

ABORTAMENTO SÉPTICO

ANÁLISE DE TRÊS CASOS DA MATERNIDADE
DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

TUBARÃO(SC), JUNHO DE 1984

SUMÁRIO

	Pág.
RESUMO	3
I - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	4
Introdução	4
1.1 - Etiologia	4
1.2 - Quadro Clínico	7
1.3 - Tratamento	9
II - DESCRIÇÃO DE 3 (TRÊS) CASOS DA MATER - NIDADE DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	14
2.1 - Caso I	14
2.2 - Caso II	16
2.3 - Caso III	21
III - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	26
IV - SUMMARY	28
V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

RESUMO

Uma análise retrospectiva de 3 (três) casos de abortamento séptico da Maternidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Tubarão - Santa Catarina, precedida por revisão da literatura médica recente nos idiomas Inglês, Espanhol e Português.

Conclui que as condutas tomadas nos 3 (três) casos foram razoavelmente atualizadas e satisfatórias, considerando as condições locais.

I - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Introdução

O abortamento séptico, indubitavelmente, no momento atual, uma das principais causas de mortalidade materna, é, em quase sua totalidade, ligado à interrupção criminosa da gravidez.

Espontâneo ou intencional, há sempre antecedentes que a anamnese esclarece: A história revela fase de ameaça seguida da expulsão do ovo, em regra incompleta; há introdução de sondas, hastes, soluções diversas ou manipulação instrumental intra-cavitária (12) capazes de provocar contaminação e não raro, a ocorrência de perfurações da matriz e órgãos vizinhos de desastrosas consequências imediatas, mediatas e tardias (10).

Ocorre também casos de abortamento séptico devido ao uso de DIU (5)(15) mas em número estatisticamente inexpressivo em nosso meio.

1.1 - Etiologia

É variável a incidência dos agentes etiológicos responsáveis pelo abortamento infectado nos diversos serviços, predominando os germes gram-negativos e os anaeróbios, sobretudo nos casos de acompanhamento de choque séptico.

Assim, Schwartz refere: Escherichia Coli (55%), Proteus, Aerobacter, Klebsiella, Pseudomonas e Enterococcus.

Weingold, em 43 casos de culturas positivas, verificou respectivamente: em 26, germes gram-negativos; em 15, germes gram-positivos; e em dois casos, Clostridium Perfringens.

Hall e Gold, analisando 35 casos de choque séptico, observaram, através de hemoculturas, 66% de bactérias gram-negativas e 34% de gram-positivas, assim relacionadas: Paracolobactrum sp nove casos; Proteus sp, oito casos; Micrococcus pyogenes, oito casos; Escherichia Coli, cinco casos; Aerobacter aerogenes, três casos; Diplococcus pneumoniae, três casos; Streptococcus pyogenes, dois casos; Klebsiella pneumoniae, um caso, e Neisseria catarrhalis, um caso.

Já Studdiford e Douglas anotaram, em hemoculturas, Escherichia Coli, Aerobacter aerogenes e a associação Escherichia Coli e Aerobacter, tendo observado em culturas de restos ovulares a presença de Escherichia Coli, Enterococcus e B. subtilis.

Smither e col. assinalaram a incidência de 63% de anaeróbios, predominantemente Streptococcus e 37% de aeróbios, preponderando entre estes a Escherichia Coli.

Deane e Russel encontraram, em 27 hemoculturas, respectivamente: Escherichia Coli, 72%; Pseudomonas aeruginosa, 12%; Proteus vulgares e coliformes, 8%; e Paracolon, 4%.

Em estudo pioneiro na cidade de Salvador, Machado, nas Maternidades do Hospital Ana Nery e Tsylla Balbino, demonstrou através de culturas de fragmentos ovulares, as bactérias isoladas ou associadas a seguir discriminadas: Enterococcus, 25%, Escherichia Coli, 23%; Proteus mirabilis, 10%; Stafilococcus, Streptococcus e Diftéroides, 37%; estreptococo anaeróbico, Clostridium perfringens, Paracolon, Klebsiella aerobacter e estafilococo áureo, 5%.

Rocha e col. averiguaram no estudo de 30 casos, através de hemoculturas e culturas de parcelas ovulares, Escherichia Coli, Estafilococo plasmacoagulase positiva, Alcaligens sp e Proteus sp.

Grimes e Col isolaram em 23 hemoculturas realizadas em casos de abortamentos sépticos fatais, as bactérias assim relacionadas: em abortamentos legais, Escherichia coli, dois casos; Escherichia Coli e Klebsiella pneumoniae, um caso; Klebsiella pneumoniae, um caso; estreptococo - B - hemolítico, um caso ; Proteus mirabilis e Enterococcus, um caso; Pseudomonas aerugi - nosa, Enterococcus e Escherichia Coli, um caso; Stafilococcus, dois casos. Em abortamento espontâneos, Bacteroides sp, um caso; Escherichia Coli, três casos; Escherichia Coli e Enterobacter cloacae, um caso; Klebsiella e Enterobacter, um caso; Pep - tostreptococcus e cândida, um caso; Estafilococo áureo, dois casos.

Em abortamentos ilegais, Clostridium perfringens, dois casos; Escherichia Coli, um caso; Escherichia Coli e Streptococcus fecalis, um caso; e Enterococcus e estreptococo anaeróbico, um caso.

Delascio e col. registraram que no período de 1967 a 1975 em 14.400 internamentos na Clínica Obstétrica da Escola Paulista de Medicina, ocorreram 19 casos de abortamentos sépticos por Clostridium perfringens, atribuindo esta inusitada incidência ao encaminhamento, pelos especialistas, àquela clínica das pacientes infectadas por Clostridium perfringens, face à grande experiência na referida patologia dos Serviços de Hematologia e Nefrologia.

Sengupta (Jamaica) refere dois casos de abortamentos sépticos por Salmonella (6).

1.2 - Quadro Clínico

O quadro clínico do abortamento séptico, varia com a extensão e gravidade da infecção, desde apenas a hipertermia, hemorragias genital, habitualmente escassa e cólicas uterinas nos processos infecciosos limitados a matriz, até a exuberante sintomatologia das infecções propagadas, bem assim das complicações, especialmente perfurações do útero e do intestino, enfartes uterinais e intoxicações.

Face ao caráter criminoso da quase totalidade dos casos de abortamentos infectados em nosso meio, embora, mesmo nos casos graves, as pacientes costumam negar quaisquer manobras abortivas, faz-se mister, em virtude de fundamental importância do tempo decorrido ao ato abortivo, bem assim, do método utilizado que o obstetra use de toda a sua capacidade de persuasão, esclarecendo a necessidade de informações para a solução exitosa do caso, como por igual assegurando a responsabilidade da guarda do segredo médico.

Cumprir perquirir em anamnese judiciosa - hemorragia geralmente escassa e/ou fluxo sanioso cujo odor fétido reflete a presença de anaeróbios; dor em cólica, denunciadora de restos ovulares; dor difusa e permanente em baixo ventre, prenunciadora de infecção propagada; calafrios repetidos, sugestivos de bacteriemia; diarréia e tenesmo, indicativos de abscessos pélvicos; náuseas, vômitos, sede, astenia, dispnéia, reveladores de comprometimento peritoneal; perturbações visuais, sensoriais, motoras, tosse, escarros hemoptóicos, dor lombar, hematúria, indicativos de séptico-pioemia.

Ao exame clínico é relevante averiguar: pele seca, língua saburrosa, olhos encovados, face corada e pele quente (na fase precoce ou hipotensiva quente do choque séptico primário), palidez e pele pegajosa (na fase tardia ou hipotensiva fria do choque séptico primário), mucosas descoradas, icterícia a

sugerir hemólise (ressaltando que, quando se acompanham de cianose e hemoglobinúria, caracterizam a infecção por Clostridium perfringens, fáciês peritônico, respiração do tipo costal, íleo paralítico e sinais de comprometimento cerebral.

Quando de comprometimento peritonial, costuma-se observar dor intolerável à palpação, defesa muscular, presença de tumor difuso que vai-se tornando nítido, até localizar-se no hipogástrio ou nas fossas ilíacas.

Através do toque vaginal, indubitavelmente o meio propedêutico mais elucidativo para o diagnóstico do abortamento séptico, poder-se-á comprovar ao lado dos sinais próprios da prenhez, consistência dita pastosa do miométrio, característica de endometriose, denunciando a presença de anaeróbios quando se evidenciam sinais de crepitação. Embora a dor frequentemente dificulte o toque combinado nas infecções propagadas, percebe-se na salpingoovarite, um tumor localizado no ângulo uterino, de consistência mole, muito sensível, que embora de difícil delimitação, consegue separar-se do útero; na pelviperitonite verifica-se tumoração no fundo-de-saco de Douglas, separada das paredes da pelve e estendida para os lados, de modo a rodear o colo uterino, de consistência mole no início, tornando-se endurecida, a não ser quando supura; na parametrite do ligamento largo, também chamado de fleimão da bainha hipogástrica, evidencia-se um tumor que não se separa do útero, desviando-o para o lado oposto muito doloroso, saliente na vagina, precisamente limitado para diante e para trás, a não ser, excepcionalmente, no chamado fleimão difuso.

Cabe ainda ressaltar que o toque uterino, quando a dilatação cervical o propicia, pode demonstrar a presença de restos ovulares como também lesões na matriz. Na condução de abortamento séptico, individualizados os casos, cumpre realizar sempre que possível, intensa investigação complementar que, a par de acurado exame clínico, concorre para plenamente estabelecer o

diagnóstico, o prognóstico, bem assim, o tratamento adequado, cabendo a nosso ver incluir (10):

1. Urina tipo I, com esfregaço corado pelo gram, cultura e antibiograma;
2. Hemograma completo;
3. Hemocultura no momento da admissão e durante os calafrios;
4. Exame bacterioscópico e bacteriológico do material colhido na cavidade uterina, canal cervical e punções;
5. Antibiograma;
6. Exame radiológico do tórax e do abdome, com o paciente em pé, que possibilitará detectar, nos casos de perfuração do útero e do intestino, a presença de gás livre sob o diafragma, podendo ademais, evidenciar a existência de corpo estranho na cavidade peritoneal;
7. Determinação de eletrólitos, uréia, creatinina, ácido úrico e gasometria;
8. Estudo da coagulação, especialmente dos fatores V, VIII e XII, fibrinogenio, plaquetas e produtos de degradação da fibrina;
9. Eletrocardiograma;
10. Dosagem de lactato no sangue arterial e estimativa do volume sanguíneo, sobretudo nas pacientes com severa hipotensão; e
11. Determinação do grupo sanguíneo e do fator Rh.

1.3 - Tratamento

O tratamento do aborto infectado impõe o internamento devendo-se no ato da admissão solicitar os exames complementares que o caso está a exigir.

A conduta obstétrica em relação ao abortamento séptico era

altamente controversa, a ponto de Heynemann catalogar cinco orientações terapêuticas assim discriminadas:

1. Tratamento conservador que tenta promover a evacuação es pontânea com ocitócitos;
2. Tratamento expectante em que se espere cerca de três a oito dias de apirexia para então esvaziar o conteúdo ins trumentalmente.

Cabe, no entanto, ressaltar que os defensores destas condutas promoviam liberação artificial imediata do conteúdo uterino na vigência de profusa hemorragia.

3. Tratamento ativo, que realiza a curagem ou curetagem nos abortamentos infectados, exceto naqueles em que existam propagações peri e parauterinas, consideradas contra indicações formais a tais procedimentos.
4. Tratamento ativo sem limitações.
5. Tratamento misto, em que se observa a paciente no período de um a dois dias; quando excluída, com segurança a propagação da infecção, procede-se à curetagem independentemente da hipertermia e do exame bacteriológico.

Delascio recomenda curetagem nos abortamentos infectados grau I (processos inflamatório limitado ao endométrio) após pré via administração de antibióticos; nos graus II e III posterga a intervenção até a debelação do processo infeccioso extra-uterino.

Com o advento dos antibióticos, a tendência atual é a adoção de uma conduta mais agressiva sendo de salientar o pioneirismo de Neme, que há cerca de três décadas defende a remoção do conteúdo uterino, coágulos, restos necróticos ovulares e decídua que concorrem para a perpetuação da infecção, através da curagem e curetagem, precedidas do emprego de doses maciças de antibióticos em cerca de seis horas.

Cavanaugh, Weil, Falk e Blinik, Sperof, Stevenson, Pritchard,

Chow, Rezende, Grelle, Beethoven advogam o esvaziamento imediato, precedido de antibióticos.

A drenagem dos focos purulentos é impositiva. Nos casos de pelviperitonite a via de acesso preferencial é através do fundo de saco de Douglas, reservando-se a laparotomia na ocorrência de múltiplos abscessos peritoniais. A histerectomia total ou subtotal com ou sem conservação dos anexos, individualizados os casos, se impõe na vigência de perfurações uterinas, presença de microabscessos no miômetro, persistência do choque séptico, apesar da terapêutica adequada e ainda quando do emprego de substâncias tóxicas corrosivas na prática do abortamento.

Na tromboflebite pélvica, a par da extirpação do foco, podem-se tornar absolutamente necessários as ligaduras das veias ovarianas e cava inferior, valendo acentuar que esta deve ser realizada abaixo da renal direita, sendo obrigatório, quando o trombo se encontra acima da aludida veia, incisar a cava e aspirar o coágulo.

A administração de antibióticos e quimioterápicos, apesar do reconhecimento de melhores resultados quando orientada pela cultura e antibiograma, em virtude da gravidade do processo infeccioso a exigir ação imediata, é facultada pelo conhecimento da flora provável, através dos aspectos clínicos e execução do método de gram.

Como geralmente a flora infectante é mista, torna-se necessária a associação de antibióticos, sendo comumente empregadas as associações de penicilina G cristalina intravenosa na dose média de 10 milhões de unidades de 4/4 horas, ou ampicilina intravenosa na dose de 2g de 4/4 horas ou cafalotina intravenosa na dose de 2g de 4/4 horas, com Kanamicina 500mg a 1g na dose inicial por via intramuscular, seguida de 250 a 500mg cada 12 horas, ou gentamicina 80mg por via intramuscular de 8/8 hs ou tobramicina 1mg/kg por via intramuscular ou intravenosa de 8/8 hs, ou amicacina intramuscular ou intravenosa na dose de 7,5mg/

de 12/12 hs, cobrindo assim a flora aeróbica gram-negativa e gram positiva, reservando para os anaeróbios o cloranfenicol intravenoso na dose de 1g de 6/6 horas ou clindamicina intravenosa na dose de 600mg cada 6 horas, ou metronidazol intravenosa na dose de 500 mg de 8/8 horas.

Faz-se necessário advertir que, na ocorrência da insuficiência renal, o intervalo do uso de aminoglicosídeos deve ser determinado multiplicando-se o valor da creatinina sérica por oito, como por igual que 60 milhões de unidades de penicilina G potássica correspondem a 90 meq deste sal, o que representa um grande risco em pacientes com insuficiência renal, devendo-se, sempre que se disponha, substituí-la pela penicilina sódica ou ampicilina. A tendência atual, face a crescente resistência das cepas de bactérias gram-negativas aos aminoglicosídeos, principalmente à estreptomicina, Kanamicina e gentamicina, é empregar preferencialmente a amicacina e a tobramicina.

Em relação aos anaeróbios, o metronidazol vem sendo, no momento a droga de uso prioritário, sobretudo pelos autores ingleses.

Adotamos como conduta prevalente a associação de penicilina G cristalina, 60 milhões de unidades por via intravenosa, na dose de 10 milhões de unidades de 4/4 horas, ou ampicilina na dose de 2g intravenosa de 4/4 horas, com a amicacina 7,5 mg/kg, por via intramuscular ou intravenosa de 12/12 horas, e metronidazol intravenoso na dose de 500 mg de 8/8 horas. Em casos de identificação ou suspeita de clostridium perfringens, a penicilina é a droga que se impõe, por via intravenosa na dose de 20 milhões de unidades de 4/4 horas (10).

A ministração de soro antigangrenoso é muito controversa. Delascio e Col. consideram "obrigatório o uso de antitoxinas específicas quando o germe foi convenientemente identificado quanto a seu tipo" Na impossibilidade da identificação, baseados em Lacaz aconselham a injeção intravenosa de 20 ml a 22ml a cada 6 horas do soro antigangrenoso polivalente (10).

A falta de comprovação plena da eficácia do soro antigangrenoso e sobretudo o perigo de sensibilidade e conseqüentemente de choque anafilático, bem assim o incremento da conduta ativa e o uso liberal de antibióticos, assevera Neme, reduzem consideravelmente seu emprego. A nossa experiência no particular impede-nos de qualquer juízo. (10).

A administração de heparina no abortamento séptico, embora não seja aconselhável rotineiramente, torna-se impositiva na evidência de coagulação intravascular disseminada rastreada pela presença de diátese hemorrágica, plaquetopenia, fragmentação de hemácias, hipofibrinogenemia, queda dos fatores V, VIII, XIII e produtos de degradação da fibrina, na dose de 10 mil unidades por via intravenosa, seguida de mil unidades a cada hora, controlada pelo tempo de coagulação que deve permanecer em torno de 20 a 30 minutos e o tempo de tromboplastina, ativado pelo caolim, que deve oscilar entre 80 e 100 segundos.

A ocitocina e os derivados ergóticos devem ser empregados antes, durante e após a curetagem.

Sangue, bicarbonato, soluções cristalóides são empregados para corrigir a anemia, desidratação e acidose individualizados os casos e sempre sob a orientação da pressão venosa central e quando possível da pressão capilar pulmonar, débito urinário e densidade, determinação do Ph e déficit de bases e eritograma(10).

II - DESCRIÇÃO DE 3 (TRÊS) CASOS DA MATERNIDADE DO
HOSPITAL NOSSA SRA. CONCEIÇÃO (TUBARÃO)

2.1 - Caso I

Data da internação: 15/11/81

Horário: 00:40 horas

Identificação: R.O.M. 22 anos, branca, brasileira, casada ,
do lar, natural de Tubarão.

Principais sinais e sintomas clínicos: Metrorragia;
Hipocôndrio direito doloroso e aumentado de
volume;
Colo dilatado;
Paciente chocada.

Diagnóstico provável: aborto hemorrágico e toxemia aguda.

Conduta: curetagem uterina e laparotomia supra umbilical^X ex-
ploradora (empiema vesicular?).

Hora: 01:30 - submetida a curetagem uterina.

Descrição: grande perda sanguínea. Risco anestésico 3E.

Medicação trans-operatória - Haemacel^R - 2 000ml;

SG 5% - 1 000ml;

Ringer lactato^R - 500ml;

Sangue total - 1 200ml;

Methergim^R - 0,4mg EV.

Horas: 02:30 - submetida a laparotomia supra umbilical explo-
radora.

Achados: fígado congesto, edemaciado, vesícula biliar normal

útero bastante aumentado de volume.

Conduta: fechamento por planos.

Medicação trans-operatória: 1g EV de hidrocortisona.

Horas: 03:20 - admitida na UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição, pálida, com pulso e PA oscilantes, mantida com dopamina, respiração razoável, afebril, lúcida calma, com boa diurese.

Exames complementares solicitados:

- Eletrólitos: - sódio 141 mEq/l
- potássio..... 3,9 mEq/l
- cloro 100 mEq/l
- Hematócrito - 32%.

Medicação prescrita e administrada:

- 1 - SF 0,9% - 1500 mlEV
- 2 - SG 5% - 200 mlEV
- 3 - Cedilanide - 0,4 mg EV às 02:30 horas.
- 4 - Cloranfenicol - 1g às 3:00 horas e 1g às 08:00 horas.
- 5 - Gentamicina - 80mg IM às 03:00 horas
- 6 - Dopamina - 150 mg em 500ml de SG 5%
- 7 - Hidrocortisona 300mg às 02:30 horas.
- 8 - Bicarbonato de sódio a 8,4% - 10 ml EV.
- 9 - Dipirona 2ml - às 04:00 horas e às 10:00 horas.
- 10 - Metoclorpramida 10 mg EV - às 03:30 horas e às 10 horas
- 11 - Vitamina C 1g EV - às 3:30 horas

Horas: 07:25 - paciente com dispneia e cianose intensa, sudorese fria, afebril.

Exames solicitados:

- RX de tórax: laudo - aspectos radiológicos compatíveis com o quadro de edema pulmonar agudo.

- Gasometria arterial - PH: 7:24;

- PCO₂: 32,3 mm Hg

- PO₂: 31,0mm Hg

- CO₂ total: 14 mMo/l

- HCO_3 : 13,0 mEq/l.
- Exc. de base: -13
- Sat de O_2 : 48%.

Prescrição:

- 1 - Cedilanide - 0,4mg - EV às 08:05 horas.
- 2 - Lasix - 80mg EV.
- 3 - Aminofilina.
- 4 - Bicarbonato de sódio 8,4% - 40 ml EV.
- 5 - O_2 úmido contínuo - cateter nasal 4 litros/minuto.
- 6 - Garroteamento de membro.

Horas: 09:50 - dispnéia intensa, sendo necessário entubação endotraqueal para instalação de respirador (BIRD).

Prescrição:

- 1 - Meperidina - 20mg EV (repetida 6 vezes).
- 2 - Cefalotina 2g EV.

Horas: 11:20 - aumento acentuado da cianose.

Horas: 11:45 - fez parada cardiorespiratória. Procedeu-se reanimação cardiopulmonar com êxito.

Prescrição:

- 1 - Adrenalina 2mlEV
- 2 - Insulina regular 25 U em 500 ml de SG.

Horas: 12:30 ÓBITO.

2.2. - Caso II

Data da Internação: 10/10/83

Horário: 18:20 horas.

Identificação: A.B.M., 22 anos, branca, brasileira, solteira, do lar, natural de Laguna.

Principais sinais e sintomas clínicos - abortamento incompleto infectado após gestação de 4 meses;

Quadro tóxico com anemia acentuada, astenia, anorexia ,

hipertermia;

Tumor anexial esquerdo, provavelmente abcesso.

Diagnóstico inicial: abortamento incompleto com infecção.

Conduta: curetagem uterina e laparotomia.

Dia: 10/10/83 - submetida a curetagem uterina.

Descrição: Sangramento abundante. Assepsia local com mercúrio cromo. Pinçamento do colo com Pozzi e raspagem endometrial com cureta cortante, com retirada de restos ovulares. Revisão .

Exames solicitados:

- Hemograma - eritrócitos - 2,7 milhões
 - hematócrito - 24%
 - Hb - 7,4g%
 - Policromatofilia, plaquetas normais.
 - VHS - 134mm.
- Leucograma - Leucócitos - 22.100/mm³
 - Mielócitos - 0%
 - Metamielócitos - 0%
 - Bastões - 2%
 - Segmentado - 83%
 - eosinófilos - 1%
 - Basófilos - 0%
 - Linfócitos - 11%
 - Monócitos - 3%
 - Plasmócitos - 0%

Prescrição:

- 1 - Methergin ^R - 1 drg de 6/6 horas.
- 2 - Ampicilina 1g EV - de 6/_ horas
- 3 - Cloranfenicol 1g EV - de 6/6 horas
- 4 - Sangue total - 500ml EV.
- 5 - Papa de hemácias - 500ml EV
- 6 - SG 5% - 500ml.
- 7 - Dipirona - 2ml se necessário.

Dia: 11/10/83 - paciente apresentou pico febril ($37,7^{\circ}\text{C}$).

Exames complementares solicitados:

- Ht - 29%
- Tempo de protrombina - 17 segundos
- Atividade do complexo protrombina - 54%

* Paciente é submetida a laparoscopia.

Achados: congelamento pélvico por massa tumoral (?) no lado esquerdo abdominal. Epiplon presente. Lado direito da pelve mais livre. Útero aumentado de tamanho. Líquido sanguinolento na cavidade. Fígado normal, baço não visualizado.

Prescrição:

- 1 - SG 5% - 500 ml EV.
- 2 - SG 10% - 2000 ml EV.
- 3 - Soro Ringer ^R - 1000 ml EV.
- 4 - Sangue total - 1500 ml EV
- 5 - Ampicilina - 1g EV de 6/6 horas
- 6 - Cloranfenicol - 1 g EV de 6/6 horas.
- 7 - Metronidazol - 500 mg EV de 8/8 horas (sugestão do clínico).
- 8 - Vitamina K1 - 10 mg IM 12/12 horas.

Dia: 12/10/83 - novo pico febril ($28,8^{\circ}\text{C}$). Paciente persiste com anorexia, astenia.

Prescrição:

- 1 - Soro de Ringer ^R - 1000 ml.
- 2 - SG 5% - 2000 ml.
- 3 - Ampicilina - 1g EV de 6/6 horas.
- 4 - Cloranfenicol - 1g EV de 6/6 horas.
- 5 - Metranidazol 500 mg - de 8/8 horas EV.
- 6 - Dipirona - 2ml se necessário.
- 7 - Dieta livre.

Dia: 13/10/83 - temperatura $37,8^{\circ}\text{C}$

Exames complementares solicitados:

- Hemograma: Eritrócitos - 4,2 milhões/ MM^3
- Hematócrito - 38%
- Hemoglobina - 11,6g%
- Policromatofilia, plaquetas - normais
- VHS - 66mm
- Contagem de plaquetas - 352.000/ mm^3 .
- Leucócitos - 8700/ mm^3
- Mielócitos - 0%
- Metamielócitos - 0%
- Bastão - 11%
- Segmentado - 71%
- Eosinófilos - 0%
- Basófilos - 0%
- Linfócitos - 14%
- Monócitos - 4%
- Plasmócitos - 0%

Desvio à esquerda, ausência de eosinófilos.

- Tempo de protrombina - 13 segundos
- Atividade do complexo protrombínico 100%
- Atividade de sangramento (DUKE) - 1,30 minutos
- Tempo de coagulação (em tubo a 37°C) - 5 minutos.

Prescrição: Idem ao de 12/10/83.

Dia: 14/10/83 - paciente em bom estado geral. Urinando e evacuando normalmente. Dor em FIE a palpação profunda. Pico febril de 37,6°C.

Prescrição:

- 1 - SG 5% - 1000ml
- 2 - Ampicilina - 1g EV de 6/6 horas
- 3 - Cloranfenicol - 1g EV de 6/6 horas
- 4 - Metronidazol - 500 mg EV de 8/8 horas.
- 5 - Dieta hiperprotéica.
- 6 - Dipirona - 2 ml se necessário.

Dia: 15/10/83 - quadro clínico inalterado, afebril. Solicitado novo hemograma: Eritrócitos - 3,8 milhões/mm³

Hematócrito - 35%

Hb - 10,4g%

Plaquetas e hemácias - normais

VHS - 71mm

Leucócitos - 7.300/mm³

Mielócitos - 0%

Metamielócitos - 0%

Bastão - 12%

Segmentado - 63%

Eosilófilos - 1%

Basófilos - 0%

Linfócitos - 22%

Monócitos - 2%

Plasmócitos - 0%

Desvio à esquerda, eosinopenia, monocitopenia.

Dia: 16/10/83 - quadro clínico inalterado.

Prescrição - Idem ao dia anterior.

Dia: 17/10/83 - quadro clínico inalterado.

Prescrição - idem ao dia anterior.

Dia: 18/10/83 - quadro clínico inalterado.

Prescrição -

1 - Cloranfenicol - 250mg VO de 6/6 horas.

2 - Ampicilina - 500 mg VO de 6/6 horas.

3 - Metronidazol - 400mg VO de 8/8 horas.

4 - Dieta hiperprotéica.

Dia: 19/10/83 - ALTA.

- 4 - Haemaccel^R - 1000 ml.
- 5 - Na₂ CO₃ - 40ml.
- 6 - Syntocinon^R - 10 U EV e 10 U no SG.
- 7 - SG 5% - 2000 ml EV.
- 8 - Cloranfenicol - 1,0 g EV de 6/6 horas.

Dia: 30/01/84 - às 02:46 horas - paciente após curetagem uterina com PA 8 x 5.

Pálida, cianótica, com extremidades frias e hipotermia - 35,5°C. Paciente lúcida, calma. Sinais vitais: PA 8 x 5.; R 28 P 100; T 37,0°C.

Complementação de prescrição anterior:

- 1 - Sangue total - 500ml EV.
- 2 - Haemaccel^R - 1000 ml EV.
- 3 - SF 0,9% - 500ml EV.

Hora: 11:00 horas solicitado exames complementares:

- RX de tórax - laudo: ausência de lesões mediastino pulmonares.

- Hemograma: eritrócitos - 3,3 milhões/mm³.
- Hematócrito - 30%
- Hemoglobina - 9,9g%
- Plaquetas e Hemácias - normais.
- Plasma icterico.
- Leucócitos - 19.600/mm³
- ~~Miel~~ócitos - 0%
- Metamei~~el~~ócitos - 0%
- Bastão - 32%
- Segmentado - 62%
- Eosinófilos - 1%
- Basófilos - 0%
- Linfócitos - 3%
- Monócitos - 2%
- Plasmócitos - 0%

Desvio à esquerda neutrofilia, linfocitopenia.

Hora: 10:30 - Gasometria arterial: Ph - 7,42

PCO₂ - 28,0 hg

PO₂ - 104,0 mmhg

CO₂ total - 18,4 mMo/l

HCO₃ - 17,7 mGg/l

Ex. de base - 5,0

SAT de O₂ - 97,7%.

Bioquímica:

Uréia 66 mg/100ml

Creatinina 2,7mg/100ml

TGO 348 U/L (VN 5 a 15)

TGP 285 U/L (VN 5 a 19)

Fosfatase alcalina 56 U/L (VN 60 a 170)

Bilirrubina total 5,2 mg/100ml (VN até 1,0)

Bilirrubina direta - 3,3mg/100 ml (VN até 0,2)

Bilirrubina indireta - 1, (mg/100ml)

Tempo de protrombina 25 segundos.

Atividade do complexo protrombínico 25%.

Prescrição: (complemento do dia 30/01)

1 - Dieta zero.

2 - Soro G - 10% - 1500ml.

3 - SF 0,9 - 1500ml.

4 - Oxacilina - 2,0g EV de 6/6 horas.

5 - Gentamicina - 60 mg IM 8/8 horas.

6 - Clindamicina - 600mg EV de 6/6 horas.

7 - Dipirona - 2ml IV.

8 - Sonda vesical (pouca diurese).

9 - Instalado PVC.

Hora: 15:00 - PA mantendo-se entre 10 x 6 e 9 x 6 (instalado soro com dopamina). Demais sinais vitais oscilantes.

Pulso 120,R : 36 e PVC entre 5 a 8 cm H₂O .

Apresenta abdome distendido. Paciente com taquicardia e taquipnéia.

Prescrição (complemento do dia 30/01)

- 1 - Dopamina - 250mg em 500ml de SG 5%
- 2 - Cedilanide - 0,4 mg EV.
- 3 - Hidrocortisona 1g EV.
- 4 - Methergin^R - 1 ap.
- 5 - Plasma fresco - 500ml EV.
- 6 - Vitamina K1 - 10 mg IM de 12/12 horas.
- 7 - Penicilina cristalina - 5 milhões de U em 100 ml de fisiológico EV de 6/6 horas (foi administrado 1x às 19:30 horas).

Hora: 00:30 - paciente com perfusão periférica diminuída mas lúcida e contactuante. PA 80 x 50, abdome distendido, doloroso e descompressão oligúrica 280 ml nas últimas 24 horas.

Por iniciativa da família da paciente esta foi transferida para o hospital Celso Ramos de Florianópolis.

Exame ginecológico realizado no Hospital Governador Celso Ramos.

A exame constatamos colo uterino pequeno fechado com ausência de secreção piosanguinolenta na cavidade vaginal. Paramétrios e fundos de saco clinicamente livres de processo inflamatório, confirmado através de toque retal. Fundo do útero palpável acima da sínfise púbica de consistência firme. Decidimos fazer histerometria, pensando na possibilidade de piométrio, o que constatou-se negativo com microcuretagem. Isso não exclui a possibilidade de abscesso intraabdominal.

Dia: 31/01/84 - colhido sangue para hemocultura.

Resultado: amostras colhidas em 03/02/84 cresceram colônias de *Escherichia Coli*.

Dia: 06/02/84 - hemocultura para anaeróbios: negativa.

Coagulograma:

Plaquetas: 110.000

Tempo de coagulação: 19 segundos.

Tempo de sangramento: 6 minutos e 10 segundos.

Retração do coágulo arretrátil.

Fibrinogênio: 171

KpTT 90 segundos.

Tempo de protrombina 22 segundos (34%)

OBS.: plasma icterico.

Dia: 01/02/84 - paciente foi submetida a histerectomia abdominal.

Dia: 06/02/84 - mesmo após vários dias de tratamento intensivo, a paciente veio a falecer, devido ao agravamento do quadro (falência de múltiplos órgãos, choque séptico).

III - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Apenas no caso 3 (três), foi colhido amostra de sangue para hemocultura na qual cresceram colônias de Escherichia coli.

Não foi colhido material da cavidade uterina para bacterioscopia e cultura, nos 3 (três) casos, portanto, a determinação do diagnóstico ficou prejudicado.

CASO I

Esta paciente chegou a maternidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição, com estado geral bastante comprometido, em choque. A história constante no prontuário é muito pobre, não revela outros dados que seriam importantes para elucidação do caso. Não foi realizado estudo da coagulação sanguínea, a meu ver de fundamental importância.

CASO II

Este caso de gestação de 4 meses, o tratamento instituído teve sucesso, ao que parece é único caso de aborto espontâneo, embora a história clínica não confirme esta hipótese.

A terapêutica empregada foi racional, usando-se associação quimioterápica de largo espectro (metronidazol, clorafenicol, ampicilina), como comprova a evolução do caso, melhora acentuada do estado geral da paciente em poucos dias.

Quanto ao achado do exame físico, massa palpável em FIE, soube mais tarde que era pré-existente ao quadro clínico do

aborto séptico, pois a paciente havia sido submetida a uma ultrasonografia, a qual revelou suspeita de adenocarcinoma de ovário esquerdo. Este achado persistiu após a alta da paciente, esta deveria retornar a maternidade para submeter-se a uma laparotomia exploradora, mas não o fez.

CASO III

Neste caso a associação antibiótica utilizada não foi a mais usual desta maternidade, mas perfeitamente compatível com o quadro.

Em Florianópolis, no Hospital Governador Celso Ramos, a paciente foi submetida a histerectomia infelizmente no prontuário da paciente, neste hospital, não constava a descrição desta intervenção cirúrgica.

De um modo geral as condutas tomadas nestes 3 (três) casos foram as melhores para as condições locais.

IV = SUMMARY

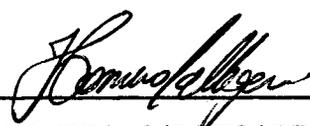
A retrospective analysis of three septic abortion cases at the Nossa Senhora da Conceição Hospital Tubarão - Santa Catarina, preceded by a review on a recent medical literature written in English, Spanish and Portuguese.

Concluding that the conducts applied in the three cases were reasonably up-to-date and satisfactory, considering the local conditions.

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SINGHAL P.C. et alii. Conservative Vs. surgical management of septic abortion with renal failure. Int. J. Gynecol, Obs tet. 1982 Jun, 20 (3) 189-94.
2. WEST SE. et alii. Campylobacter sp. isolated from the cervix during septic abortion, case report. British Journal of Obstet and Gynaecology. 1982. sep 89 (9) - 771-2.
3. ALVO, M. et alii. Acute renal failure. Experience over a 22 year period (author's transe). Rev. Med. Chilena. 1981 May 109 (5) 420-7 (Eng. Abstr.).
4. GRIMES D.A. et alii. Fatal septic abortion in the U.S.A. 1975-1977. Obstret Gynecol. 1981 Jun; 57 (6) 739-44 (18 ref)
5. SENGUPTA B.S. et alii. Salmonella septic abortion. Int. Surgery 1980. Mar - Apr. 65 (2) 183-6.
6. RENE Valle Ponce et alii. Flora microbiana endouterina en al aborto séptico, com especial referênciã a los germenes anaeróbios. Rev. Chilena de Obstret. Y gynecol. 1978. Mar . 137-9 (27 ref.).
7. AGGARWALD V.P. and Mat J.K.G. Review of abortions at Kenyatta National Hospital Nairobi. The East African Medical Journal. February 1980. 139-143 (18 ref.).
8. MILANO C.T., Glicher N. Use of Vaginal prostaglandin - E2 supositions in septic abortion. Prostaglandins. Masch 1980 Vol 19 nº 3.

9. NETTO, Magalhães, FEMINA, José Maria de. Abortamento séptico. Fevereiro, 1984, 124-130.
10. MACHADO, Domingos F. Abortamento séptico. Arq. Hospital Santa Casa São Paulo, Vol. XVI nº 3 e 4. Set. e Dez. 1970. 145-159.
12. FREITAS, Fernando e colaboradores. Abortamento séptico e coagulação intravascular disseminado. R. Med. Hed. , Porto Alegre, 3 (1/2), 25-31, Marc. - Jun. 1974.
12. RESENDE, Jorge de. Obstetrícia. 3.ed., 1974. 538-540. Livro Texto.
13. BASLIJORD, D. H. Septic abortion in au IUCD user conaghan CI. New Ziland Medical Journal. November 1982, 826 - 7 (5.ref. (letter)).



HOMERO CALLEGARI

7915416 - 6

TCC
UFSC
TO
0228

N.Cham. TCC UFSC TO 0228
Autor: Callegari, Homero
Título: Abortamento séptico..



972809349

Ac. 254362

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM

HOMERO CALLEGARI

195416 - 6