

Endometrite evoluindo para choque séptico: relato de caso

Postpartum endometritis evolving for septic shock: a case report

Marcus Vinícius Capanema Gonçalves¹, Mariana Ferreira Fernandes¹, Mariana Paschoaleti Nishiyama¹, Pedro Henrique Rodrigues Cruz¹, Raquel Carvalho Leite¹, Rayana Rolla Campos¹, Rodolfo Jardim Valamie¹, Thiago Fabrício Pereira de Almeida¹, Mário Dias Corrêa Júnior²

RESUMO

A infecção puerperal é a terceira causa de morte materna no Brasil e a endometrite, sua forma mais comum, acomete 1-30% das puérperas. Seus principais fatores de risco são a rotura prematura de membranas e o trabalho de parto prolongado. A endometrite pode gerar várias complicações, sendo o choque séptico a mais grave. A prevenção e o diagnóstico precoce devem ser as principais linhas de ação para evitar complicações graves da infecção puerperal, sua morbidade e mortalidade.

Palavras-chave: Endometrite; Puerpério; Sepsis; Choque Séptico; Infecção Puerperal.

ABSTRACT

The postpartum infection is the third cause of maternal death in Brazil and the postpartum endometritis, its most common form, affects 1-30% of puerperal mothers. Its main risk factors are premature rupture of membranes and prolonged labor. The most severe complication of endometritis is septic shock. The prevention and early diagnosis must be the main goals to avoid severe complications, mortality and morbidity of postpartum infection.

Key words: Endometritis; Puerperium; Sepsis; Septic Shock; Postpartum Infection.

INTRODUÇÃO

Infecção puerperal, também chamada de febre puerperal, constitui-se em toda infecção bacteriana do trato genital feminino após o parto. Trata-se de infecção polimicrobiana causada principalmente por bactérias da microbiota vaginal e cutânea.¹ Constitui-se na terceira causa de morte materna no Brasil, com 6,3% dos óbitos.² Sua principal apresentação clínica é a endometriíte, que acomete 1-3% das puérperas após parto vaginal e até 30% após cesariana sem antibióticoprofilaxia.³

É suspeitada pelo desenvolvimento de dor abdominal, lóquios piossanguinolentos e fétido, útero subinvoluído e febre. A febre deve ser diferenciada da decorrida da resposta endócrino-metabólica ao trauma, caracterizada por temperatura axilar abaixo de 39°C até 24 horas após o parto. As medidas acima desse valor ou de 38°C após as 24 horas iniciais após o parto sugerem processo infeccioso.¹

Os fatores de risco da endometrite são diabetes *mellitus*, obesidade, higiene insatisfatória, procedimentos invasivos (amniocentese e cordocentese), infecção durante a gestação, monitorização fetal interna, rotura prematura de membranas,

¹ Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

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

Endereço para correspondência:
Thiago Fabrício Pereira de Almeida
Rua Ministro Alfredo Valadão, 130
Bairro: Mangabeiras
CEP: 30315-080
Belo Horizonte, MG – Brasil
E-mail: almeidatfp@gmail.com

trabalho de parto prolongado, excesso de toques vaginais, descuido com a antisepsia, vias de parto, uso de fórceps, traumatismo do canal de parto e restos placentários.

A endometrite pode gerar várias complicações, como peritonite, peri-hepatite e choque séptico.⁴ O choque séptico constitui-se na sua complicação mais grave, causado principalmente pela *Escherichia coli*, e pode ocorrer quando há atraso no diagnóstico da infecção ou no tratamento cirúrgico para retirada do foco infeccioso.⁵

RELATO DE CASO

WCGS, 21 anos de idade, casada, primigesta, admitida no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) com 41 semanas e um dia de gestação, sem sinais de trabalho de parto e sem intercorrências durante o pré-natal. Foi internada para indução do parto e realizado amadurecimento cervical com misoprostol. A paciente evoluiu com contrações e posterior amniorrexe, necessitando da administração de ocitócitos para auxiliar no padrão de contrações.

O parto vaginal ocorreu após 40 horas de indução e 19 horas de bolsa rota, com episiotomia médio lateral direita, sem intercorrências maternas ou fetais. Recebeu alta no dia seguinte apresentando puerpério fisiológico.

Foi readmitida após cinco dias do parto com dor em episiorrafia, sudorese, mal-estar e febre há quatro dias, sem alterações urinárias ou na amamentação. Apresentava-se febril (temperatura axilar: 38,7°C), normotensa, com útero contraído e colo fechado, com deiscência em episiorrafia e sem sinais flogísticos. A suspeita diagnóstica recaiu sobre endometrose após propedêutica para doença infecciosa e ultrassonografia endovaginal mostrou ausência de restos na cavidade uterina. Iniciada administração de ceftriaxona e clindamicina.

Evoluiu com baixa perfusão periférica persistente, instabilidade hemodinâmica, retenção de escórias nitrogenadas, dificuldade ventilatória. A ampicilina foi acrescentada à antibioticoterapia.

Seu tratamento foi realizado em terapia intensiva, sem melhora, por três dias, quando se optou por tratamento cirúrgico. Foi realizada histerectomia total e anexectomia direita, identificado útero com infiltração purulenta anterior e em infundíbulo pél-

vico à direita. Nessa ocasião substituiu-se a ampicilina por vancomicina.

Manteve-se hemodinamicamente instável após a cirurgia. A cultura de *swab* de colo uterino revelou *S. aureus* oxacilina sensível e a hemocultura demonstrou *S. aureus* e enterococos. A antibioticoterapia orientada pelo antibiograma passou a ser estabelecida pela associação entre oxacilina e ampicilina. Evoluiu com estabilidade hemodinâmica e melhora progressiva, recebendo alta após 14 dias.

DISCUSSÃO

A infecção puerperal e suas complicações constituem causas importantes de morte materna. Deve-se estar atento às principais causas e fatores de risco associados ao puerpério a fim de evitar sua ocorrência. É necessária atenção para os alarmes clínicos, para que seja feito diagnóstico precoce, visando evitar complicações.

Observa-se, nesse relato, a congruência de vários fatores de risco para a febre puerperal como indução de parto e rotura de membranas prolongadas. A realização excessiva de toques vaginais também constitui fator de risco. A duração prolongada da indução do parto e a assistência em hospital universitário possivelmente fizeram com que a paciente fosse submetida a elevado número de toques vaginais. Em alguns serviços indica-se, nos casos em que há fatores de risco para o desenvolvimento de infecção puerperal, a antibioticoprofilaxia.

As puérperas devem ser alertadas sobre os sinais de infecção, principalmente febre e lóquios fétidos, e necessidade de retorno precoce à maternidade. Nesse caso, houve retardo em buscar atenção médica, mesmo com aumento da temperatura corpórea por quatro dias. O retorno precoce poderia ter evitado esse desfecho – a histerectomia em paciente jovem com inviabilização de sua capacidade reprodutiva.

O tratamento da endometrite pode ser feito ambulatorialmente ou em internação hospitalar, dependendo da gravidade. No caso aqui relatado, optou-se por tratamento hospitalar visto a rápida evolução da paciente para choque séptico.

A prevenção e o diagnóstico precoce devem ser as principais linhas de ação para evitar complicações graves da infecção puerperal, sua morbidade e mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Corrêa MD, Corrêa Junior MD, Aguiar RALP, Melo VH. Noções práticas de obstetrícia. 14ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2011.
 2. Febrasgo. Manual de orientação assistência ao abortamento, parto e puerpério – 2010. Rio de Janeiro: Febrasgo; 2010.
 3. Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. 689 p.
 4. Zimmermann JB, Gomes CM, Tavares FSP, Peixoto IG, Melo PCV, Rezende DF. Complicações puerperais associadas à via de parto. Rev Med Minas Gerais. 2009; 9(2): 109-16.
 5. Castro EO, Bortolotto MRFL, Zugaib M. Seps e choque séptico na gestação: manejo clínico. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(12):631-8.
-