

# CONDUTAS NAS URGÊNCIAS EM GINECOLOGIA - PARTE FINAL

## URGÊNCIAS POR CAUSAS IATROGÊNICAS

José Carlos Menegoci, Ayrton de Andréa Filho, Luiz Antonio Guimarães Brondi, Marco Antonio Bittencourt Modena, Nancy Akiko Nagayassu\*

### BIÓPSIA CERVICAL

Na presença de sangramento persistente, o tratamento de urgência pode ser feito com uso de tampão vaginal embebido em hipossulfito de sódio a 10% ou pela cauterização do vaso sangrante.

### HISTEROSSALPINGOGRAFIA

Durante o exame, o emprego de pressão excessiva quando existe obstrução tubária pode causar ruptura da tuba. Na eventualidade de ocorrer concomitante ruptura de vasos calibrosos, a hemorragia pode exigir tratamento cirúrgico, que de praxe é a salpingectomia.

Pode existir sangramento intenso quando ao se tentar introduzir a cânula de histerossalpingografia sobrevém lesão de vasos calibrosos para-uterinos. Não sendo contido pelo tecido conjuntivo frouxo, o hematoma pode se estender pelo retro-peritônio, com possíveis alterações hemodinâmicas, chegando ao choque hipovolêmico. É necessária laparotomia com ligadura dos vasos feridos.

Em alguns casos, o derrame do contraste na cavidade peritoneal pode causar processo inflamatório, com algia hipogástrica e descompressão súbita dolorosa. Esta peritonite de ordem química não se reveste de maior importância, sendo tratada com anti-inflamatórios não-hormonais orais ou injetáveis.

### INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

De pequena importância são o sangramento, rotineiramente discreto, e as cólicas uterinas. Tendem a se resolver espontaneamente ou com uso de analgésicos, no caso das cólicas.

Causa maior apreensão ao aparecimento de processo infeccioso, que deve ser percebido o mais precocemente possível. É necessário introduzir antibioticoterapia de imediato nos moldes preconizados para a moléstia inflamatória pélvica aguda, sendo a terapia proporcional à intensidade do quadro enquanto se aguarda o resultado da cultura e antibiograma dos microorganismos obtidos do DIU, que deve ser removido.

Outro evento adverso é a perfuração uterina durante a sua inserção. Em geral, a paciente exibe queixa importante de dor, por vezes coincidindo com a percepção da falta de resistência do fundo uterino por parte do médico, tendo a cânula de inserção penetrado além do razoável. A ultrasonografia consegue definir a cavidade uterina com DIU ausente. É necessário que o DIU seja removido pela laparoscopia ou, na sua impossibilidade, pela laparotomia, evitando-se futuras complicações, como perfurações de órgãos ou obstrução intestinal. A sutura miometrial será necessária apenas se houver sangramento. Nessas

circunstâncias, lesões de outros órgãos internos, além do útero, são de extrema raridade. É possível que todo o evento seja silencioso, vindo a ser conhecido na eventualidade de ocorrer gestação, quadro de abdome agudo ou em tentativa de retirada quando o DIU não é encontrado no sítio esperado.

Se ocorre gestação na presença de DIU, a maioria dos autores recomenda sua remoção até a 12ª semana, sendo reduzido o risco de abortamento ou de infecção. Esta última torna inadiável a retirada do DIU. Após a 12ª semana recomenda-se deixar o DIU *in loco*, seguindo-se a gravidez.

### PERFURAÇÃO UTERINA

Além da inserção do DIU, a perfuração uterina pode ocorrer durante histerometria e curetagem uterina. O acidente constantemente é devido às anteversoflexões e retroflexões pronunciadas. O diagnóstico é facilitado quando se mantém o instrumento que causou a perfuração na cavidade abdominal e, pelo toque bimanual, se palpa o mesmo ultrapassando a parede uterina.

A conduta imediata é expectante, com profilaxia com antibióticos e uso de ocitócicos derivados do ergot (Ergotrate®, Methergin®), 1 comprimido a cada 8 horas.

A suspeita de perfuração uterina decorrente da curetagem ou de manobras abortivas pode ser identificada pela presença de ar no espaço subfrenico durante raio X em decúbito supino. Eventuais lesões de alças intestinais, das vias urinárias ou de vasos irão se manifestar, exigindo intervenções pela laparotomia, que torna-se obrigatória caso não haja pronta resposta à antibioticoterapia. As intervenções a serem realizadas dependem dos achados cirúrgicos, sendo preferível que este ato seja realizado com auxílio de cirurgião experiente.

### COLPOTOMIA POSTERIOR

O maior risco consiste na perfuração do reto, do sigmóide ou de alças presentes na escava retro-uterina. Percebe-se o escape de material fecalóide e, quando isto não ocorre, o quadro abdominal se agrava, exigindo laparotomia para reparo das lesões.

### Estruturas anatômicas mais propensas a lesões durante cirurgia ginecológica oncológica exploradora

- Aorta,
- Veia cava inferior,
- Artéria mesentérica inferior,
- Uteres,
- Nervos dos plexos pré-aórtico e pré-sacro.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 10, n. 2, p. 38-40, 2008

\* Professor (a) do Depto. de Cirurgia - CCMB/PUC-SP

Na dissecação dos linfonodos peri-aórticos, a estrutura mais lesada é a veia cava inferior. A hemostasia é feita com sutura linear vascular utilizando-se mononylon 5-0. A hemorragia é controlada durante o ato operatório pela compressão distal da veia ou utilizando-se pinças apropriadas tipo Satinski. A simples compressão pelo auxiliar é, quase sempre, suficiente para conseguir a realização da sutura sem sangramento. Na dissecação da gordura ao redor da aorta pode haver lesão dos plexos nervosos. A complicação possível é o íleo paralítico, de rara ocorrência nessa circunstância.

### LESÕES DE ALÇAS INTESTINAIS

Quando notada durante curetagem uterina, por exteriorização de alça intestinal ou pela presença de tecido adiposo, exige imediata laparotomia e reparo cirúrgico.

Durante cirurgias ginecológicas podem acontecer lesões acidentais ou decorrentes de aderências importantes aos órgãos genitais internos nos quais se intervém. Atenção especial deve-se ter nos casos em que existe endometriose pélvica ou processos inflamatórios com aderências de difícil manejo.

Nos casos de pequenas lesões, sem envolvimento da mucosa, a simples sutura da parede muscular da alça é suficiente. Caso a lesão seja de maior magnitude, é preferível que se obtenha o auxílio de cirurgião com experiência em aparelho digestivo.

### LESÕES DA BEXIGA E DO URETER

Podem ocorrer durante cirurgias pela via vaginal ou abdominal. Seu reparo se faz em dois planos, com pontos separados ou contínuos de catagute 2-0 simples, fio de polidioxanona (PDS) ou polilecaprone 25 (Monocryl) 3-0 ou 4-0 na mucosa vesical. A camada muscular é reparada com fio de polidioxanona (PDS) ou polilecaprone 25 (Monocryl) 3-0 ou 4-0 e estes pontos não devem envolver a mucosa. Importante cuidado durante o reparo é identificar o trígono vesical, que deve ser preservado. Da maior importância é o repouso vesical, conseguido pela sondagem com sondas de duas ou três vias, de preferência igual ou maior que 18, o que reduz a possibilidade de obstrução por coágulos sanguíneos e permite irrigação vesical. O cateterismo vesical deve ser mantido aberto pelo espaço mínimo de dez dias, que se ampliam para vinte dias nos casos de pacientes previamente irradiadas. Com menor assiduidade, alguns preferem fazer cateterismo suprapúbico, o que parece ser indiferente.

O trauma dos ureteres pode ser por esmagamento (causado por pinçamento inadequado), secção parcial ou total. A correção deve ser feita com ressecção da área esmagada ou cortada, realizando-se anastomose das porções restantes (uretero-ureterostomia). Os fios preconizados são os mesmos usados na lesão vesical. Procura-se fazer a anastomose utilizando-se a manobra de transformar as extremidades do ureter em “bico de flauta”, aumentando a área de sutura, o que previne estenose futura. O uso de sondas ureterais de longa duração nesses procedimentos propicia melhor resultado pós-operatório. A sonda ideal (menor rejeição e infecção) é a de silicone. Também podem ser utilizadas as sondas ureterais de plástico.

Dentro destes conceitos, as lesões ureterais devem ser reparadas por cirurgião com experiência em vias urinárias, exigindo uso de cateteres específicos e posterior cistoscopia.

### DEISCÊNCIA DA PAREDE ABDOMINAL

A prevenção é primordial, exigindo cuidados especiais em relação às suturas nas pacientes diabéticas, portadoras de tosse crônica, desnutridas e/ou com queda do estado geral. O fechamento da parede deve ser feito com fios inabsorvíveis (Vicryl, mononylon), com pontos separados para aproximação dos músculos reto anteriores do abdome e na aponeurose, que aumentarão a resistência quando houver esforço abdominal. Nessas pacientes, em particular, deve-se evitar o fechamento da parede em plano único.

A deiscência pode ser parcial ou total. Quando atinge apenas a pele e o tecido celular subcutâneo, o tratamento se faz apenas com higiene local, aguardando-se a cicatrização por segunda intenção. Se há suspeita de infecção, fazer antibioticoterapia profilática.

Nos casos de deiscência total impõe-se a resutura. Esta é precedida de anti-sepsia e assepsia das bordas a serem suturadas, removendo-se o tecido necrótico acaso existente. A resutura é feita por planos, com pontos separados de fio inabsorvível no músculo e na aponeurose, complementada com pontos totais espaçados de seda 2, envolvendo o peritônio parietal, músculo reto anterior e aponeurose. A sutura da pele se faz com fios de mononylon ou algodão 2-0. A paciente é mantida em repouso, com sonda nasogástrica, para evitar distensão abdominal, e em jejum até que a ausculta manifeste claramente o retorno do peristaltismo intestinal.

### DOENÇA TROMBOEMBÓLICA (TVP)

É uma das maiores causas de morte e de morbidade em pacientes oncológicos. Cerca de 2/3 dos casos de TVP ocorre em mulheres, razão pela qual o sexo é considerado um fator de risco importante. Porém, levando-se em consideração a proporção de mulheres e o número de cirurgias no grupo, a incidência da TVP é relativamente baixa.

### ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO

De acordo com a clássica tríade de Virchow, a hipercoagulabilidade, a lesão vascular e a estase venosa são os principais fatores predisponentes para o desenvolvimento do fenômeno tromboembólico.

São considerados fatores de risco:

1. Obesidade;
2. Malignidade clínica e oculta;
3. Radioterapia prévia à cirurgia;
4. Hematócrito abaixo de 30 %;
5. Longo período de imobilidade no leito em pré-operatório e pós-operatório;
6. Gravidez;
7. Anticoncepção oral pré-operatória imediata;
8. Imobilidade por cirurgias de longa duração e trauma dos vasos sanguíneos durante a cirurgia;
9. História prévia de TVP, varizes dos membros inferiores, edema dos membros inferiores;
10. História de insuficiência cardíaca congestiva ou doença cardíaca;
11. Idade e raça;
12. Venoclise de longa duração (intracath, portcath, dissecação de veia).

## DIAGNÓSTICO

É clínico:

- a. Edema da perna com sensibilidade máxima ao nível da panturrilha e na região poplíteia são os clássicos.
- b. Sinal de Homan = dor na panturrilha na manobra de dorsoflexão do pé.
- c. Dor na panturrilha ao efetuar a compressão da mesma.  
A presença destes sintomas e sinais exige ultra-som de membros inferiores com Doppler.

## TRATAMENTO

Pode ser profilático quando se usa como anticoagulante a enoxaparina sódica (Clexane®) 20 mg subcutânea, iniciando 12 horas pós-cirurgia; ou curativo em pacientes internados com enoxaparina sódica (Clexane®), 1 mg/kg SC de 12/12 h. Como controle se usam os fatores de coagulação (TC, TP, TPP) e a contagem de plaquetas e, se possível, fator Xa. Requisitar o auxílio do angiologista.