

90

" ABORTO SÉPTICO : DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO "

- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA -

AUTORES :

- MOACIR FIOR MACIEL
- WALTER ROQUE TEIXEIRA
- JOÃO PEDRO CARREIRÃO NETO

FIORIANÓPOLIS, 15 de junho de 1977.

**ESUMO:** os autores fazem uma revisão bibliográfica sobre Abortamento Séptico, tema que consideram da mais alta importância dentro da Obstetrícia, seja pela frequência elevada, seja por sua alta mortalidade, dando especial realce ao seu diagnóstico e terapêutica.

## 1. INTRODUÇÃO :

A escolha deste tema prende-se à importância que esta entidade nosológica assume dentro da Obstetrícia, principalmente pela determinação do óbito materno.

Na realidade apesar dos grandes progressos da terapêutica antifecciosa, as perdas maternas, por infecção puerperal consequente ao abortamento criminoso, persiste desafiando os Tocoginecologistas que militam nos hospitais de emergência.

Dados estatísticos revelam que um número significativo de abortos evoluem para quadros de choque de extrema gravidade.

A importância letal do Aborto Séptico é ilustrada por diversos trabalhos entre os quais podemos citar:(4,7,8)

o relatório do Charity Hospital de New Orleans / nos anos de 1955-58, onde a mortalidade materna foi de 0,7‰ ( 0,7 por mil), a do abortamento 5,5‰ e nas formas infectadas, 24‰; Na Maternidade Provincial / de Madrid em 10 anos foram registrados num total de 4.800 abortos, 127 casos de mortes, sendo 22 por septicemia, 56 por peritonite e 30 por pelvicelulite, anexites e peritonites localizadas; em 1965 Neme e cols., no Brasil, apresentaram 42 casos de aborto séptico ocorrendo óbito materno em 20 deles (47,6%) ; Souto e cols. em 1970 no México, registraram 83 casos com 39 óbitos (46,8%).

Assim temos uma idéia de que as complicações infecciosas do aborto são as mais importantes.

Uma grande parte dos abortos que se vê hoje em dia nas clínicas estão / já infectados no momento de ingresso e isto, se deve sobretudo, à enorme proporção existente de abortos provocados criminalmente com manobras inadequadas.

## 2. ABORTAMENTO SÉPTICO: conceito, etiopatogenia e formas clínicas.

A Organização Mundial da Saúde adota como sendo o conceito de Aborto, a interrupção da gravidez antes da viabilidade fetal, ou seja, feto / com menos de 20 semanas de desenvolvimento.

É preciso atentar para o fato de que este critério nem sempre demonstra a realidade.

28

O Aborto Séptico define-se clinicamente, mas para fins estatísticos, su gere Taussing o critério da pirexia: temperatura de 38°C por 2 dias ou 38.5°C em 24 horas (7).

Pode sobrevir um processo infeccioso de gravidade variável em duas situ ações principais:

1. aborto criminal provocado;
2. aborto espontâneo incompleto.

Geralmente, trata-se de pacientes solteiras e jovens ou de múltiparas, beirando os 40 anos, que por razões sócioeconômicas foram levadas ao ato deses- perado do abortamento provocado. Presas à atitude criminal tais pacientes evi- tam os hospitais para onde são levadas apenas face às sérias complicações que acometem alguns destes casos.

O abortamento séptico relaciona-se, em geral, com manobras criminosas/ executadas, frequentemente, por "curiosas", pelas próprias pacientes e, até mes- mo, por obstetras e médicos práticos.

Relegando os cuidados de assepsia e antisepsia tais indivíduos e pro- fissionais ao atingir, por seus instrumentais, o interior da cavidade uterina, além das lesões miometriais que podem provocar (soluções de continuidade até a perfuração), aí depositam os agentes infecciosos, determinantes diretos do pro- cesso infeccioso.

A multiplicação e patogenicidade desses germes encontra-se, em muitos casos, / muito favorecida pela presença, na cavidade uterina, de fragmentos tissulares / desvitalizados e de restos ovulares, consequentes ao trauma local e ao inadequa- do esvaziamento das estruturas ovulares (3,7).

Os agentes infecciosos responsáveis pelos quadros são representados / por germes gram positivos (estreptococos hemolíticos, estafilococos e estrepto- cocos anaeróbios) e gram negativos como, E. coli, A. aerógenes, Proteus sp. e o temível C. perfringens que é hospedeiro habitual anaeróbio do trato genital bai- xo.

Podemos considerar as seguintes formas clínicas (3) :

- a) infecção limitada ao útero;
- b) infecção propagada às estruturas da cavidade pélvica (pio- anexite séptica, parametrite aguda e pelviperitonite aguda);
- c) infecção extrapélvica generalizada por via venosa ou linfá- tica (peritonite generalizada, endocardite, etc...).

Para o estudo do quadro clínico, não consideraremos separadamente es- tas diversas formas clínicas.

### 3. ABORTAMENTO SÉPTICO: sintomatologia e diagnóstica.

O Aborto Séptico não complicado tem seu quadro clínico dis- creto não assumindo grande importância médico-social e sua sintomatologia se resume à HIPERTERMIA, HEMORRAGIA GENITAL e CÓLICAS UTERINAS (1,4,7).

Outra é a situação, entretanto, quando a infecção uterina se propaga. Nestes casos o diagnóstico precoce se impõe para orientar a conduta assisten- cial precisa, no sentido de reduzir a gravidade prognóstica de tais pacientes.

Devido ao caráter criminoso que, em geral, cerca as causas e fatores determinantes do aborto séptico, os dados anamnéticos ficam prejudicados/ e na maioria das vezes são despistados por relatos de "quedas" e situações emotivas. Portanto, a orientação diagnóstica se vale das queixas principais da paciente, exame físico e métodos propedeuticos complementares.

A sintomatologia do aborto infectado compreende (4,7):

a) FEBRE : é o principal sintoma. A elevação febril pode ser / paulatina, mas raramente de começo brusco e somente em formas sépticas muito graves se inicia com calafrio.

As temperaturas chegam a elevar-se até 39°C a 40°C.

b) DOR : geralmente em cólica, que se acompanha de defesa abdominal, mais ou menos intensa conforme os casos.

A dor pode ser difusa e constante no baixo ventre, caracterizando a propagação/ da infecção uterina.

c) HEMORRAGIA GENITAL : a hemorragia não é sintoma relevante(8), todavia o aspecto é característico, escorrendo mesclado com detritos ovulares / de aspecto pútrido.

d) outros sintomas: evacuações frequentes e sensação de tenesmo retal ocorrem com a propagação do processo infeccioso para os paramétrios e peritoneo pélvico.

A contratura do psoas com flexão da coxa sobre a bacia esta presente quando / este é acometido subperitonealmente.

Náuseas e vômitos, sede intensa, astenia, dispnéia e angústia estão presentes / fazendo parte do íleo paralítico que se instala quando ocorre comprometimento / do peritoneo pélvico e abdominal.

Nos casos em que se instala septicemia as queixas ficam na dependência/ dos acometimentos dos vários órgãos por trombos sépticos originários do foco infeccioso uterino.

O quadro pode ainda se apresentar com alterações importantes do estado/ geral como consequência do choque endotóxico provocados por germes gram negativos.

Achados clínicos:

1. alterações do estado geral;

2. inspeção: na dependência da gravidade ou das formas clínicas/ poderemos encontrar dados de desidratação, anemia intensa quando o agente etiológico for de natureza hemolitica, comprometimento do peritoneo com imobilidade abdominal e diafragmática(respiração predominantemente costal);

3. palpação: permite comprovar o comprometimento peritoneal: distensão abdominal, dor à palpação abdominal superficial e profunda e à descompressão súbita;

4. Percussão: na vigência de coleção purulenta livre e volumosa,/ pode se constatar sinais de macicez móvel.

Quando existe abscessos peritoneais, bloqueados por alças, a percussão pode orientar sua localização pela presença de áreas de macicez circunscritas por zonas/ ou círculos de submacicez e timpanismo;

5. Toque vaginal: é o meio propedeutico mais importante para o diagnóstico do aborto séptico, de suas complicações e da evolução do quadro. O colo e o istmo se encontram amolecidos, o útero com pequeno aumento denunciando o estado gravídico.

A reação inflamatória torna o útero fixo, ou semi móvel e doloroso. Quando existe comprometimento dos anexos o toque evidencia tumorações dolorosas ou massas amolecidas. Os paramétrios estão empastados e o colo, habitualmente entreaberto, pode estar impermeável.

Quando o canal cervical permite a introdução do dedo indicador, pode-se averiguar a presença de restos ovulares e a possível existência de lesão do miométrio e até de perfurações uterinas.

#### Exames complementares:

1. exame radiológico= Raio X simples de abdomen e Pneumoperitoneo. O exame radiográfico pode mostrar os corpos estranhos que serviram ao abortamento, / sendo útil também nas lesões intestinais.

2. exame bacterioscópico e bacteriológico de materiais recolhidos da cavidade uterina, canal cervical e através de punções abdominais e do fundo de saco de Douglas. Culturas e provas de sensibilidade aos antibióticos orientam a terapêutica eletiva.

3. exames de laboratório = leucograma, hemocultura, hemossedimentação, dosagens sanguíneas de uréia, glicose, creatinina, bilirrubina direta e indireta, potássio e sódio, / exame de urina. Não contam para o diagnóstico embora sejam indispensáveis para avaliar condições clínicas e orientar/ o tratamento.

#### 4. ABORTAMENTO SÉPTICO : complicações.

As complicações infecciosas são geralmente produzidas por germes gram positivos. Passamos a enumerá-las (2) :

1. endometrite simples;
2. miometrite, que inclui a forma flemonosa de miometrite dissecante;
3. celulite pélvica com formação de abscessos no paramétrio;
4. anexite;
5. pelviperitonite;
6. infarto hemorrágico do útero, verdadeira gangrena uterina, mortal em 90% dos casos;
7. tromboflebite.

Outras complicações tem sido descritas: em algumas pacientes com aborto séptico não submetidas a transfusões sanguíneas, pode sobrevir oligúria como consequência da síndrome do néfron distal.

Isto faz com que aumente rapidamente os produtos nitrogenados não proteicos no sangue.

Realmente, Smith et Al (9) relata a hipotensão e evidência de falência renal e ainda elevação da uréia nitrogenada no sangue ou oligúria, como as mais frequentes complicações. Depois cita em ordem de frequência, anormalidades da função hepática, hemólises, coagulação intravascular, peritonite, embolos pulmonares, osteomielite e febre com duração maior que dois dias.

Entre as consequências tardias do aborto séptico, figuram a esterilidade (endossalpingite, perissalpingite) e a prenhez ectópica, favorecida por lesões tubárias(3).

## 5. ABORTAMENTO SÉPTICO : tratamento

### 1. Medidas Médicas:

devem ser tomadas medidas / enérgicas o mais precoce possível na tentativa de se evitar a instalação do choque séptico ou de progressão do processo infeccioso para as estruturas contíguas.

a) Internação hospitalar: é imprescindível a fim de assegurar o repouso no leito e propiciar controle seguro do estado geral diante de ambiente adequado e de enfermagem especializada;

b) Administração de Ocitócicos torna-se praticamente obrigatória na tentativa de suprimir a hemorragia e expulsar restos ovulares;

c) Terapêutica antimicrobiana deve ser providenciada sem perda de tempo, utilizando-se antibióticos de amplo espectro enquanto se aguarda os testes de identificação e sensibilidade do agente etiológico.

É recomendável que todos os pacientes que adentrem ao serviço sejam submetidos a a colheita de sangue para hemocultura, pois desta maneira, conseguimos identificar uma boa percentagem dos microrganismos.

O uso de hemocultura anaeróbia é de extrema importância devido a elevada frequência de organismos anaeróbios (principalmente estreptococos anaeróbios)(6).

Enquanto aguardamos os resultados do teste de sensibilidade, a Penicilina Cristalina em altas doses (5 milhões de unidades por dia IV) deve ser a opção inicial. A adição de Ganamicina pode cobrir mais de 98% de E. coli.

Se hipotensão com oligúria se desenvolve, Canamicina, 15mg/Kg, deve ser adicionada para cobrir a possibilidade de organismo gram negativo(9).

C. perfringens é também sensível a altas dosagens de penicilina. Se hemoglobinemias e hemoglobinúria desenvolvem-se, Septicemia por Clostridio deve ser suspeitada ou se, crepitação ou outro sinal de gangrena gasosa estiver presente, devemos então adicionar uma quantidade superior a 100.000 unidades de antitoxina(9).

Nos casos de hipersensibilidade à penicilina, optamos por cloranfenicol associado à estreptomina, enquanto outros autores recomendam lincomicina e eritromicina (6).

Se a febre continuar ao longo de 5 dias devemos continuar a terapêutica e procurar uma coleção local de pus(6).

d) O controle do paciente é importante para se detectar o início de manifestações sintomáticas que prenunciam a prorrogação ou a generalização do processo infeccioso, a instalação do estado de choque e as manifestações que sugerem insuficiência renal aguda são fundamentadas na observação médica acurada; Cateterização venosa para controle da pressão venosa central e infusão de líquidos e sangue; cateterização vesical com controle da diurese permanente. Boa oxigenação, controle dos sinais vitais e exposição corporal fácil para permitir constantes observações das características da pele (cianose, palidez e icterícia) (7) .

e) Terapêutica complementar : fundamenta-se na hidratação conveniente ( 1000-15000 ml além do volume urinário das 24 horas ) (7), por via parenteral em gotejamento lento em solução cristalóide na qual se dilue ácido ascórbico ( ação antifecciosa e estimulante das suprarrenais) e complexo B ( ação metabólica sobre hidrocarbonados) em doses adequadas (8) .

O uso de sedativos deve ser criterioso na dependência de cada caso e sua necessidade.

Assim também o uso de antitérmicos-analgésicos deve ser restrito aos casos extremos e deve cessar no segundo dia para que estes não venham mascarar uma resistência bacteriana ao antibiótico escolhido ou a propagação do processo infeccioso. De acordo com o hematócrito e hemograma deve ser realizada transfusão de sangue/total ou na forma de papa de hemácias quando a PVC estiver elevada para se evitar uma hipervolemia com instalação de edema agudo de pulmão.

## 2. Medidas Cirúrgicas :

O tratamento cirúrgico do aborto séptico compreende:

a) remoção de restos ovulares através de curagem ou curetagem. A indicação da curagem fundamenta-se no reconhecimento das condições da cavidade uterina.

Considerando a relação do aborto séptico com práticas criminosas deve-se admitir como provável, alguma lesão uterina, que a prática da curagem identifica.

Para a prática da curagem recomenda-se a narcose barbitúrica e dilatação cuidadosa do canal cervical até permitir a penetração fácil do dedo indicador(7).

Este procedimento é bastante eficaz, sobretudo nos casos em que se teme produzir invasão de germes nos tecidos, pela introdução de instrumentos cortantes na cavidade uterina, que pode causar feridas na sua parede. Porém é difícil praticá-lo no início da gestação quando o útero está pouco desenvolvido e não permite a introdução de um dedo e nem seu movimento no interior do útero.(4).

A curetagem deve ser precedida de curagem exploradora (4,6,7). Recomenda-se que seja administrada uma infusão endovenosa com 20 unidades de Ocitocina em 1000 ml de solução(6), com a finalidade de reforçar a contratilidade uterina, promover maior espessamento das paredes e reduzir os riscos de lesões miométrais (7).

b) evacuação e drenagem dos focos de pus: é indicada / unanimemente quando na vigência de focos peritoneo-pelvicos. É realizada sempre/ que possível através de punção dos fundos de saco de Douglas.

Nos casos de abscessos peritoneais múltiplos o esvaziamento deve ser feito através de laparotomia com divulsão dos lagos supurados, lavagem com soro fisiológico morno e a drenagem do abscesso;

c) Histerectomia : deve ser o procedimento cirúrgico de escolha/ nos seguintes casos:

1. quando o agente infeccioso é o Clostridium perfrin-/  
gens evidenciado pela presença de crepitação durante a ~~curagem~~ curagem exploradora;

2. quando o aborto foi ocasionado pela introdução de substâncias químicas na cavidade uterina como sabões e detergentes;

3. quando na vigência de extensa celulite dos paramétr~~i~~  
os e abscessos pélvicos com ou sem perfuração uterina (6).

A histerectomia deve ser associada a salpingo-ooforectomia bila-  
teral quando as tubas uterinas estão comprometidas e servindo de continuidade/  
para a cavidade pélvico-peritoneal.

Deve ser indicada também, sempre que apesar das medidas clinicas,  
curagem e curetagem forem realizadas e o quadro evolutivo continuar se agravan  
do.(6,7).

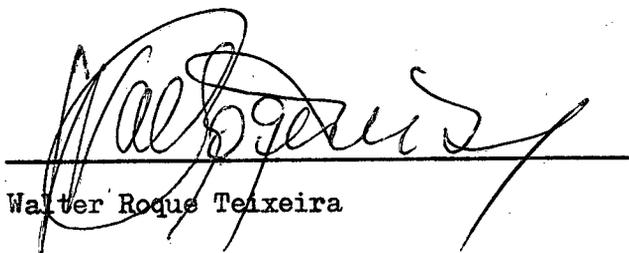
\*\*\*\*\*

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS :

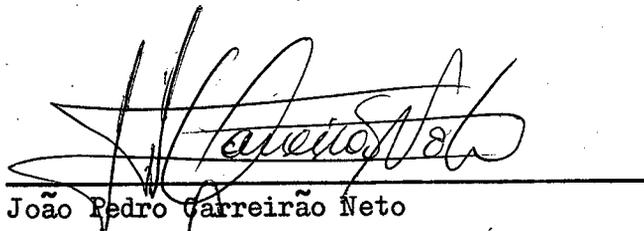
1. GRELLE, F.C. - Obstetrícia 12:763-803 - Livraria Atheneu - 1970.
2. IMAZ, F.A.U. - Obstetrícia Prática 292-293 - Editorial Intermédica S.A. - 1970.
3. LEON, J., CORNELI, O. - Manual de Obstetrícia XVI:562-563 - Buenos Aires - 1967.
4. LLUSIÁ, J.B. - Tratado de Ginecologia - Tomo II, XIV:272-274 - Editorial Científico-Médica - 1970.
5. LORINCZ, A.B. - Planejamento Clínico e Terapêutico no Aborto Infectado - Clínica Geral Vol 6 nº 5 - 1972.
6. MARGULIUS, R.R., DUSTEN, R.W., LOVELL, J.R., ROBB, H. and JABS, C. Heparin for septic abortion and the prevention of endotoxic shock - Obstet Gynec 37:474 - 1971.
7. NEME, B. - Abortamento Séptico : diagnóstico e tratamento - Maternidade e Infância - 29(2):255-278 - 1970.
8. REZENDE, J.de, BARCELOS, J.M.R., NAHOUN, J.C. - A interrupção prematura da prenhez in Obstetrícia, Rezende - Tomo 2, 55:711-713 - Guanabara Koogann S.A. - 1963.
9. SMITH, J.W., SOUTHEIN, P.M. and LEHMANN, J.D. - Bacteremia in Septic Abortion: complications and treatment- Obstet Gynec 35:704 - 1970.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA : "ABORTO SÉPTICO"

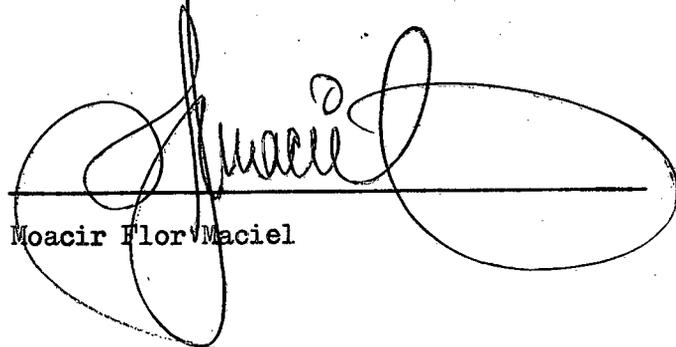
AUTORES :



Walter Roque Teixeira



João Pedro Garreirão Neto



Moacir Flor Maciel

TCC  
UFSC  
TO  
0073

N.Cham. TCC UFSC TO 0073

Autor: Maciel, Moacir Fil

Título: Aborto séptico : Diagnóstico e



972800512

Ac. 254216

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM