

Original Article/Artigo Original

Acute Abdomen in Gynecology Abdomen Agudo em Ginecologia

Sofia Raposo*, Carlos Nobre**, Margarida Dias***

Hospitais da Universidade de Coimbra

Abstract

Overview and Aims: Acute abdomen in gynecology has a low mortality risk for the patient; however, a delay in diagnosis and treatment can cause major influence on morbidity.

Aims: To find the main causes of gynecological acute abdomen (GAA), analyse the epidemiological characteristics, the major signs and symptoms, the diagnostic method and therapy.

Study design: Retrospective study

Population / Methods: Retrospective study to analyse the patients who attended the emergency department and were admitted to the service since January 2006 to April 2011. Ninety patients diagnosed with GAA were selected.

Results: The mean age at diagnosis was 33,2±9,95 [13,68] years. Extrauterine pregnancy was the most common cause of hemorrhagic GAA (n = 33) and PID was the major cause of inflammatory GAA (n = 3). Abdominal pain was the most common symptom (95,5%). Surgical treatment was required in 89 cases (70 laparotomies, 18 laparoscopies and a laparoscopy followed by laparotomy). Pfannestiel incision was the most commonly performed in laparotomies (67 patients). The average length of hospital stay was 5,4±3,31 [2,20] days.

Conclusions: GAA occurs primarily in young women of reproductive age. Hemorrhagic GAA is the most common and about 75% of women require a laparotomy.

Keywords: gynecological acute abdomen; pelvic pain; genital bleeding; pelvic inflammatory disease; ectopic pregnancy

INTRODUÇÃO

O ventre agudo ginecológico (VAG) é caracterizado por uma dor abdominal intensa, de início súbito, com origem no aparelho reprodutor feminino, e que conduz a paciente a procurar cuidados médicos¹.

Uma em cada 100 urgências diz respeito a ventre agudo, e destas 20% correspondem a VAG². Este é classificado em cirúrgico ou médico³.

A rotura de gravidez extra-uterina (GEU) é a entidade mais frequente do VAG cirúrgico⁴, cuja abordagem laparoscópica se revela de grande importância quer a nível diagnóstico quer terapêutico. O VAG médico compreende patologias que não necessitam de tratamento cirúrgico imediato, do qual a doença inflamatória pélvica (DIP) e o síndrome de hiperestimulação ovárico complicado, em mulheres submetidas a tratamento com gonadotrofinas por infertilidade, são exemplos^{5,6}.

Pode, ainda, ser classificado em hemorrágico, infeccioso e isquémico ou vascular. No primeiro, a GEU é a afeção mais frequente e no segundo, a DIP⁷.

* Interna Complementar de Ginecologia/Obstetria

** Assistente Hospitalar de Ginecologia/Obstetria

*** Assistente Graduada de Ginecologia/Obstetria

A GEU tem origem quando um óvulo fertilizado se implanta fora de útero. A maioria localiza-se na porção ampular da trompa. A GEU ocorre entre 1:4000 a 1:30 000 gestações^{4,8}. A sua incidência tem vindo a aumentar, fruto de uma maior prevalência de alguns factores de risco, tais como, infecções genitais e pélvicas e técnicas de procriação medicamente assistida⁹. DIP é a designação habitualmente utilizada para descrever um quadro clínico caracterizado pela existência de um processo infeccioso dos órgãos internos femininos¹⁰. A sua incidência é muito difícil de determinar; por um lado, muitos casos decorrem de forma insidiosa ou mesmo assintomática, dado que só são detectados mais tarde pelas sequelas que originam, principalmente, infertilidade. No Reino Unido, cerca de 1 em 50 mulheres sexualmente activas terão uma DIP por ano. Nos EUA, segundo os dados do CDC (Centers for Disease Control and Prevention)¹¹, mais de 1 milhão de mulheres é tratada anualmente por DIP e pressupõe-se que o mesmo número de mulheres terá a doença sem saber¹². No grupo do VAG vascular incluem-se patologias, tais como, complicações associadas a endometriose (rotura de endometrioma ou hemorragia catamenial associado a endometriose severa); torção de miomas ou anexial; rotura ou torção de quisto anexial/paratubar e quisto hemorrágico que, são entidades mais raras^{13,14}.

Os miomas, causa de VAG vascular, são os tumores mais comuns na mulher em idade reprodutiva, afectam cerca de 20-30% das mulheres com idade ≥ 30 anos¹⁵. Em metade dos casos são assintomáticos, mas podem conduzir a complicações, nomeadamente, hemorragia uterina anormal, dor pélvica, sintomas urinários, trombo-embolismo, torção e necrose¹⁶.

No diagnóstico diferencial de VAG é da maior importância, excluir outras causas de ventre agudo de origem extra-ginecológica, nomeadamente apendicite aguda, diverticulite, infecções urinárias, cólica renal, aneurismas e colecistite.

A maioria das urgências em ginecologia apresentam baixo risco para as doentes, quer a nível de morbilidade quer de mortalidade. No entanto, um diagnóstico de VAG cirúrgico tardio pode conduzir a uma recuperação prolongada e a sequelas definitivas¹⁷.

Na literatura são escassos os estudos acerca das características epidemiológicas, perfil clínico, diagnóstico e orientação das doentes internadas com diagnóstico de VAG.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo das doentes internadas a partir do serviço de urgência, entre Janeiro de 2006 e Abril de 2011. De uma amostra de 472 doentes foram seleccionadas as 90 que apresentavam o diagnóstico de VAG. Designou-se VAG a

todos os casos que apresentaram dor abdominal severa de início agudo, com sinais de defesa abdominal, sintomas gastrointestinais, anemia ou choque hipovolémico, leucocitose ou febre, e cuja origem era o aparelho reprodutor feminino. Foram excluídos os casos em que a patologia ginecológica constituiu um achado cirúrgico, e não foi a causa que motivou a intervenção cirúrgica. Os casos clínicos com diagnóstico duvidoso foram, igualmente, excluídos.

Foram pesquisados dados epidemiológicos, sinais e sintomas, exame físico, exames complementares de diagnóstico, necessidade de transfusão sanguínea e de antibioterapia, tipo de tratamento efectuado e tempo de internamento.

RESULTADOS

Foram analisadas um total de 90 pacientes. A média das idades à data do diagnóstico foi de $33,2 \pm 9,95$ [13,68] anos (gráfico 1).

O índice de massa corporal médio foi de $23,9 \pm 3,99$ [17,38]. A menarca surgiu em média aos $12,2 \pm 1,63$ [8,18]

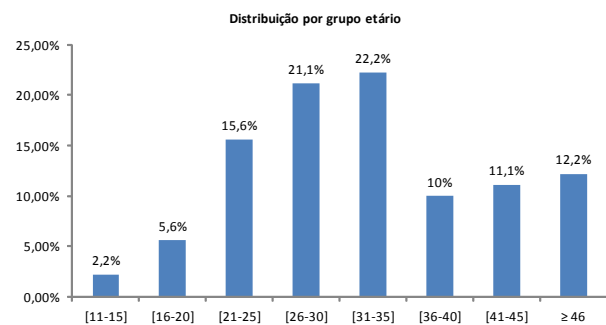


Gráfico 1 – Distribuição das doentes por grupo etário

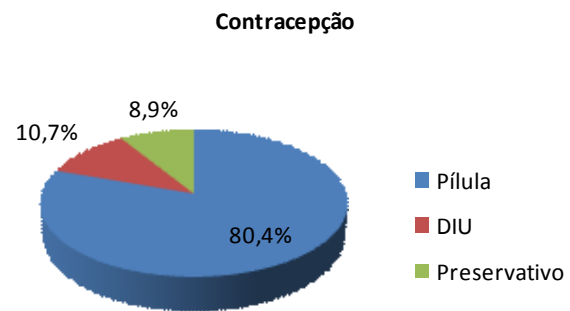


Gráfico 2 – Tipo de contracepção

anos. Dez pacientes eram pós-menopáusicas e a idade média de menopausa foi de 49,2±1,72 [45,52] anos. Sessenta e dois por cento das doentes (n=56) realizavam contracepção (gráfico 2). Metade das doentes eram primíparas. Nove por cento (n=8) das pacientes eram fumadoras.

Relativamente aos antecedentes pessoais gineco-obstétricos destaca-se uma doente com útero unicórneo verdadeiro, duas com útero septado e três com esterilidade primária. Dos antecedentes cirúrgicos gineco-obstétricos há a referir: duas com laqueação tubar, duas com histerectomia, uma doente com salpingectomia esquerda por GEU e uma com salpingectomia bilateral.

O sintoma inicial foi em 95,5% (n=86) pacientes a dor abdominal, associada ou não a outros sinais/sintomas (quadro 1). Relativamente às restantes quatro pacientes três apresentaram metrorragias: isoladas (1 caso), associadas a dismenorreia (1 caso) e a amenorreia (1 caso); apenas uma apresentou sintomas gastrointestinais sem qualquer sintoma ginecológico.

Quadro I. Sinais/Sintomas associados à dor abdominal	
Sinais/ Sintomas associados à dor abdominal	N
Metrorragias	9
Metrorragias e amenorreia	1
Corrimento vaginal fétido	1
Dispareunia profunda	1
Massa abdominal	1
Náuseas e vômitos	1

A GEU foi o diagnóstico mais frequente, verificando-se em 36,7% (n=33) das pacientes; a média das idades das doentes com GEU foi de 31,7±6,46 [22,46] anos e em 100% dos casos a GEU foi tubária. Quisto ovárico em torção e mioma em necrobiose foram diagnosticados em, respectivamente, 24,4% (n=22) e 20% (n=18) das doentes. Torção anexial foi responsável por 5,5% (n=5) dos casos; corpo amarelo hemorrágico, quisto paratubar em torção e DIP foram diagnosticados em 3,3% (n=3) pacientes. Nos restantes três casos foi diagnosticado: hematometra; trompa em torção e ruptura de quisto folicular.

O tratamento médico com metotrexato foi preconizado numa doente com GEU. As restantes 89 pacientes foram submetidas a intervenção cirúrgica (gráfico 3 e 4). A laparoscopia foi instituída em 20% (n=18) das doentes; 77,8% (n=70) foram submetidas a laparotomia, e num caso foi realizada laparoscopia diagnóstica seguida de laparotomia. A incisão de Pfannesteil foi a mais utilizada (67 pacientes)

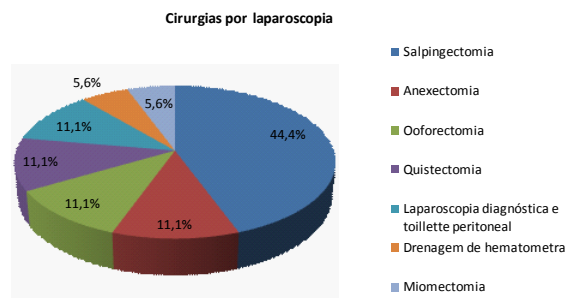


Gráfico 3 – Cirurgias por laparoscopia

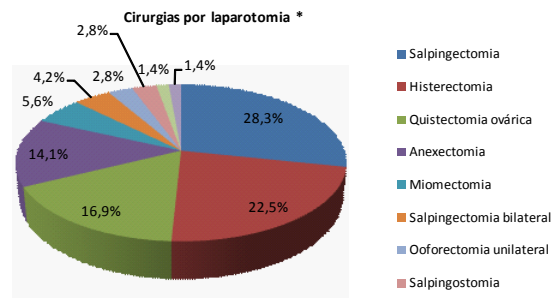


Gráfico 4: Cirurgias por laparotomia. (* Neste grupo foi incluído o caso da doente que foi submetida a laparoscopia diagnóstica seguida de laparotomia exploradora)

e em 3 casos foi efectuada incisão infraumbilical mediana. Cinco das doentes necessitaram de transfusão sanguínea durante o internamento. O tempo médio de internamento foi de 5,4± 3,31 [2,20] dias.

DISCUSSÃO

A abordagem da doente com suspeita de VAG constitui um desafio diagnóstico para qualquer ginecologista. É fundamental estabelecer os diagnósticos diferenciais e, distinguir entre situações cirúrgicas e não cirúrgicas; todos os esforços devem ser dirigidos para o diagnóstico precoce. Da rapidez de diagnóstico dependerá, na maioria dos casos, a prevenção de sequelas e a eficaz recuperação da doente.

De acordo com Brown *et al* cerca de 13% das mulheres que recorrem à urgência de cirurgia geral, apresentam um VAG¹⁸. Da mesma forma 10% das mulheres com diagnóstico clínico de apendicite aguda, têm patologia do foro ginecológico¹⁹. Esta patologia compreende: GEU, DIP, ruptura/torção de quistos anexiais, miomas, endometriose.

A avaliação inicial deve compreender uma anamnese detalhada com ênfase para o trato geniturinário e gastroin-

Quadro II. Tipo e causas de VAG

Tipo de VAG	Causas	N
Hemorrágico	GEU	33
	Corpo amarelo hemorrágico	3
	Hematometra	1
Vascular	Quisto ovárico em torção	22
	Mioma	18
	Torção anexial	5
	Quisto paratubar torção	3
	Trompa em torção	1
Infecioso	DIP	3
Funcional	Ruptura quisto folicular	1

testinal, com caracterização dos sintomas e sinais associados, bem como, uma história ginecológica e obstétrica progressiva completa (caracterização dos ciclos menstruais, tipo de contraceção, atividade sexual, gestações anteriores). O exame físico passa pela palpação abdominal (na procura de massas, sinais de irritação peritoneal) e pelo exame ginecológico sistemático. Este último deverá caracterizar os genitais externos, corrimento vaginal, presença de hemorragias e sinais de trauma e/ou violência. O toque vaginal é essencial para a avaliação das paredes vaginais, do tamanho e forma do útero e dos anexos. É, sempre, importante, investigar a presença/ausência de dor à manipulação do colo, corpo uterino e regiões anexiais. A ecografia endovaginal (EV) é o exame complementar de diagnóstico de eleição, permite a caracterização detalhada do útero e anexos, assim como, a avaliação de coleções na cavidade peritoneal. De salientar a utilidade do doppler na avaliação de casos de trombose, torção anexial e GEU. Sempre que necessário deverão ser solicitados outros exames complementares de diagnóstico (hemograma, proteína C reactiva, Rx simples do abdómen, TAC, RM).

A principal causa de VAG hemorrágico no nosso serviço foi a GEU (36,7%). O quadro clínico pode ser muito variável, o que pode suscitar dificuldades no diagnóstico. O diagnóstico precoce está diretamente relacionado com uma abordagem terapêutica mais conservadora. Está descrito, que a tríade clássica: dor, amenorreia e metrorragia, se encontra presente em 50% das pacientes^{13,20}, no entanto, na nossa casuística verificou-se que a dor abdominal foi o sintoma mais frequente e, apenas, uma doente apresentou os três sintomas. Ao exame físico, os achados mais frequentes incluem massa anexial dolorosa e dor à mobili-

zação do colo do útero; o doseamento de β -HCG é positivo²¹. O diagnóstico de GEU com rotura é relativamente simples, à custa da presença de sinais de ventre agudo e/ou choque hipovolémico, todavia, quando não existe rotura este diagnóstico pode ser mais difícil²⁰. A abordagem terapêutica na GEU inclui terapêutica conservadora, médica e cirúrgica. Em doentes clinicamente estáveis, pode ser útil acompanhá-las com recurso à avaliação hormonal e ecografia EV. O tratamento médico é útil para doentes com GEU sem rotura, que estão hemodinamicamente estáveis, com sintomas ligeiros e reduzido volume de derrame intraperitoneal. O metotrexato é a terapia mais utilizada e bem sucedida para a GEU e, é geralmente, administrado num protocolo de dose única.

A conduta cirúrgica na GEU deve ser conservadora. A salpingectomia constitui a terapêutica cirúrgica mais adequada, quando se encontra uma trompa com danos irreparáveis⁴. Sempre que possível a salpingostomia deve ser preconizada, no sentido de preservação da fertilidade²². Apesar do carácter de urgência 30% (n=10) das pacientes com GEU foram submetidas a intervenção cirúrgica por laparoscopia. A abordagem laparoscópica é preferencial, no entanto, em casos de instabilidade hemodinâmica da doente, indisponibilidade ou falha de equipamento ou inexperiência do cirurgião, deve optar-se pela laparotomia.

O diagnóstico de quisto ovárico em torção ocorreu em 24,4% (n=22) das pacientes. Nesta entidade o diagnóstico e tratamento adequados e precoces, evitarão a evolução para necrose ou complicações mais graves, tais como trombose pélvica e peritonite²³. O risco de torção é maior quando o quisto mede cerca de 10-12cm e, os quistos dermóides são os mais frequentemente envolvidos²⁴. Outro fator im-

plicado é a hiperestimulação ovárica (até 9% dos casos). O diagnóstico pode ser difícil, tendo em vista que os sintomas são, na maioria dos casos, inespecíficos. O principal sintoma é a dor abdominal tipo cólica, localizada na fossa ilíaca com irradiação para os flancos, podendo ser acompanhada de náuseas e vômitos e, com início coincidindo com a prática de atividade física. A febre poderá estar presente e, o exame físico nem sempre é esclarecedor, excepto em casos de peritonite. Os exames laboratoriais são inespecíficos (leucitose, aumento da VS) e a ecografia EV pode revelar aumento e edema anexiais e líquido circundando o órgão comprometido; o Doppler é fundamental para avaliar a viabilidade vascular do mesmo. A cirurgia conservadora, sempre que possível, deve ser instituída no sentido da preservação da função ovárica tão importante para a mulher em idade fértil. Na nossa casuística em 8 casos foi realizada a quistectomia e nos restantes 14 teve de ser efetuada a anexectomia.

A patologia miomatosa uterina é, também, responsável por uma percentagem importante de VAG (20%). Apesar de assintomáticos na maioria dos casos, cerca de 50% das mulheres com miomas¹⁶, têm sintomas variados e usualmente correlacionam-se com a localização, número, tamanho e alterações degenerativas concomitantes. Os sintomas mais frequentes são as alterações menstruais (miomas intramurais ou submucosos). Outras manifestações podem estar relacionadas com o efeito de massa provocado nos órgãos adjacentes (aparelho urinário e rectossigmóide): aumento da frequência miccional, obstrução ureteral com hidronefrose, dificuldades na micção, obstipação ou tenesmo no caso de miomas da parede posterior. A dor pode estar associada à torção no caso de miomas pediculados, dilatação cervical provocada por mioma submucoso ou degenerescência vermelha. Nestes casos a dor é usualmente aguda sendo necessário o diagnóstico diferencial com outras causas de VAG.

A torção anexial foi uma patologia menos prevalente, diagnosticada em 5,5% (n=5) dos casos. O sintoma mais frequente é a dor, habitualmente de início agudo. Estas pacientes têm, habitualmente, um bom estado geral, mas um diagnóstico e tratamento tardios podem conduzir a necrose, peritonite e sépsis²⁵.

A DIP foi diagnosticada em três pacientes, eram todas múltiparas e duas delas apresentavam como método contraceptivo o DIU. As manifestações clínicas mais comuns são algias pélvicas, leucorreia fétida e dor à mobilização do útero e anexos; é comum o início do quadro coincidir com a menstruação (alteração do pH vaginal, perda do tampão mucoso natural, diminuição da espessura do endométrio,

contrações uterinas que impulsionam os microrganismos para a trompa)²⁶. A ecografia EV nem sempre é útil no diagnóstico, podendo apenas revelar espessamento anexial presença de líquido no fundo de saco de Douglas. A complicação mais comum é o abscesso tubo-ovárico (19% casos). O quadro clínico pode evoluir para peritonite envolvendo os quadrantes superiores do abdómen e causar peri-hepatite (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis). Os critérios de internamento são baseados na presença de peritonite, abscesso, imunodeficiência, resposta inadequada à terapêutica ambulatoria ou em casos em que há dúvida diagnóstica. O *Center for Disease Control* (CDC) preconiza que nas pacientes com DIP que têm indicação para internamento, a associação de cefoxitina e doxiciclina ou clindamicina é a escolha de primeira linha^{27,28,29}.

A via de abordagem cirúrgica mais utilizada foi a laparotomia, com o recurso à incisão de Pfannenstiel na grande maioria dos casos. Este tipo de incisão permite uma abertura rápida da parede abdominal e um fácil acesso à cavidade pélvica. No entanto, é importante salientar o papel da laparoscopia no VAG, quer a nível diagnóstico quer a nível terapêutico³⁰.

O risco de intervenção cirúrgica de urgência está presente na mulher quer em idade reprodutiva quer pós-menopáusicas, devido a doenças com origem no aparelho reprodutor. A abordagem destas doentes requer experiência, critérios diagnósticos adequados e tratamento oportuno, para prevenir o aparecimento de sequelas. O exame físico cuidadoso, a ecografia e análises laboratoriais adequadas, conduzem a um diagnóstico fidedigno.

BIBLIOGRAFIA

1. Oliveira LJ, Urbanetz AA, Nascimento RMAM. Abdomen Agudo em Ginecologia. In: Halbe HW ed. Tratado de ginecologia. 1995. 2ª edição. Editora Roca.
2. Rivero MI, Schaab A, Benitez A, Alegre C. Abdomen agudo ginecológico: epidemiologia y manejo en un hospital público. Rev Med Nor. 2005 7: 1-6.
3. Dellepiane N, Kupezyszyn A, Vila J, Mattvis S. Abdomen Agudo Ginecológico. Resúmenes del XIV Congreso de Residentes y Ex residentes de tocoginecología del Nea. 2003:2.
4. Emerson DS, McCord ML. Clinician's approach to ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol, 1996; 39(1): 199-222.
5. Rezende WW, Rezende CS, Pinotti M et al. Urgências em ginecologia: abdome agudo. RBM-Ginecologia e Obstetrícia, 1996; 6: 353-8.
6. Lamazou F, Legouez A, Letouzey et al. Ovarian hyperstimulation syndrome: pathophysiology, risk factors, prevention, diagnosis and treatment. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2011 40 (7): 593-611.
7. Pires RA, Bóscollo ACP, Murta EFC. Abdome agudo em ginecologia. J Bras Ginecol, 1997; 107(10): 343-6.
8. DeVoe RW, Pratt JH. Simultaneous intrauterine and extrauterine pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 1948;56: 1119-26.

9. Marion LL, Meeks GR. Ectopic pregnancy: History, incidence, epidemiology, and risk factors. *Clin Obstet Gynecol* 2012; 55(2):376-86.
10. Washington AE, Aral SO, Wolner-Hansen P et al. Assessing risk for pelvic Inflammatory disease and its sequel. *JAMA*, 1991; 226:2581-86.
11. Centers for disease control: pelvic inflammatory disease: guidelines for prevention and management. *MMWR*, 1993;42: 75-83.
12. Campos O. Doença inflamatória pélvica in *Manual de Ginecologia* 2009. 1: 185-6
13. Tarazza HM, Moore RD. Gynecologic causes of the acute abdomen and the acute abdomen in pregnancy. *Surg Clin North Am*, 1997;77(6): 1371-95.
14. Luciano DE, Luciano AA. Management of endometriosis-related pain: an update. *Womens Health (Lond Engl)*. 2011 Sep;7(5):585-90.
15. Parker WH. Etiology, symptomatology and diagnosis of uterine myomas. *Fertil Steril* 2007; 87 (4): 725-36.
16. Gupta S, Manyonda IT. Acute Complications of fibroids. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2009, 23: 609-17.
17. Murta EF, Acbe-Mg, Tiveron FS, Barcelos ACM, Manfrin A. Retrospective analysis of 287 cases of acute abdomen in gynecology and obstetrics. *Rev Col Bras Cir* 2001, 28: 44-7.
18. Brown S. P, Eckersley J. R. T, Dudley H. A. F. The gynaecological profile of acute general surgery. *JR. Coll. Surg*; 1988: 33; 13 – 15.
19. Sardar SAK, Nausheen S, Zahid M, Khalid J. Gynaecological Conditions Presenting to General Surgeon as Acute Abdomen. *ANNALS VOL 15. N° 3 JUL. - SEPT. 2009*
20. El-Amin Ali M, Yahia Al-Shehrin M, Zaki ZMS *et al.* Acute abdomen in pregnancy. *International Federation Gynecology and Obstetrics*, 1998; 62: 31-6.
21. McWilliams GDE, Micah J, Hill CS, Dietrich III CS. Gynecologic Emergencies. *Surg Clin N Am*. 2008; 88: 265-83.
22. Sivalingam VN, Duncan WC, Kirk E, Shephard LA, Horne AW. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2001; 37(4): 231-40.
23. Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 150(1): 8-12.
24. Arora LCD, Bhattacharyya CT, Kathpalia LCS *et al.* Acute Abdomen in Gynaecological Practice. *Gynaec Emergency. MJAFI* 2005. 61(1).
25. Oelsner G, Shashar D. Adnexal Torsion. *Clin Obstet Gynecol* 2006; 49(3): 459-63.
26. Sweet RL, Wiesenfeld HC. *Pelvic Inflammatory Disease*. Em: Walker CK, Sweet RL. *Epidemiology and Management*. OK: Taylor and Francis Group 2006. 1-17; 141-56.
27. Centers for disease control: pelvic inflammatory disease: guidelines for prevention and management. *MMWR*, 1993;42: 75-83.
28. Ginsberg DS, Stern JL, Hamod KA *et al.* Tubo-ovarian abscess, a retrospective review. *Am J Obstet Gynecol*, 1980;138: 1055.
29. Rivlin ME, Hunt JA. Ruptured tubo-ovarian abscess: Is hysterectomy necessary? *Obstet Gynecol*, 1977;50:518.
30. Shaxted EJ. Minimal invasive endoscopic surgery for gynaecological emergencies. In: John Studd. *Churchill Livingstone* 1995; 11: 273-80.