

CONDUTAS NAS URGÊNCIAS EM GINECOLOGIA - PARTE 4

URGÊNCIAS RELACIONADAS À PREENHEZ INICIAL

José Carlos Menegoci, Alexandre Vicente de Andrade,
Marco Antonio Bittencourt Modena, Tjie Lian*

ABORTAMENTO

Conceito

É a eliminação de produto conceptual antes de 22 semanas de gestação com conceito de peso inferior a 500 gramas e estatura menor que 16,5 cm.

Epidemiologia

Cerca de 15% a 20% das gestações conhecidas evoluem para abortamento.

Classificação

- 1) Segundo a intenção (forma ou condição jurídica):
 - a) Espontâneo ou natural.
 - b) Induzido ou provocado.
 - c) Eletivo ou legal.
 - d) Criminoso ou ilegal.
- 2) Segundo a cronologia:
 - a) Precoce, com idade gestacional de até 12 semanas.
 - b) Tardio, com idade gestacional superior a 12 semanas.
- 3) Segundo a evolução clínica:
 - a) Evitável.
 - b) Inevitável.
 - c) Completo.
 - d) Incompleto (febril e afebril).
- 4) Formas etiológicas especiais:
 - a) Séptico por *Clostridium welchii*.
 - b) Séptico por *Clostridium tetani*.
- 5) Formas clínicas especiais:
 - a) Retido.
 - b) Habitual, recorrente ou de repetição.
- 6) Quanto à consequência:
 - a) Complicado com lesão de órgãos.
 - b) Não complicado.

Quadro clínico

Abortamento Evitável - Não há febre. Caso se demonstre que o feto está vivo, o quadro é conhecido como “ameaça de abortamento”. O sangramento é discreto, podendo haver dor abdominal ou na região lombossacra e a cérvix não está dilatada.

Abortamento Inevitável - O sangramento e a dor se apresentam com maior intensidade, podendo ocorrer quadro febril. A cérvix está entreaberta e o conceito pode ou não estar com sua vitalidade comprometida.

Abortamento Completo - Houve expulsão de todo o conteúdo uterino. O sangramento tende a se reduzir ou cessa totalmente, a cérvix tende a se fechar e não há febre.

Abortamento Incompleto - Não ocorre expulsão total do conteúdo uterino, a cérvix permanece entreaberta e pode existir quadro febril.

O abortamento febril, em geral, é resultante do abortamento ilegal, também conhecido como “abortamento séptico”. Durante o manuseio dessas pacientes, microorganismos podem atingir o trato genital superior, causando infecção. A paciente manifesta dor mais intensa e calafrios acompanhados de sangramento genital. Eventualmente, é notada oligúria, com urina mais concentrada e hemoglobinúria, astenia e algia muscular. Pode-se perceber corrimento com odor fétido, hipertermia, taquisfigmia, taquipnéia, hipotensão e, por vezes, choque hemorrágico ou séptico.

Os microorganismos mais frequentemente encontrados nas culturas pertencem ao grupo dos colibacilos, como *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Enterococos*, bem como anaeróbios, como *Peptoestreptococos*, *Peptoestafilococos*, *Bacteroides fragilis*, entre outros.

O quadro clínico pode se complicar com aparecimento de embolia pulmonar, hepatomegalia e tromboflebite.

As infecções por *Clostridium welchii* e *Clostridium tetani* são consideradas como formas etiológicas especiais pela sua gravidade. O *C. welchii* causa choque, icterícia cianótica, hemoglobinúria, insuficiência renal e distúrbios de coagulabilidade sanguínea. O *C. tetani* causa opistótono, trisma e quadro convulsivo. Ambos são de alta letalidade.

Abortamento Retido - É aquele no qual não há expulsão decorridas quatro semanas ou mais da morte do produto conceptual. Quase não há sintomas, desaparecendo os sinais subjetivos de gestação.

Abortamento Habitual - Recorrente, recidivante, seqüencial, múltiplo ou de repetição, corresponde à ocorrência de três ou mais abortamentos espontâneos consecutivos em um mesmo casal.

Mecanismo de abortamento - A eliminação se dá em uma a duas semanas após a morte do conceito. No primeiro trimestre, o material costuma ser expelido por completo, às vezes recoberto pela decídua. No segundo trimestre, o abortamento costuma se dar em dois tempos, o primeiro com a expulsão do feto, seguindo-se da placenta e anexos.

DIAGNÓSTICO

Faz-se pelos dados clínicos, laboratoriais e com auxílio da ultra-sonografia.

A paciente relata atraso menstrual seguido de perdas sanguíneas, com cólicas na região hipogástrica e, por vezes, com eliminação do conceito. Podem desaparecer os sinais gravídicos e surgir a lactação. Procura-se palpar o útero; quando a idade da gestação permite, tenta-se auscultar os batimentos cardíacos fetais, faz-se o exame especular e o toque. O exame especular é obrigatório, pois o sangramento pode ter origem em alterações vaginais ou da cérvix, podendo não existir relação entre a causa do sangramento e a presença da gestação, como no caso de pólipos e tumores do colo do útero.

A pesquisa sanguínea ou urinária da gonadotrofina coriônica humana pode ser feita, mas sua aplicação prática é reduzida.

A ultra-sonografia pode detectar a presença ou não do saco gestacional, estudar sua regularidade e seus contornos, a presença de hematoma retroplacentário e do eco embrionário assim como dos batimentos cardíacos fetais. A ausência de eco embrionário é característica do ovo anembrionado. Tecido amorfo detectado na cavidade uterina pode ser atribuído à presença de coágulos ou de restos ovulares.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Faz-se com outras entidades hemorrágicas obstétricas da primeira metade da gestação, como mola hidatiforme e prenhez ectópica. Outras ginecopatias que são causa de sangramento devem ser diferenciadas, como o câncer de colo uterino, ruptura de varizes vulvares, ectopia cervical, pólipos endocervicais e laceração vaginal pós-coito.

CONDUTA

Abortamento evitável - Repouso, abstinência sexual e uso de antiespasmódicos.

Abortamento completo - Não há necessidade de qualquer medida terapêutica.

Abortamento incompleto afebril - Está indicado o esvaziamento uterino. Pode-se usar uterotônicos como a ocitocina (principalmente quando nos casos de úteros volumosos). Nos úteros de pequeno volume, ou após a expulsão parcial com uso de ocitocina, esvazia-se o órgão por curetagem ou por aspiração com pressão negativa.

Abortamento incompleto febril - Procura-se esvaziar o útero apenas após a normalização da temperatura. Nos casos graves, recomenda-se administrar Cefoxitina 1 a 2g EV 6/6h, (Mefoxin®) + Gentamicina (80mg IM a cada 8 horas) e Metronidazol (500mg IV a cada 8 horas), acompanhados de ocitocina gota a gota. No choque séptico, controlar rigorosamente a pressão venosa central e, se necessário, utilizar Dopamina (Revivan®).

Nos casos de infecção propagada, dar suporte clínico adequado. Caso haja coleção purulenta, a drenagem deve ser feita seja por colpotomia posterior ou por laparotomia. O esvaziamento uterino deve ser cauteloso, visto o risco de perfuração. Se há comprometimento uterino pela infecção, indica-se, excepcionalmente, a histerectomia.

Nos casos em que há infecção por *Clostridium welchii*, utiliza-se o soro antigangrenoso, associado a 10 a 20 milhões de unidades de penicilina cristalina de forma endovenosa. Pode-se realizar a histerectomia total associada ou não à anexectomia uni ou bilateral.

Abortamento retido - Se a opção é pelo esvaziamento uterino, a indução é feita com uso de Prostaglandina E₂ (Misoprostol), por via oral ou vaginal. Se não há resposta, pode-se dilatar o colo do útero com laminária, seguindo-se o esvaziamento da cavidade uterina pela curetagem ou pela vácuo-aspiração.

PRENHEZ ECTÓPICA

Conceito

Prenhez ectópica (PE) é a implantação e o

desenvolvimento do ovo fora da cavidade corporal do útero. São consideradas ectópicas a gravidez cervical e a cornual. A implantação pode ocorrer no aparelho genital (tubas, ovários) ou fora dele (na cavidade peritoneal e outros órgãos). Se a PE chega a evoluir, pode envolver mais de um órgão (tubo-ovariana, ovarioperitoneal, etc.). Quando a PE se associa a uma gestação tópica, constitui a chamada forma combinada. São chamadas compostas as gestações tópicas atuais que se associam a resíduos de PE anterior (mumificações, litopédios, litoquelifopédios).

Fatores predisponentes

Infecções devidas a abortamentos provocados e seqüelas de doença sexualmente transmissível, "curativos anticoncepcionais", anomalias tubárias, insucessos de laqueadura tubária, salpingoplastias, tumores que provocam deformações ou tortuosidades tubárias.

Localização

Em 96% dos casos, a localização é tubária, ampolar ou ístmica, seguindo-se a intersticial (1,2%), ovariana (0,9%), intraligamentar (0,5%), abdominal (0,5%) e cervical (0,2%).

Na tuba localiza-se de preferência (74%) na porção distal (ampola ou infundíbulo) e no istmo (24%).

PRENHEZ ECTÓPICA TUBÁRIA

Implantado o ovo, sua ação lítica promove invasão da mucosa, do tecido conjuntivo e da camada muscular. Quando vasos são atingidos há hemorragia, que pode ser abundante. O útero exibe modificações gestacionais (aumento e amolecimento) e no endométrio há reação decidual, às vezes com alterações nucleares e citoplasmáticas (reação de Arias-Stella). A implantação ectópica tubária poucas vezes permite que a gestação alcance o termo. Se ocorre a morte do conceito, as vilosidades degeneram e o endométrio é eliminado em partes ou completo, como se fosse um molde da cavidade uterina.

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Podem ocorrer:

- Reabsorção do ovo, com formação de pequenos nódulos tubários.
- Mola tubária, quando a morte ovular é seguida da formação de coágulos sanguíneos organizados.
- Aborto tubário: entre a 6ª e 12ª semanas o ovo pode se separar da mucosa tubária por sangramento e ser totalmente eliminado para a cavidade peritoneal (aborto tubário completo) ou parcialmente eliminado (aborto tubário incompleto).
- Ruptura tubária: por ação lítica do trofoblasto ou por distensão da parede da tuba, por vezes derivada do aumento da pressão abdominal durante a tosse, coito ou exame ginecológico. Esta é a evolução mais comum, acompanhada de hemorragia intensa, principalmente nas localizações intersticiais.
- Infecção: pouco freqüente por via hematogênica ou causada pela manipulação (histerometria, curetagem, punção de fundo de saco).
- Evolução ao termo: é rara, associando-se a malformações e ao óbito fetal.

DIAGNÓSTICO

Prenhez ectópica íntegra

Dividem-se em recentes e avançadas. Nas gestações recentes são poucos os elementos à disposição do examinador. Convém destacar:

- Os dados da anamnese que se relacionam com fatores predisponentes.
- O atraso menstrual com presunção de gravidez.
- O atraso menstrual seguido de sangramento genital intermitente.
- A dor hipogástrica, presente em cerca de 95% dos casos, que se torna mais intensa ao se mobilizar a cérvix ou ao toque do fórnice vaginal posterior.
- O toque a região dos anexos pode mostrar-se mais sensível e por vezes se consegue identificar massa nessa região.

Em geral, o diagnóstico é suspeito e a paciente passa a ser vigiada. À medida que a gestação avança a dor tende a aumentar. A dosagem do HCG deverá ser providenciada, denunciando a presença do trofoblasto. O exame pela ultrasonografia revela cavidade uterina com ausência do saco gestacional, que por vezes é visualizado na tuba, podendo-se surpreender batimentos cardíacos fetais.

Nas gestações avançadas, o feto costuma estar em situação anômala, facilmente palpável e audível. O útero pode ser percebido isolado ao toque.

Prenhez ectópica rota

No aborto tubário e na rotura da tuba, o quadro está diretamente relacionado à quantidade de perda sanguínea (hipotensão, taquicardia, palidez cutâneo-mucosa). Pode haver quadro febril. Instala-se hemoperitônio com agravamento da sintomatologia dolorosa pela irritação peritoneal, bem como passa a ocorrer instabilidade hemodinâmica ou mesmo choque hipovolêmico. A queixa de dor irradiada ao ombro se deve à irritação dos ramos subdiafragmáticos do nervo frênico, constituindo o sinal de Laffont. Ao se inspecionar a parede abdominal, raramente pode ocorrer a presença de coloração azulada peri-umbilical, devido depósito de pigmento sanguíneo absorvido por linfáticos dessa região, traduzindo a presença de hemoperitônio de grande volume, constituindo o sinal de Cullen-Hellendel-Hoffstatter. O hemoperitônio acarreta dor à palpação e à descompressão brusca do abdome. No exame especular, nota-se perda sanguínea discreta, em geral marrom escura, desproporcional às alterações hemodinâmicas. Ao toque, o útero se encontra um pouco aumentado, amolecido, doloroso à movimentação e em cerca de 50% dos casos pode-se perceber massa na projeção dos anexos, de consistência pastosa, não bem-definida, comparada a chouriço: é o sinal de Solovitch. O toque da escava retro-uterina é muito doloroso (grito de Douglas), designado como sinal de Proust.

EXAMES COMPLEMENTARES

- Hemograma: redução da hemoglobina e do hematócrito. Nos casos de hemorragia súbita e pronunciada há leucocitose.
- Pesquisa de HCG: a pesquisa urinária pode ser mostrar negativa. Recomenda-se a pesquisa plasmática, que tem maior acuidade, mas que pode conduzir a erro diagnóstico, já que a positividade, na gestação tópica, ocorre

antes que se visualize o saco gestacional pelo ultra-som.

- Ultra-sonografia: demonstra a ausência de gestação intra-uterina, a presença de massa pélvica, de líquido na cavidade peritoneal (hemoperitônio?), de saco gestacional extra-uterino com presença ou não de batimentos cardíacos fetais. O exame pelo ultra-som endovaginal com doppler colorido, que permite a detecção de áreas de atividade trofoblástica, é recente e restrito. Essas áreas apresentam fluxo colorido distribuído no tecido, com baixa resistência e alta velocidade, o que lhes confere exuberância de cores brilhantes e claras (alaranjado e azul-claro), sendo, por isso, chamadas de áreas “quentes”. Quando não existe atividade trofoblástica ela não é encontrada, o que muitas vezes dificulta o diagnóstico.

- RX simples do abdome e histerossalpingografia: métodos desaconselhados pela possibilidade de se tratar de gestação tópica. Pode, além disso, haver rotura acidental da tuba ou agravamento da hemorragia interna na PE rota. Na histerossalpingografia pode-se observar o contraste entre o ovo e a parede tubária, denominado sinal de Mathieu.

- Exame ginecológico sob anestesia: o exame fica facilitado pelo relaxamento da parede abdominal e pela ausência da reação da paciente.

- Punção do fundo de saco de Douglas: feita com agulha de grosso calibre (16 ou maior), permite o diagnóstico de hemoperitônio quando se aspira sangue escuro e espesso, com microcoágulos quando disposto sobre gaze ou compressa. Constitui-se em um elemento interessante para confirmar a presença de sangue no abdome e sugerir o diagnóstico de PE rota. Ressalva-se que quando a suspeita diagnóstica de PE é incontestável, a punção de Douglas negativa não constitui contra-indicação para a laparotomia.

- Laparoscopia: permite a visualização da PE, confirmando o diagnóstico. Sua realização é dificultada quando há hemoperitônio, podendo retardar a hemostasia e agravar as perdas sanguíneas.

- Laparotomia: recurso adequado, principalmente quando há risco materno e quando os outros métodos foram incapazes de fornecer o diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Faz-se com outras ginecopatias hemorrágicas (rotura de folículo ou de corpo lúteo, endometriose); ameaça de aborto ou aborto em curso; sangramento uterino disfuncional; moléstia inflamatória pélvica e doenças extra-genitais, como apendicite, diverticulite, volvo intestinal, rotura de aneurisma, de baço ou de fígado.

TRATAMENTO

Pode ser clínico ou cirúrgico.

Tratamento cirúrgico por laparoscopia - É o método de eleição, sendo indicado especialmente nos casos de PE tubária íntegra ou mesmo rota sem graves alterações hemodinâmicas. Faz-se incisão longitudinal na parede tubária no local de implantação, na região antimesentérica. Aspira-se o conteúdo e, se necessário, cauterizam-se os focos de sangramento. A sutura da tuba não tem sido recomendada.

Nos casos de PE rota é necessário, de início, equilibrar as condições hemodinâmicas. A intervenção a ser praticada depende da idade da gestação, do segmento tubário envolvido e de suas condições, da paridade e do interesse da paciente em

relação a novas gestações.

Tratamento cirúrgico por laparotomia - As intervenções conservadoras incluem ordenha da tuba com hemostasia, salpingostomia com remoção do saco gestacional e salpingectomia parcial, com salpingoneostomia (abertura de novo óstio peritoneal) ou anastomose término-terminal (quando se remove segmento intermediário).

Quando a paridade e o interesse da paciente permitem, indica-se a salpingectomia. O ovário deve ser conservado, preservando-se sua função secretora e a população folicular, necessária para captação ovular no caso de fertilização *in vitro*. A limpeza da cavidade peritoneal deve ser cuidadosa, aspirando-se o sangue e removendo-se os coágulos, o que reduz a possibilidade de formação de aderências e de esterilidade secundária. Tratando-se de gestante Rh (-) cujo esposo é Rh (+), recomenda-se administrar imunoglobulina anti-D.

Tratamento clínico - Dentro de condições excepcionais, pode ser expectante desde que parte das PE evolui para morte ovular e reabsorção. O Metotrexate sistêmico, cuja toxicidade e efeitos colaterais devem ser considerados, pode promover a involução e reabsorção do ovo. Alguns autores têm apontado resultados satisfatórios com a introdução do Metotrexate no saco gestacional. O líquido amniótico é aspirado em parte e é substituído por 50 mg de Metotrexate diluídos em 2-3 ml de solução salina. A injeção de substâncias como cloreto de potássio ou Metotrexate no saco gestacional pode ser guiada por ultrasonografia ou laparoscopia.

PROGNÓSTICO

A mortalidade materna gira ao redor de 0,1% a 5% das PE, ocasionada por hemorragia e/ou infecção. É descrita redução da fertilidade, seguindo-se gestação normal em 25% a 50% dos casos. A perda fetal é a regra. Nas gestações avançadas observa-se óbito fetal em 95% dos casos devido à hipóxia. As malformações atingem 70% dos fetos. Dos nascidos vivos, 50% morrem no período neonatal.

MOLÉSTIA TROFOBLÁSTICA

A moléstia trofoblástica é neoplasia derivada do epitélio de revestimento das vilosidades coriais (sincício e citotrofoblasto). Apresenta capacidade de invasão tecidual, infiltração intravascular e deportação com implante à distância.

Pode ser classificada em forma benigna (mola completa e mola parcial), forma intermediária (mola invasora) ou forma maligna (coriocarcinoma e tumor trofoblástico de leito placentário). As formas invasora e maligna são também denominadas moléstia trofoblástica persistente.

O quadro clínico se caracteriza pela presença de sintomas e sinais por vezes característicos.

Entre os **sintomas** encontram-se:

- Atraso menstrual, que em geral se segue de sangramento uterino anômalo (recordar do mnemônico CAFEE: Aborto inclusive o molar).
- Presença de hiperemese gravídica.
- Aumento anormal do volume uterino e abdominal.
- Ausência de movimentos fetais.
- Percepção, por paciente múltipara, de uma “gestação diferente”, em virtude da somação de hiperemese, sangramento, falta de movimentos fetais, etc.

- Eliminação de vesículas constituintes da mola.
- Quanto aos **sinais**, encontram-se:
- Queda do estado geral.
 - Presença de toxemia gravídica em cerca de 20 % dos casos.
 - Presença de cistos teca-luteínicos. Estes cistos correspondem à luteinização maciça dos ovários pela ação do HCG, cuja estrutura é muito semelhante à do LH.
 - Embolia pulmonar (2% a 5 % dos casos), quando se observa dispnéia, taquicardia e hemoptise.

Durante o **exame físico**, o examinador pode notar:

- Aumento anormal do volume uterino.
- Flacidez uterina mais acentuada.
- Não se percebe partes fetais à palpação.
- Ausência de batimentos cardíacos fetais.

DIAGNÓSTICO

Faz-se pela suspeita e se confirma pelos valores elevados de β HGC associados à ultra-sonografia. Esta mostra imagem característica descritas como “em chuva”, “céu estrelado” ou imagem “de nevasca”.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se o volume uterino for considerado excessivo, se faz com gestação múltipla, hidrâmnio ou gestação normal com ginecopia associada (leiomioma, tumor de ovário e outros). Se o volume uterino for considerado compatível, diferenciar com ameaça de abortamento, placenta prévia e cervicopatias hemorrágicas. Se o volume uterino for considerado menor que o esperado para a idade gestacional, o diferencial é com aborto retido. A mola atrofica, em que o volume uterino assim se comporta, ocorre em cerca de 5% dos casos de gestação molar.

TRATAMENTO

Estabelecido o diagnóstico, a cavidade uterina deve ser esvaziada. Providenciar tipagem sanguínea e fazer reserva de sangue, cateterizar veias calibrosas. O uso de ocitócicos durante o esvaziamento reduz as perdas sanguíneas. O método ideal de esvaziamento é por vácuo-aspiração, que limita a possibilidade de perfuração uterina. Pode-se fazer por curagem, seguida de curetagem uterina. O material que mais interessa para o exame anatomopatológico é aquele obtido pela curetagem. A anestesia endovenosa é a de eleição.

A indução com ocitócicos exige altas doses e é pouco eficiente. O uso de Misoprostol, e principalmente de soluções hipertônicas intra-uterinas aumenta o risco de embolia pulmonar. A histerotomia com esvaziamento molar encontra poucas indicações e a histerectomia é considerada apropriada em múltiparas com prole formada, já que nestas o risco de transformação maligna é maior. Não está indicada quimioterapia profilática.

PROGNÓSTICO

A mortalidade é referida como ocorrendo em cerca de 1% dos casos devido à hemorragia ou a complicações do tratamento. A transformação maligna ocorre em 2,5% dos

casos em pacientes jovens e em 25% dos casos quando a paciente tem idade próxima dos 40 anos.

VIGILÂNCIA PÓS-MOLAR

O seguimento é mensal por um ano, pesquisando-se o β HGC e a involução do útero, dos cistos teca-luteínicos, assim como o cessar do sangramento. O β HGC deve decrescer progressivamente, embora se mantenha positivo por até 60 dias pelo exame urinário ou por até seis semanas pela dosagem plasmática. Após este período, a paciente é liberada para nova gestação.

A persistência do sangramento genital, a falta de involução uterina e dos cistos teca-luteínicos e a persistência ou o aumento dos títulos de β HGC revelam a presença de tecido trofoblástico, seja da mola mal esvaziada, da mola invasora ou de uma eventual transformação maligna (doença trofoblástica persistente). É necessário que se realize uma nova avaliação, principalmente pelo ultra-som, e, se necessário, por novo estudo histopatológico de material obtido por biópsia ou nova curetagem.

A doença trofoblástica persistente exige tratamento diferenciado, estando indicada a histerectomia. Em pacientes jovens, com prole ainda não completa, deve-se encaminhar

Unimed 35 anos.
Isso tudo, foi você quem fez.

Em 4 de junho de 1971, um sonho virou a medicina e começou a ser da população. Hoje, 35 anos depois, a realidade construída por mais de 700 médicos foi muito além do que se imaginou. Uma realização que se tornou referência em tecnologia, qualidade, carinho e responsabilidade. 35 anos Unimed Sorocaba. Isso tudo, foi você quem fez.

www.unimed-sorocaba.com.br

Unimed
SOROCABA