

ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 287 CASOS DE ABDOME AGUDO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 287 CASES OF ACUTE ABDOMEN IN GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Eddie Fernando Candido Murta, ACBC-MG¹

Fabiana Sucupira Tiveron²

Ana Cristina Macêdo Barcelos²

Alessandra Manfrin²

RESUMO: Objetivo: O abdome agudo em ginecologia e obstetrícia apresenta baixo risco de vida para a paciente, entretanto, o retardo no diagnóstico e tratamento influencia na morbi-mortalidade. O objetivo deste trabalho foi estudar as principais causas de abdome agudo em tocoginecologia. **Métodos:** Foram revisados 287 casos de abdome agudo em tocoginecologia de janeiro de 1987 a dezembro de 1997 atendidos na Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. **Resultados:** Os resultados mostraram que a gravidez ectópica foi a mais freqüente causa de abdome agudo hemorrágico com 98,5% dos casos. Nestes casos, a dor pélvica foi o sintoma mais comum (69,1%). Todas as pacientes foram submetidas à laparotomia e salpingectomia foi realizada em 92,6% dos casos. A causa mais freqüente de abdome agudo inflamatório foi a doença inflamatória pélvica com 94,8%. A dor pélvica aguda estava presente em 91,5% dos casos e a febre em 56,2% dos casos. A penicilina foi usada com sucesso em 92,1% dos casos. Do total de 201 casos de doença inflamatória pélvica, 13 (6,5%) foram submetidos à laparotomia. **Conclusões:** Os autores concluem que o abdome agudo de causa tocoginecológica apresenta quadro clínico variável, portanto, o ginecologista deve estar atento para estabelecer diagnóstico e tratamento precisos.

Descritores: Abdome agudo; Gravidez ectópica; Doença inflamatória pélvica; Torção de anexo.

INTRODUÇÃO

O abdome agudo ginecológico é definido como uma dor abdominal repentina oriunda de uma afecção ginecológica que leva a paciente a procurar o médico¹. É classificado em cirúrgico ou clínico. No abdome agudo ginecológico cirúrgico, a condição clínica da paciente impõe o procedimento cirúrgico de imediato. A gravidez ectópica rota é o exemplo mais freqüente². O abdome agudo ginecológico clínico inclui as ginecopatias que não necessitam de tratamento cirúrgico imediato como a doença inflamatória pélvica (DIP)³. Pode ser classificado em hemorrágico e inflamatório. No primeiro, a gravidez ectópica também é a alteração mais freqüente e no segundo, a DIP^{1,4}. A DIP ocorre principalmente nas mulheres

jovens e nulíparas com a incidência de 850.000 casos/ano nos EUA^{5,6}. A gravidez ectópica ocorre entre 1:4.000 e 1:30.000 gestações^{2,7}; a incidência nas pacientes submetidas a fertilização *in vitro* é de aproximadamente 1:100⁸. Outras causas como a torção anexial e a ruptura de cisto anexial são mais raras^{9,10}.

Na maioria das vezes as emergências em tocoginecologia são de baixo risco para as pacientes. Não obstante, a demora na indicação cirúrgica pode ser de alta morbidade^{3,11}.

Poucos trabalhos na literatura nacional abordaram este tema. Portanto o objetivo deste trabalho é analisar retrospectivamente as principais causas de abdome agudo em ginecologia, verificando-se a sua freqüência, principais sinais e sintomas, métodos diagnósticos utilizados e a terapêutica empregada.

1. Professor Adjunto da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia.

2. Acadêmica de Medicina.

Recebido em 18/1/2000

Aceito para publicação em 12/9/2000

Trabalho realizado na Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro.

MÉTODO

O estudo foi realizado na Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia, Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG. Foram analisados arquivos contendo registros de todos os pacientes adultos internados neste setor no período de janeiro de 1987 a dezembro de 1997. Destes foram excluídos casos com dados clínicos insuficientes ou casos onde os prontuários não foram encontrados, restando um total de 287 casos. Visando à padronização e à homogeneidade nos critérios diagnósticos, os procedimentos de coleta e registro de informações foram realizadas em conjunto por três observadoras treinadas. Foi utilizado um protocolo onde registrou-se a frequência de diagnósticos de abdome agudo, detalhando-se algumas causas frequentes, entre elas prenhez ectópica e doença inflamatória pélvica. Foram pesquisados idade, sintomas relatados pelo paciente durante a anamnese de internação, exame físico, realização ou não de ultra-som, hemograma, necessidade de transfusão sanguínea, tipo de tratamento realizado (clínico ou cirúrgico) e tempo de internação.

RESULTADOS

Foi analisado um total de 287 pacientes. Deste total, 75 (26,1%) apresentavam abdome agudo do tipo hemorrágico. O diagnóstico mais frequente foi prenhez ectópica com 68 (90,7%) casos, seguido por cisto ovariano roto com sete (9,3%) casos. Das restantes 212 (73,9%) pacientes, 201 (94,8%) apresentaram abdome agudo do tipo inflamatório, sendo que o diagnóstico mais frequente foi a DIP com 201 (94,8%) casos e a torção de anexo com 11 (5,2%) casos.

A prenhez ectópica em 67 (98,5%) casos foi diagnosticada como do tipo tubário, enquanto uma (1,5%) foi prenhez ectópica ovariana. A média de idade foi de $26,9 \pm 7,4$ anos. As manifestações clínicas estão descritas na Tabela 1, onde "outras" representam falha menstrual, palidez, sangramento vaginal, tenesmo e síncope. A ultrasonografia abdominal foi realizada em 45,6% ($n=31$) das pacientes com prenhez ectópica. Níveis de hemoglobina menores do que 10mg/dl estavam presentes em 32 (47%) pacientes. Culdocentese foi realizada em 15 (22%) pacientes, sendo que em 93,3% ($n=14$) foi positiva. Em todos os casos o tratamento foi cirúrgico, tendo sido realizada salpingectomia em 98,5% das pacientes, e nas restantes associou-se ooforectomia. Em 56 (82,4%) casos a incisão utilizada foi a de Pfannenstiel. Trinta e cinco (51,4%) pacientes necessitaram de transfusão sanguínea durante a internação. O tempo médio de cirurgia foi de $126,9 \pm 23,4$ minutos. O tempo médio de internação foi $3,8 \pm 1,8$ dias.

As manifestações clínicas mais comuns da doença inflamatória pélvica estão na Tabela 2. A média de idade foi de $21,9 \pm 8,3$ anos. Quatorze (6,7%) pacientes no momento da internação, faziam uso de antibióticos. Níveis de hemoglobina menores do que 10mg/dl foram encontrados em quatro (0,02%) casos. O tratamento clínico foi realiza-

do em 188 (93,5%) casos. O tratamento cirúrgico foi realizado em 13 (6,5%) pacientes (Tabela 3). O tempo médio de cirurgia foi de $178,8 \pm 81,8$ minutos. O tempo médio de internação foi de $7,7 \pm 3$ dias.

Tabela 1
Manifestações clínicas da prenhez ectópica

Manifestações clínicas	N	%
Dor hipogástrica	47	69,1
Dor abdominal difusa	18	26,4
Choque hipovolêmico	17	25,6
Dor epigástrica	06	8,8
Dor lombar	04	5,8
Dor escapular	01	1,4
Outras	08	11,7

Tabela 2
Manifestações clínicas da doença inflamatória pélvica

Manifestações clínicas	N	%
Dor hipogástrica	194	96,5
Febre	113	56,2
Leucorréia	82	40,8
Disúria	45	22,3
Náuseas	39	19,4
Dor abdominal difusa	38	18,9
Dor lombar	28	13,9
Sangramento vaginal	25	12,4
Adinamia	17	8,4
Vômitos	15	7,8
Dor epigástrica	13	6,4
Cefaléia	12	5,5
Polaciúria	11	5,4
Dor flanco esquerdo	07	3,5
Diarréia	06	03
Dor flanco direito	06	03
Outros	27	13,1

Tabela 3
Operações realizadas no tratamento da doença inflamatória pélvica

Cirurgia	N	%
Salpingectomia	06	46,2
Anexectomia	03	23,1
Histerectomia e anexectomia	04	30,7
Total	13	100

DISCUSSÃO

A principal causa de abdome agudo hemorrágico em nosso serviço foi a prenhez ectópica. O quadro clínico é variável e, conseqüentemente, pode haver dificuldade no diagnóstico. A tríade clássica: dor, amenorréia e sangramento vaginal, acontece em cerca de 50% das pacientes, principalmente com prenhez ectópica rota^{2,10}. Nossos achados demonstraram que a dor mais comum foi no hipogástrio. Segundo Tarazza & Moore¹⁰, o diagnóstico da prenhez ectópica rota é fácil de ser feito quando existe o quadro de abdome agudo, choque hemorrágico e teste para gravidez positivo, entretanto, na maioria das vezes, o diagnóstico da prenhez ectópica não rota é mais difícil.

Os sinais clássicos de hemoperitônio, como o sinal de Laffont, tenesmo e síncope podem ocorrer, entretanto não são comuns¹⁰. Na nossa casuística, o sinal de Laffont estava presente em somente 1,4% dos casos e amenorréia, sangramento vaginal, tenesmo, síncope em 11,4%. Somente 47% das pacientes apresentaram níveis de hemoglobina menores que 10mg%. Isto pode ser explicado pelo sangramento agudo, não havendo tempo para repercussões nos níveis de hemoglobina.

A culdocentese foi positiva em 93% dos casos. Embora, seja um exame traumático, acreditamos que possa contribuir nos casos em que há dúvida diagnóstica. Entretanto, há de se lembrar que a culdocentese positiva pode estar presente em somente 50% das mulheres com prenhez ectópica rota¹².

A conduta cirúrgica na prenhez ectópica deve ser conservadora. A salpingectomia foi utilizada em nosso serviço em 92,6% das pacientes. Outra alternativa, como a anastomose terminoterminal, pode ser utilizadas em casos de desejo de procriação ou na ausência de trompa contralateral¹. Apesar da urgência, a maioria das incisões foi a transversal, tipo Pfannenstiel. Usamos este tipo de incisão nas urgências por suspeita de prenhez ectópica por acreditarmos que o tempo de abertura da cavidade é rápido e a facilidade de acesso à pelve não é prejudicada. O tempo médio de cirurgia pode ser considerado longo em se tratando de operação simples, mas se deveu à grande quantidade de sangue e à exaustiva lavagem, da cavidade que

realizamos de rotina nestes casos. O tempo de internação foi longo, principalmente, pela demora da paciente em recuperar-se do choque hipovolêmico que esteve presente em 25% dos casos e pela necessidade de transfusão sanguínea realizada em mais de 50% das pacientes.

A DIP é mais freqüente em mulheres jovens e nulíparas^{4,13}. As manifestações clínicas mais freqüentes foram a dor no hipogástro, febre e leucorréia. O diagnóstico da DIP em nosso serviço é baseado nos critérios de Hager¹⁴ que são a presença obrigatória de dor pélvica à mobilização do útero e anexos e a presença de pelo menos uma destas alterações: leucocitose >10.000cels/mm³, velocidade de hemossedimentação na primeira hora >15 mm, febre ≥38,5 C°, leucorréia, suspeita de abscesso no ultra-som e/ou no exame ginecológico. O critério de internação é baseado na presença de peritonite, ou abscesso ou nos casos em que há dúvida diagnóstica. O *Center for Disease Control* (CDC) preconiza que nas pacientes com DIP que têm indicação de internação, a associação de cefoxitina e doxiciclina ou clindamicina é a primeira escolha¹⁵. Entretanto, em nosso serviço o uso isolado de penicilina mostrou bons resultados, o que, aliado ao baixo custo torna este antibiótico ainda uma boa escolha para tratamento da DIP em paciente que não apresenta quadro de abscesso pélvico. A conduta cirúrgica foi rara, e nestes casos a salpingectomia foi o procedimento mais realizado. E este deve ser o tratamento de escolha, pois raramente há necessidade de histerectomia. Lembramos que todo o processo de infecção começa na trompa e a retirada deste órgão, resolve a maioria dos casos^{16,17}.

A torção anexial é uma condição cirúrgica rara. Diamant¹⁸ relata 300 casos descritos até 1971. A maioria destes casos ocorreu na menacme e associados à gravidez, hidrossalpinge, cistos ovarianos ou paraovarianos e outras alterações anatômicas no anexo¹⁹. O sintoma mais freqüentes é a dor, que pode ser acompanhada de sangramento transvaginal, disúria e polaciúria^{20,21}. Geralmente, o estado geral é bom, entretanto, a demora no diagnóstico e a terapêutica podem levar a paciente à peritonite grave e sepse²². O tratamento de escolha é a laparotomia ou laparoscopia e consiste na sua retirada nos casos de infecção e/ou necrose, e na conservação com fixação nos casos de boa vitalidade²³.

ABSTRACT

Background: The gynecology or obstetric acute abdomen in woman present a low risk, although the diagnosis and treatment may be a challenge. The aim of this study was to analyze the most frequent causes of acute abdomen in gynecology and obstetrics. **Methods:** We reviewed 287 cases, from January 1987 to December 1997, attending in Discipline of Gynecology and Obstetrics of the Faculty of Medicine of "Triângulo Mineiro". **Results:** Our results showed that ectopic pregnancy was the most frequent cause of hemorrhagic acute abdomen, with 98.5% of the cases. Pelvic pain was the most common symptom (69.1%). All patients were submitted to a laparotomy; salpingectomy was performed in 92.6% of cases. The most frequent cause of inflammatory acute abdomen was inflammatory pelvic disease, with 92.6%. Acute pelvic pain was present in 96.5% of the cases and fever in 56.2%. Penicillin was successfully used in 92.1%. From the 206 cases of IPD, 13(6.5%) were submitted to laparotomy. **Conclusions:** The authors concluded that acute abdomen for gynecology or obstetrical disorders shows a variability of symptoms that may lead to a wrong diagnostic. Meanwhile, the gynecologist must be aware of these variabilities to perform a correct diagnosis.

Key Words: Acute abdomen; Ectopic pregnancy; Inflammatory pelvic disease; Torsion of the adnexa

REFERÊNCIAS

1. Oliveira LJ, Urbanetz AA, Nascimento RMAM. Abdome Agudo em Ginecologia. In: Halbe HW ed. Tratado de ginecologia. São Paulo. 2ª edição. Editora Roca Ltda 1995.
2. Emerson DS, McCord ML. Clinician's approach to ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol, 1996; 39(1): 199-222.
3. Rezende WW, Rezende CS, Pinotti M et al. Urgências em ginecologia: abdome agudo. RBM-Ginecologia e Obstetrícia, 1996; 6: 353-358.
4. Pires RA, Bóscollo ACP, Murta EFC. Abdome agudo em ginecologia. J Bras Ginecol, 1997; 107(10): 343-346.
5. Washington AE, Aral SO, Wolner-Hansen P et al. Assessing risk for pelvic inflammatory disease and its sequel. JAMA, 1991; 226:2581-2586.
6. Curran JW, Rendtorff RC, Chandler RW et al. Female gonorrhea: Its relation to abnormal uterine bleeding urinary tract symptoms, and cervicitis. Obstet Gynecol, 1975;45: 195-198.
7. DeVoe RW, Pratt JH. Simultaneous intrauterine and extrauterine pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 1948;56: 1119-1126.
8. Rizk B, Tan SL, Marcos S et al. Heterotopic pregnancies after in vitro fertilization and embryo transfer. Am J Obstet Gynecol, 1991;164: 161-164.
9. Murta EFC, Paschoini MC, Silva SR. Torção isolada da trompa de Falópio em uma paciente virgem: uma rara condição cirúrgica. J Bras Ginecol, 1994;104(9): 327-330.
10. Tarazza HM, Moore RD. Gynecologic causes of the acute abdomen and the acute abdomen in pregnancy. Surg Clin North Am, 1997;77(6): 1371-1395.
11. El-Amin Ali M, Yahia Al-Shehrin M, Zaki ZMS et al. Acute abdomen in pregnancy. International Federation Gynecology and Obstetrics, 1998; 62: 31-36.
12. Vermesh M, Graczkowski JW, Saver MV. Reevaluation of the role of culdocentesis in the management of ectopic pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 1990;162: 411.
13. Aral SO, Mosher WD, Cates W. Self-reported pelvic inflammatory disease in the United States 1988. JAMA, 1991; 266:2570-3.
14. Hager WD, Eschenbach DA, Spence MR. Criteria for diagnosis and grading of salpingitis. Obstet Gynecol, 1983; 61: 113-116.
15. Centers for disease control: pelvic inflammatory disease: guidelines for prevention and management. MMWR, 1993;42: 75-83.
16. Ginsberg DS, Stern JL, Hamod KA et al. Tubo-ovarian abscess, a retrospective review. Am J Obstet Gynecol, 1980;138: 1055.
17. Rivlin ME, Hunt JA. Ruptured tubo-ovarian abscess: Is hysterectomy necessary? Obstet Gynecol, 1977;50:518.
18. Diamant YZ. Torsion of hydrosalpinx: report of four cases. Int Surg, 1972;57: 303-306.
19. Provost RW. Torsion of the normal fallopian tube. Obstet Gynecol, 1972;1: 80-82.
20. Barnes WS, Schantz JC, Shochat SJ. Torsion of the fallopian tube in a premenarcheal patient. Am J Dis Child, 1977;131: 1297-1298.
21. Best CL, Feldman DB, Sobenes JR et al. Unexplained displacement of ipsilateral ovary and fallopian tube. Obstet Gynecol, 1991; 78: 558-560.
22. Nichols DH, Julian PJ. Torsion of the adnexa to cavanagh D, ed. Gynecologic Emergencies. Clinical Obstetrics and Gynecology. New York, NY, Harper & Row, 1985: 375-380.
23. Shalev E, Mann S, Romano S et al. Laparoscopic detorsion of adnexa in childhood: a case report. J Pediatr Surg, 1990; 26: 1193-1194.

Endereço para correspondência:
 Prof. Eddie Fernando Candido Murta
 Rua Getúlio Guaritá, s/nº - Abadia
 38025-440 – Uberaba-MG

E-mail: eddiemurta@mednet.com.br