

ABDOME AGUDO GINECOLÓGICO EM PACIENTE ADOLESCENTE  
GYNECOLOGICAL ACUTE ABDOMEN IN AN ADOLESCENT

Caroline Rosa Pellicciari<sup>1</sup>, Leticia de Arruda Camargo<sup>1</sup>, André de Araújo Rozas<sup>2</sup>, Luiz Lippi Rachkorky<sup>2</sup>, Joe Luiz Viera Garcia Novo<sup>3</sup>

RESUMO

A torção anexial definida como rotação parcial ou total de seu pedículo vascular proporciona isquemia circulatória e futura necrose. É evento raro, de difícil diagnóstico e tratamento precoce infrequente. A manifestação clínica é inespecífica, sugerindo abdome agudo, e pode ser demorada a sua identificação, em geral, acontecendo através de ultrassonografia. O tratamento é cirúrgico, podendo envolver a exérese anexial. Sua raridade diagnóstica deve ser sempre lembrada como diagnóstico diferencial em adolescentes portadoras de dor abdominal não resolvida com tratamento clínico convencional. Relata-se neste estudo um caso demonstrativo desta importante patologia.

Descritores: abdome agudo, anexos uterinos, doenças dos anexos, cistos ovarianos, anormalidade torcional.

ABSTRACT

Adnexial torsion is defined as a partial or complete rotation of the adnexial vascular pedicle, causing circulatory ischemia and future necrosis. It is rare, hard to diagnosis and therefore of commonly delayed treatment. Clinical symptoms are nonspecific and similar to acute abdomen what may lead to a delay in its identification, generally performed by ultrasound examination. Treatment is surgical and may include adnexial extraction. Such uncommon diagnosis should always be remembered in adolescents patients whose abdominal pain does not resolve after conventional clinical treatment. In this study we report a demonstrative case of this important pathology.

Key-words: abdomen, acute, adnexa uteri, adnexal diseases, ovarian cysts, torsion abnormality.

INTRODUÇÃO

Abdome agudo de origem ginecológica é síndrome que se caracteriza principalmente pela dor abdominal, manifestando-se, em geral, de forma brusca, intensidade variável e que poderá estar associada a manifestações clínicas locais e gerais, oriundas de irritação peritonial.<sup>1</sup>

Poderá ser classificado como clínico e/ou cirúrgico. As patologias clínicas incluem ginecopatias que não necessitem de procedimento cirúrgico de imediato, como a doença inflamatória pélvica. As afecções cirúrgicas, em geral, demandam tratamento imediato, com o risco de a paciente poder entrar em choque, como ocorrem nas gestações ectópicas, infecções agudas e torções anexiais.<sup>2</sup>

Sendo mais frequentes em mulheres jovens, em idade reprodutiva, é de fundamental importância o seu diagnóstico e conduta, de monta a preservar a integridade do sistema reprodutor dessas pacientes.<sup>3</sup>

O exame físico revela, em geral, dor à palpação hipogástrica uni e/ou bilateral e propedêutica ginecológica dificultada pela reação dolorosa da paciente.<sup>1</sup>

A indicação cirúrgica deve ser oportuna, pois a sua demora poderá associar-se a alta morbiletalidade.<sup>2,4</sup>

O diagnóstico pode ser difícil, principalmente pelas manifestações clínicas serem incompletas e, muitas vezes, inespecíficas, podendo traduzir qualquer processo patológico localizado ou referido no abdome. A ultrassonografia nesses casos constitui-se de método complementar por vezes essencial, para se chegar ao diagnóstico e à conduta precisa.

Diante da indicação cirúrgica resolutiva inadiável, na atualidade, cada vez mais são oferecidas opções de tratamentos conservadores, frente a casos de abdome agudo em adolescentes, a fim de se conservar a sua fertilidade.<sup>1</sup>

O presente relato de caso de abdome agudo em adolescente visa a reiterar as dificuldades no diagnóstico à metodologia propedêutica tradicional de casos de dor abdominal em mulheres. Ressalta a importância da ultrassonografia como método complementar diagnóstico e a conduta adotada, que deve ser individualizada para cada caso.

RELATO DE CASO

Paciente de 15 anos, sexo feminino, branca, solteira, deu entrada com queixa de dor intensa no abdome inferior há cinco dias, irradiando-se para o membro inferior direito, necessitando ficar acamada. Estava utilizando analgésicos e antibioticoterapia, após avaliação inicial, porém sem melhora com o tratamento. Nos antecedentes pessoais relatou doenças próprias da infância, pneumonia bacteriana aos quatro anos e adenoidectomia. Sua menarca iniciou-se aos 11 anos, com ciclos regulares associados a cólicas ocasionais. Iniciou as atividades sexuais há dois meses, em uso de condom. Ao exame físico exibia bom estado geral, afebril, p = 61,8 kg, PA = 120 x 80 mmHg, mamas normais, abdome com dor difusa e intensa à palpação hipogástrica, genitália externa normal. Por apresentar reação dolorosa, não permitiu exame ginecológico interno: colo uterino não visibilizado e útero não tocável.

Exames solicitados: Hb = 13,0 e Ht = 39, leucocitose discreta, sem desvio à esquerda. Ao exame ultrassonográfico transvaginal observou-se: útero homogêneo em anteversoflexão, duas imagens tumorais: anexial direita (D) com aspecto nodular e conteúdo cístico (66 x 55 mm), e outra retrouterina com aspecto cística e conteúdo anecoico (79 mm x 80 mm), v = 266 cm<sup>3</sup>; a insonação dopplerfluxométrica revelou ausência de fluxo no interior tumoral, acompanhada de discreta circulação periférica.

Com diagnóstico de provável cisto dermoide D, foi submetida à laparotomia exploradora. À abertura cavitária observou-se anexo D torcido, contendo tumor cístico, necrosado e aderido no fundo de saco de Douglas.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 15, n. 1, p. 202 - 205, 2013

1. Acadêmica do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

2. Ex-alunos do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

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

Recebido em 24/11/2011. Aceito para publicação em 25/11/2012.

Contato: carolpellicciari@hotmail.com

Diante da necrose intensa e aderências, o procedimento cirúrgico realizado consistiu em anexectomia direita total. A paciente teve boa evolução pós-operatória.

O resultado anatomopatológico confirmou cisto de ovário D torcido e necrosado pesando 320 g, com as seguintes dimensões: 110 x 90 x 80 mm e hemorragia intensa associada à necrose (torção pedicular).

## DISCUSSÃO

O abdome agudo determinando dor pélvica aguda poderá ter várias causas como: inflamatórias, perfurantes, obstrutivas, hemorrágicas e vasculares. Em termos gerais, a apendicite aguda é a causa mais comum na criança, no adolescente e no adulto jovem, com um pico de incidência na 2ª e 3ª décadas de vida.<sup>3,5</sup> Em pacientes do sexo feminino, entretanto, nessas faixas etárias as causas ginecológicas e obstétricas devem ser sempre lembradas, uma vez que acometem principalmente mulheres jovens em idade reprodutiva. Nesses casos, a integridade pélvica e manutenção de sua fertilidade são muito importantes, após o tratamento dispensado a essas pacientes.<sup>3,5,6</sup>

As torções anexiais representam patologias incomuns, porém, com potencial de evoluir para gangrena, peritonite e condição letal à mulher em qualquer idade, em especial, durante a sua fase reprodutiva.<sup>7,8</sup>

São características de mulheres mais jovens e que têm algum fator que levou ao aumento de volume anexial (principalmente os ovários), causando torção do pedículo anexial. A torção de ovário que pode ser parcial ou total desencadeia a rotação do pedículo vascular ovariano, posterior edema, gangrena e necrose hemorrágica se a terapêutica correta não for instituída a tempo.

Fisiopatologicamente, o comprometimento se inicia no sistema venoso ovariano, a seguir substituído pelo arterial, causando congestão, edema, isquemia e necrose, associando-se lesão irreversível. São mais comuns à direita pela anatomia (ceco e cólon direito mais fixos), sendo a mobilidade do cólon sigmoide fator protetor para a torção do ovário esquerdo.<sup>9</sup>

Clinicamente é caracterizado por dor aguda contínua e inespecífica em região inguinal que, posteriormente, se localiza em flanco e região hipo-mesogástrica, podendo evoluir para dor abdominal difusa, dificultando a exatidão palpatória. Poderá ser acompanhada de náuseas, vômitos e/ou febre. Se não houver virgindade que impeça o exame ginecológico, os ovários poderão estar aumentados de volume, não há sangramento cervical.<sup>9</sup>

Laboratorialmente há a tendência de leucocitose com desvio à esquerda e eritrossedimentação elevada.<sup>1</sup>

Os marcadores tumorais poderão fazer parte da

propedêutica laboratorial em relação aos tumores anexiais, porém, sua acurácia, em geral, deixa a desejar em adolescentes.

O CA-125 está relacionado a tumores derivados de estrutura celômica, é inespecífico, encontrado em patologias variadas, como leiomioma uterino, doença inflamatória pélvica, endometriose e/ou gravidez, além de outras patologias malignas. O antígeno carcinoembrionário seria de utilidade diante de diferenciação em tumores malignos.<sup>10</sup>

O exame ultrassonográfico combinado ou não com dopplerfluxometria, deverá ser o primeiro exame imagenológico a ser solicitado, podendo identificar a existência e as características tumorais do anexo afetado.<sup>1,3,9</sup>

A complementação com tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética poderá ser de extrema utilidade,<sup>3,9,11,12</sup> porém não estão sempre disponíveis, e, além disso, poderão atrasar o diagnóstico e resultar em perda dos órgãos afetados.<sup>11</sup> É importante lembrar que quase todos esses métodos não mostram imagens específicas ou dados que definam a patologia anexial enfocada, revelando quase sempre apenas a presença de uma massa pélvica associada à edema e líquido circundando a área comprometida.<sup>9</sup>

A abordagem cirúrgica laparoscópica e/ou laparotômica será primordialmente conservadora, na expectativa de que a rotação inversa restabeleça o suprimento vascular anexial anteriormente afetado. Quando isto não se realiza e/ou há necrose irreversível comprovada, a anexectomia estará indicada como fator profilático de provável sepse e óbito da paciente.<sup>3,9,11</sup>

Neste relato de caso, a sintomatologia era inespecífica, o achado no exame físico de dor abdominal hipogástrica, ausência de sinais de peritonite e descompressão brusca negativa levantou a suspeita de provável patologia ginecológica. Pelo fato da paciente ser adolescente, na suspeição de tumor anexial, a ultrassonografia realizada pode confirmar a suspeita diagnóstica (Figura 1). A hipótese inicial era de cisto dermoide em virtude da sua alta prevalência (11% de todas neoplasias) em mulheres jovens.<sup>3</sup>

No entanto, durante o procedimento cirúrgico, pelas características macroscópicas do tumor, que era achocolatado, levantou-se a suspeita de endometrioma anexial D, apesar da paciente não ter mencionado sintomas como dismenorria importante e/ou dor pélvica crônica, características nesses casos. Pela necrose maciça, aderências importantes e pela impossibilidade de se conservar a trompa, que também estava comprometida, a solução cirúrgica realizada foi a anexectomia D (Figura 2).

O material foi enviado para exame anatomopatológico, o qual revelou o diagnóstico de cisto de ovário D torcido e necrosado e hemorragia intensa associada à necrose (torção pedicular) (Figura 3).

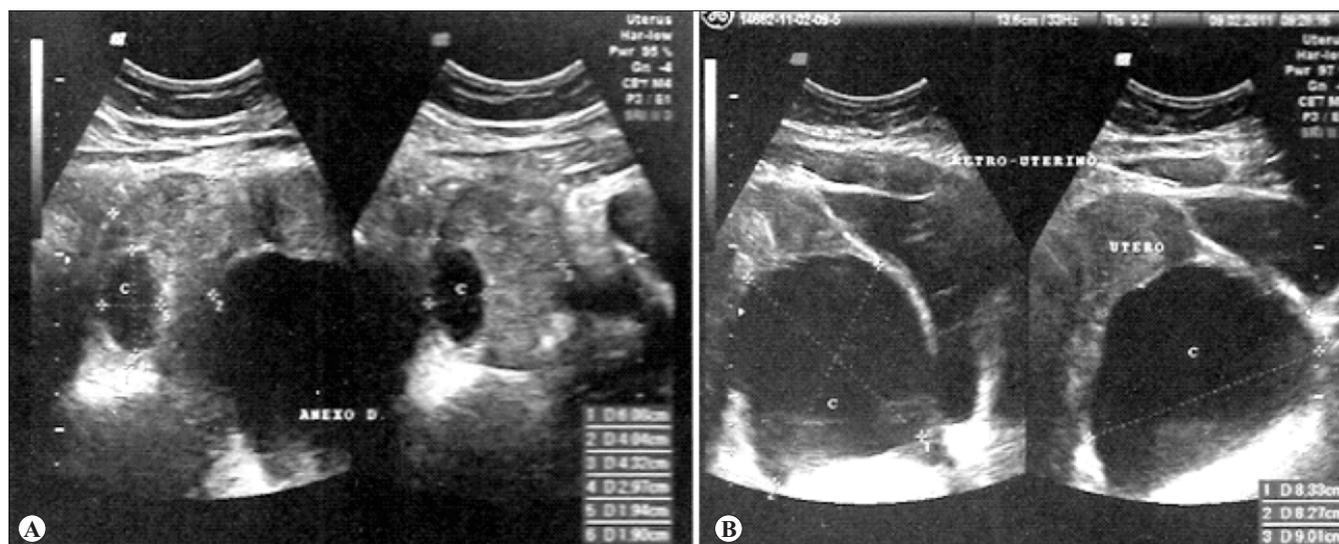


Figura 1. Ultrassonografia transvaginal mostrando imagem de característica sólida, contendo em seu interior um cisto de contornos regulares, além de conteúdo hipoeicoico (A) e em topografia retrouterina, visualizou-se grande cisto com conteúdo anecoico (B).

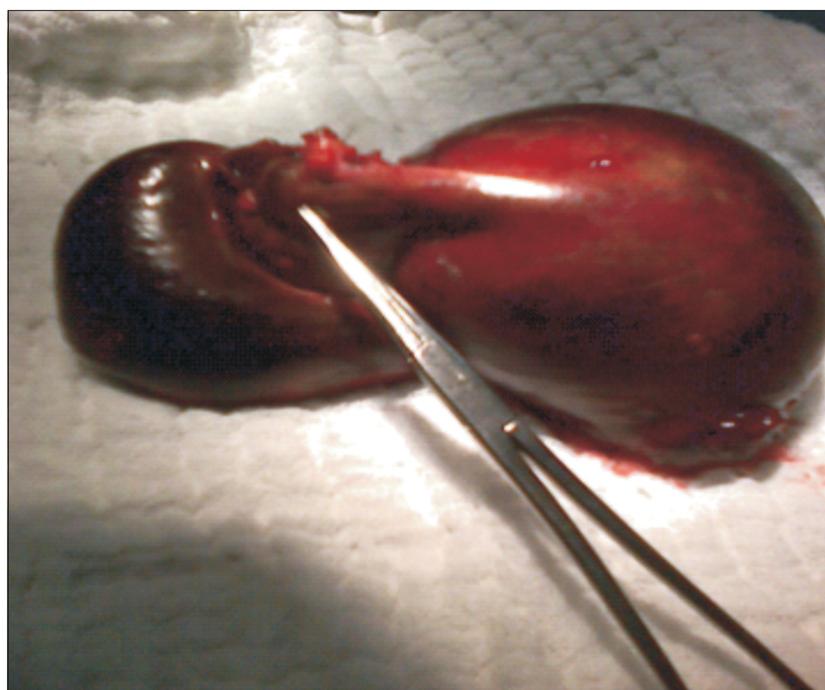


Figura 2. Aspecto macroscópico da peça cirúrgica excisada

Obs.: imagens em cores estão disponíveis na versão *on line* desta revista (<http://revistas.pucsp.br/rfcm>).

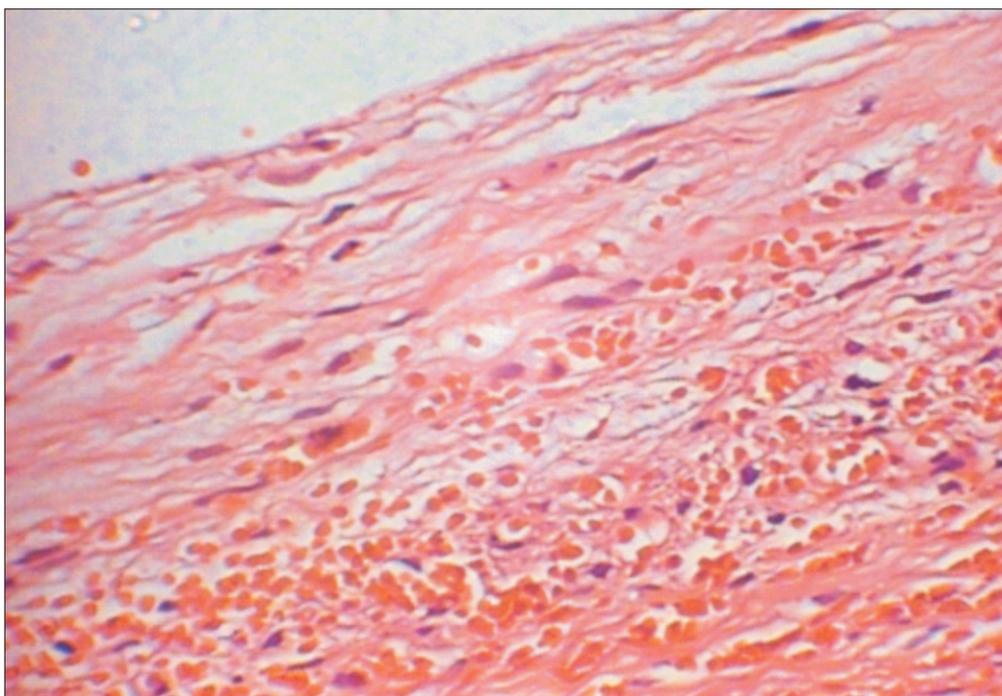


Figura 3. Exame microscópico: os cortes histológicos de fragmentos de ovário representado por cavidade cística repleta de material necrohemorrágico associados a alguns macrófagos e linfócitos. A parede é fibrosa e está comprimida pelo processo hemorrágico. Não se observa tecido endometrial. Não há indícios de malignidade.

Obs.: imagens em cores estão disponíveis na versão *on line* desta revista (<http://revistas.pucsp.br/rfcm>).

## CONCLUSÃO

O diagnóstico de torção anexial apesar de raro em pacientes adolescentes, deverá ser sempre lembrado dentro dos diagnósticos diferenciais de dor pélvica. Além da avaliação clínica de suspeição, o exame ultrassonográfico, complementado por dopplerfluxometria, é extremamente útil à conduta terapêutica. A não melhora clínica impõe abordagem cirúrgica.

A paciente adolescente merece uma abordagem ainda mais especial, tendo em vista que essas patologias podem comprometer seu futuro reprodutivo. A indicação cirúrgica resolutiva é sumamente importante, devendo ser cautelosa, evitando-se procedimentos desnecessários que poderão levar à diminuição e/ou perda definitiva da função sexual e reprodutiva da mulher.

## REFERÊNCIAS

- Oliveira MAP, Melki LAH, Tavares RCS. Abdomo agudo ginecológico. *Rev Hosp Pedro Ernesto*. 2009; 8:81-8.
- Murta EFC, Tiveron FC, Barcelos ACM, Manfrin A. Análise retrospectiva de 287 casos de abdome agudo em ginecologia e obstetrícia. *Rev Col Bras Cir*. 2001; 28:44-7.
- Giordano LA, Giordano MV, Silva RO. Tumores anexiais na adolescência. *Adolesc Saúde*. 2009; 6:48-52.
- El-Amin Ali M, Yahia Al-Shehri M, Zaki ZM, Abu-Eshy S, Albar H, Sadik A. Acute abdomen in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 1998; 62:31-6.
- Neme B, Pinotti JA. Urgências em tocoginecologia. São Paulo: Sarvier; 1992. p. 62-6. Ginecopatias de causas mecânicas.
- Cohen SB, Wattiez A, Seidman DS, Goldenberg M, Admon D, Mashlach S, et al. Laparoscopy versus laparotomy for detorsion and sparing of twisted ischemic adnexa. *J Soc Laparosc Surg*. 2003; 7:295-9.
- Nichols DH, Julian PJ. Torsion of adnexa. *Clin Obstet Gynecol*. 1985; 28: 375-80.
- Chang HC, Bhatt S, Dogra VS. Pearls and pitfalls in diagnosis of ovarian torsion. *Radiographics*. 2008; 28:1355-68.
- Rodrigues AF, Oliveira BEC, Santos DR, Silva Junior EF, Guimarães FF, Muniz HG, Andrade LV, Geber S. Torção ovariana. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20:78-81.
- La Marca A, Volpe A. Antimullerian hormone and ovarian cancer. *Hum Reprod Update*. 2007; 13:265-73.
- Modotti WP, Dias R, Bueno PR, Mussi M, Bergamasco J, Moitim SZ. Torção isolada de trompa: relato de caso. *Rev Bras Videocir*. 2003; 1:152-6.
- Trindade RM, Baroni RH, Rosemberg M, Quadros MS, Racy MCJ, Tachibana A, et al. Achados da ressonância magnética na torção anexial. *Einstein*. 2010; 8:92-6.