; 50:928.
14. Brown CE, Dunn DH, Harrell R, Setiawan H, Cunningham FG. Computed tomography for evaluation of puerperal infectious. *Surg Gynecol Obstet.* 1991; 172:285-91.
15. Chen CP, Wang MW, Yeh LF, Wang W. Rapid diagnosis and treatment of post-cesarean parametrial abscess by transabdominal ultrasound-guided needle aspiration. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000; 15:343-4.
16. Donnez O, Jadoul P, Squifflet J, Donnez J. Laparoscopic repair of wide and deep uterine scar dehiscence after cesarean section. *Fertil Steril.* 2008; 89:974-80.



**O EQUILIBRISTA**  
Gustavo Mescoki Sarti