

# Aborto séptico: relevância clínica, manejo e prevenção

## *Septic abortion: diagnosis and treatment in a emergency service*

Juliana Cristo<sup>1</sup>, Carina Vanucci<sup>1</sup>, Cláudia Martins<sup>1</sup>, Rodolpho Lindemberg<sup>1</sup>

### RESUMO

A associação entre os abortos séptico e provocado é tão estreita que podem ser considerados sinônimos na prática clínica, embora existam abortos sépticos em abortamento espontâneo incompleto. A sua importância decorre da gravidade de sua evolução, sendo responsável por uma das três principais causas de morte materna por infecção.

**Palavras-chave:** Aborto Séptico; Aborto Induzido; Aborto Criminal; Sepsis.

### ABSTRACT

*The correspondence between septic abortion and provoke abortion is so narrow that they can be practically consider synonymous in the clinical practice, even though there are cases of septic abortion in incomplete spontaneous abortion. There also great importance and graveness in case of septic abortion, onde is in the three mains causes of matern mortality.*

*Key words:* Abortion, Septic; Abortion, Induced; Abortion, Criminal; Sepsis.

### INTRODUÇÃO

O abortamento constitui-se na interrupção da gestação antes de completar 20 a 22 semanas ou em que o peso fetal seja inferior a 500 g. A sua importância decorre de sua grande incidência e relação com morbimortalidade materna quando é provocado. No Brasil, o aborto provocado é ilegal, salvo se a gravidez decorrer de estupro, se houver risco materno-fetal, ou malformação fetal incompatível com a vida, neste caso, requer autorização judicial do Ministério Público.

A sua real magnitude é desconhecida em decorrência, usualmente, à sua ilegalidade, sendo subnotificado em termos de casos e de complicações. Muitas mulheres ficam constrangidas de assumirem a necessidade de realização de aborto ilegal. O abortamento constitui a terceira causa de morte materna no Brasil. No Sistema Único de Saúde são atendidas, anualmente, cerca de 250.000 mulheres com complicações de aborto.<sup>1</sup>

O aborto infectado ou séptico decorre da eliminação incompleta do ovo, do embrião ou da placenta, o que mantém o canal da cérvix uterina aberto, favorecendo a infecção ascendente por microorganismos da microbiota perianal até a cavidade uterina. A sintomatologia sugestiva de aborto séptico surge na forma de atraso menstrual, sangramento vaginal, febre, dor hipogástrica e à mobilização do colo uterino, sudorese, calafrios, taquicardia, taquisfigmia, taquipneia, hipotensão arterial, ciano-

<sup>1</sup> Acadêmico do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

*Instituição:*  
Faculdade de Medicina da UFMG  
Belo Horizonte, MG – Brasil

*Endereço para correspondência:*  
Carina Vanucci  
Av. Raquel Teixeira Viana, 126  
Bairro: Canaan  
Sete Lagoas, MG – Brasil  
CEP: 35700-293  
E-mail: carie\_65@yahoo.com.br

se, icterícia, agitação, rebaixamento do sensório e choque séptico. As suas principais complicações são: endometriíte, perfuração uterina ou de alças intestinais, doença inflamatória pélvica e choque séptico.

Os agentes associados ao aborto séptico são polimicrobianos (própria da microbiota perianal), enquanto no choque séptico, predominam *E. coli*, *Bacterioides* e *Clostridium perfringens*.

É classificado em três tipos, de forma a indicar a forma mais adequada de tratamento, discriminados como: 1. Tipo I: É o mais comum, localizado apenas na cavidade uterina e decídua. O útero aumenta de volume, o canal cervical fica pérvio com secreção piosanguinolenta. O estado geral está preservado sem sinais de resposta inflamatória sistêmica e irritação peritoneal; 2. Tipo II: Associa-se com a progressão da infecção ao miométrio, paramétrios, anexos e peritônio. Há febre, taquicardia, íleo paralítico e dor abdominal, podendo apresentar defesa abdominal, toque vaginal muito doloroso e empastamento dos paramétrios; 3. Tipo III: a inflamação torna-se sistêmica com sepse intra-abdominal, sendo de extrema gravidade e alta morbimortalidade.<sup>2</sup>

## RELATO DE CASO

MJS, 28 anos de idade, leucoderma, natural de Campo Belo, procedente de Belo Horizonte, chegou à urgência do Hospital Julia Kubitschek com mal estar geral, sangramento vaginal, odor fétido em secreção vaginal, dor pélvica e calafrios. O sangramento havia iniciado há três dias. A acompanhante apresentava dois resultados de exames realizados há 20 dias, constituídos por beta-HCG positivo e ultrassonografia gineco-obstétrica compatível com gestação eutópica simples de 12 semanas e um dia. Estava confusa e trêmula, prostrada, hipocorada, febril ao toque, com perfusão capilar diminuída, pressão arterial de 80/45 mmHg, frequência cardíaca de 104 bpm, frequência respiratória de 32 irpm e temperatura axilar de 38,9°C. As bulhas cardíacas eram taquicárdicas e hipofônicas; os sons respiratórios normais, com discretas crepitações em bases pulmonares; edema de membros inferiores. O abdômen mostrava ruído hidroaéreo diminuído, doloroso à palpação superficial e profunda. O exame especular, dificultado pela dor provocada, mostrou colo uterino edemaciado, eritematoso, com secreção piosanguinolenta no orifício externo. O toque bidigital bimanual desencadeou dor à mobilização do colo e dos anexos, o útero estava

aumentado de tamanho, o colo tinha posição posterior, era longo e encontrava-se pérvio.

A impressão diagnóstica é de que se tratava de gestação de 14 semanas e cinco dias, com doença inflamatória pélvica e aborto infectado. A acompanhante, prima da paciente, pediu sigilo em relação à gravidez. Explicou que o companheiro da paciente não poderia saber de sua gravidez.

Foram realizados os seguintes exames complementares: saturimetria de pulso: 87%, glicemia capilar: 272 mg/dL, PCR 32 mg/dL, Hb 10,6 g/dL, global de leucócitos: 22000/mm<sup>3</sup> com 11% de bastonetes, plaquetopenia, TTPa alargado, lactacidemia: 3,6 mmol/L, bilirrubinemia total: 4,7 mg/dL, uremia: 61 mg/dL, creatininemia: 1,7 mg/dL, Gram de gota de urina: inúmeros leucócitos, e hematúria. A ultrassonografia evidenciou massa amórfica heterogênea, ausência de batimento cardíaco fetal, endométrio espessado, líquido livre na pelve, ovário esquerdo aumentado de tamanho, imagem sugestiva de abscesso. A telerradiografia de tórax revelou áreas de consolidação em bases pulmonares.

Foram administrados 1000 mL de NaCl 0,9%, EV, livre; seguidos de plasma fresco congelado, dopamina; 5 L/min de oxigênio por cateter, e realizada cirurgia. As secreções e líquidos coletados, além de sangue, foram encaminhados para cultura. O pós-operatório foi realizado em Centro de Tratamento Intensivo, onde permaneceu por três dias, sendo iniciada gentamicina e clindamicina. Permaneceu em enfermaria por mais uma semana, sob acompanhamento psicológico. A prima relatou que a paciente morava com o atual companheiro, mas que, após um breve rompimento, teve relações com outro homem que a engravidou, porém o relacionamento com o ex-companheiro fora reatado e ela procurou uma clínica de aborto clandestina.

## DISCUSSÃO

O aborto é induzido por diversos métodos, associando com a infecção aqueles que objetivam romper as membranas amnióticas, usando materiais contaminados por intermédio do colo uterino. Esses objetos transportam a microbiota vaginal para a cavidade uterina, além das bactérias de sua superfície. Os principais métodos usados para introdução intra-uterina são: sonda de Nelaton (60 a 80% dos casos)<sup>3</sup>, palitos, cravos, agulha de crochê, misoprostol (acom-

panhada de VO), solução hipertônica, entre outros. O misoprostol (análogo da prostaglandina E1) não é livremente comercializado, sendo legalmente encontrado em hospitais, de uso restrito/controlado, para abortamento legal e indução de trabalho de parto. Uma das principais complicações desse procedimento é o aborto séptico, e risco de choque séptico.

A mortalidade por aborto séptico atinge 67,8 por 100000<sup>3,4</sup>, associando-se com: Síndrome da resposta inflamatória sistêmica, sepse, choque séptico. A sua conseqüência é o desenvolvimento de: isquemia intestinal, alteração da função hepática, acidose metabólica, coagulopatia, disfunção múltipla dos órgãos.

A paciente evoluiu para choque séptico, que foi abordado precocemente por intermédio de monitorização de dados vitais, retirada cirúrgica do foco, ressuscitação volêmica e uso de vasopressores, além de antibioticoterapia (Gentamicina 1,5 mg/kg/dose a cada 8 horas EV por 7-10 dias e Clindamicina 600 a 900mg, cada 6 a 8 horas EV 7-10 dias).<sup>1</sup> É fundamental a remoção do foco séptico (restos ovulares, etc), sendo necessária, por vezes, a histerectomia total, salpingectomia bilateral, e ressecção ovariana quando há comprometimento ovariano, abscesso roto, etc. Muitas vezes, fatores socioeconômicos estão entre as razões de abortamento provocado, como foi o caso da paciente.

O perfil das mulheres que mais comumente realizam aborto provocado são as solteiras, de baixo nível sócioeconômico, entre 20 e 29 anos, principalmente em países em que o aborto é ilegal. As taxas de complicações são menores quando o aborto é legalizado, realizado em locais adequados e com assistência médica.

A conseqüência do aborto, neste caso, decorreu da cessação da sua capacidade reprodutiva, devido ao procedimento cirúrgico realizado em seu tratamento. Este fato pode trazer graves conseqüências psicológicas, e poderia ter sido evitado se ela soubesse dos seus riscos, se tivesse orientação acerca dos principais métodos contraceptivos e de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, informações que deveriam ser disponíveis na atenção básica à saúde.

## CONCLUSÃO

O abortamento provocado é ilegal no Brasil, salvo em condições pré-estabelecidas. Os métodos mais comumente utilizados propiciam a infecção, uma vez que implantam microorganismos na cavidade uterina, o que se associa com elevada morbimortalidade, especialmente pelo choque séptico. A educação para a saúde, que inclui o entendimento da sexualidade humana, deve ser iniciada na família, continuada nas escolas em seus diferentes níveis, e com apoio contínuo dos programas de saúde da família. Esses esforços constituem a forma mais potente de impedir que o aborto continue a ser responsável pela morte, infertilidade, e de graves problemas psicossociais que acometem a mulher e a sociedade brasileiras.

## REFERÊNCIAS

1. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetricia. Manual de urgências e emergências maternas. Rio de Janeiro: Febrasgo; 2001.
2. Dias APA, Silva CAS, Aguiar GG, et al. Aborto infectado: epidemiologia, diagnóstico e conduta na urgência Rev. méd. Minas Gerais; 20(2, supl. 1): S6-S10, abr.-jun. 2010.
3. Castro R, Maradiegue E. Mortalidad por aborto séptico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. 1985 – 1992. Ginecol. obstet. 1994; 40 (1): 55-9.
4. Martins HS, Awada SB, Damasceno MCT. Pronto-socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Barueri, SP: Manole; 2007.
5. Bankole A, Singh S, Haas T. Características de mulheres que obtêm aborto induzido: uma revisão a nível mundial. *Perspect Int Planej Familiar*. 2001; (N. Especial).
6. Muñoz OS. Aborto inducido, séptico y shock séptico *ARS méd.* (Santiago). 2009; 18(18): 105-27.
7. Rahangdale L. Infectious complications of pregnancy termination. *Clin Obstet Gynecol*. 2009 Jun; 52(2): 198-204.
8. Fawad A, Naz H, Khan K, Aziz-un-Nisa. Septic induced abortions. *J Ayub Med Coll Abbottabad*; 2008 Oct-Dec; 20(4): 145-8.
9. Nanda S, Sangwan K, Agarwal U. The ugly face of septic abortion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002 Oct; 105(1): 71-2.
10. Figueroa Damian R, Arredondo Garcia JL. Conceptos actuales en la patogénesis y tratamiento del aborto y el choque séptico. Parte I. Epidemiología, patogénesis y manejo del aborto séptico. *Ginecol Obstet Mex*; 1993 Nov; 61: 305-10.