

# Dor abdominal aguda no puerpério

## *Postpartum acute abdominal pain*

Wilson Luiz Abrantes<sup>1</sup>, Aline Souza Costa<sup>2</sup>, Ana Paula Campos Rocha<sup>2</sup>,  
Bárbara Fonseca Gazzinelli<sup>2</sup>, Carolina Nazareth Valadares<sup>2</sup>, Daniele Carvalhais França<sup>2</sup>,  
Manuela Panteliades Pereira<sup>2</sup>, Marina Álvares de Campos Cordeiro<sup>2</sup>, Sara Martins Gonçalves de Souza<sup>2</sup>

### RESUMO

A abordagem inicial de dor abdominal aguda em mulheres jovens pode gerar dúvidas, pela ampla diversidade de diagnósticos diferenciais.<sup>1</sup> Essa situação é agravada quando se encontra no puerpério, pois alterações anatomofuncionais fisiológicas desse período mascaram sinais e sintomas considerados típicos de afecções abdominais. Apesar da vasta literatura sobre grávidas, há poucos relatos e estudos no pós-parto, dificultando maior aprofundamento do assunto por profissionais de saúde.<sup>2</sup> Este artigo objetiva aprimorar o conhecimento das principais causas clínicas e cirúrgicas não ginecológicas de dor abdominal aguda em puérperas.

**Palavras-chave:** Período Pós-Parto; Apendicite; Dor abdominal; Abdome Agudo.

<sup>1</sup> Professor – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.  
<sup>2</sup> Acadêmico – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

### ABSTRACT

*The initial approach to acute abdominal pain in young women can be doubtful by the diverse differential diagnosis.<sup>1</sup> This situation can be even more difficult when a patient is in puerperium, because of physiologic and anatomic alterations unique to this period that can change the main signs and symptoms of abdominal diseases. Although the literature contains many reports and articles about pregnant patients, only several include postpartum, which makes it more difficult for doctors to recognize the disease.<sup>2</sup> The aim of this article is to improve the medical knowledge about non-gynecological clinical and surgical causes of acute abdominal pain in postpartum patients.*

*Key words:* Postpartum Period; Appendicitis; Abdominal Pain; Acute Abdomen.

### INTRODUÇÃO

O puerpério é o período de transformação da gestante em nutriz, que dura 60 dias, em que algumas funções entram em latência para que outras possam ocorrer.<sup>1-3</sup> O diagnóstico de afecções agudas do abdome é dificultado pelas modificações fisiológicas dessa fase e alterações semiológicas das afecções não ginecológicas. A experiência do clínico e do cirurgião reduzida frente a essas mudanças e do obstetra diante de causas não obstétricas de dor abdominal contribuem para o atraso diagnóstico e complicações devido ao retardo da terapêutica.<sup>4</sup>

*Instituição:*  
Departamento de Cirurgia da UFMG

*Endereço para correspondência:*  
Departamento de Cirurgia da UFMG  
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – sala 203  
Bairro: Santa Efigênia  
Belo Horizonte, MG – Brasil  
CEP: 30130-100  
E-mail: cirurgia@medicina.ufmg.br

## PRINCIPAIS CAUSAS

O diagnóstico diferencial de dor abdominal em jovens é diverso, o que inclui inferência sobre infecções pélvicas, gastroenterite, úlcera péptica, obstrução intestinal, hepatite, pancreatite, colecistite, apendicite, peri-hepatite, pneumonia e pielonefrite.<sup>1</sup>

Peri-hepatite (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis): é mais frequente em mulheres jovens, entre o segundo e terceiro trimestres de gravidez e no puerpério. É caracterizada por inflamação intra-abdominal adjacente ao fígado. Resulta da extensão direta da *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis* das trompas à cápsula hepática e ao peritônio adjacente ou pela via linfática e hematogênica.<sup>5</sup> A sintomatologia mais comum é constituída por: febre, dor abdominal, hipersensibilidade em topografia hepática e sinais de peritonite em hipocôndrio direito. É sugerido por história de infecção pélvica recente e confirmado pelo isolamento do agente etiológico em cultura do cérvix e melhora com antibiótico adequado.<sup>1</sup>

Tromboflebite pélvica: é mais comum no puerpério e ocorre devido à circulação lenta, trauma em vasos pélvicos durante o parto e pela hipercoagulabilidade associada aos níveis elevados de estrogênio na gravidez. Apresenta-se como dor abdominal, febre e massa abdominal periumbilical. É difícil a sua diferenciação com inflamação pélvica e deve ser considerada diante de reduzida resposta à antibioterapia adequada. O tratamento consiste em anticoagulação com heparina.<sup>1</sup>

Infecções do trato urinário: as alterações fisiológicas da gravidez, como a progressiva dilatação do sistema pielocalicial e diminuição do peristaltismo ureteral, continuam até o final do segundo mês do puerpério e contribuem para a predisposição, nesse período, de infecção urinária.<sup>3</sup> É favorecida pela hipotonicidade da bexiga induzida pelo trauma do parto.<sup>1</sup> Sua sintomatologia é caracterizada por dor suprapúbica, polaciúria, disúria, urgência miccional, com presença ou não de dor lombar e febre. O diagnóstico é clínico, mas pode ser corroborado pela sedimentoscopia da urina, hemograma e exames de imagem.<sup>6</sup>

Apendicite aguda: é a afecção abdominal aguda mais comum na população geral e a causa cirúrgica não obstétrica mais comum em gestantes. Sua frequência na puérpera parece igual à da gestante.<sup>1,7</sup> Constitui entidade clínica de fácil tratamento, entretanto, o atraso diagnóstico aumenta a sua morbidade. A sintomatologia – dor abdominal, náuseas, vômitos,

anorexia, febre baixa – pode estar atenuada, ausente ou confundida com alterações fisiológicas do puerpério, favorecendo duas a três vezes mais a perfuração do apêndice e peritonite.<sup>1,7</sup> No puerpério, o apêndice não retorna ao seu posicionamento anatômico até a completa involução uterina, que ocorre em seis a oito semanas. Além disso, o útero aumentado desloca a parede abdominal, afastando-a do apêndice inflamado. Esse deslocamento associado à hipotonia da musculatura da parede abdominal minimiza os sinais clínicos de irritação peritoneal.<sup>1</sup> Os sinais do psoas, obturador e de Rovsing não são bons indicadores nessas pacientes. Contudo, um indicador confiável é o sinal de Bryan, que consiste em deslocar o útero para a direita, mobilizando, assim, o apêndice inflamado. O teste de Alder consiste em manter constante pressão na área de maior sensibilidade enquanto a paciente muda de decúbito dorsal para decúbito lateral esquerdo. Se a dor persistir com a mudança de posição, esta provavelmente não é de origem uterina. As alterações laboratoriais também podem gerar confusão. Nos primeiros 14 dias de puerpério, há leucocitose, de 20.000 a 25.000/mm<sup>3</sup>, com predomínio de neutrófilos.<sup>1</sup> A ultrassonografia total de abdome pode afastar outras afecções, diagnosticar a apendicite aguda e localizar a posição do apêndice, para facilitar o acesso cirúrgico. Seu tratamento é cirúrgico e não deve ser postergado.<sup>1,7</sup>

Pancreatite aguda: é mais frequente em primigestas no final da gestação e no puerpério. A metade das mulheres com menos de 30 anos e com pancreatite aguda está grávida.<sup>3</sup> A maioria é decorrente de cálculo biliar. Observa-se, nessas pacientes, aumento dos níveis séricos de gordura neutra, fosfolípidios e colesterol.<sup>4</sup> As manifestações clínicas não são alteradas pela gravidez ou puerpério e são caracterizadas por dor epigástrica de forte intensidade, progressiva, com náuseas e vômitos persistentes, irradiada para o dorso em 50% das vezes. Pode ser acompanhado de febre baixa, distensão abdominal e redução do peristaltismo.<sup>7</sup> A propedêutica complementar principal é a amilase e a ultrassonografia (US), que confirmam o diagnóstico e sugerem a causa da afecção, como presença de cálculos na vesícula ou colédoco. O tratamento é clínico, limitando-se à abordagem cirúrgica (laparoscópica ou convencional) para complicações como necrose pancreática.<sup>7</sup>

Colecistite: durante a gravidez, há comprometimento da contração da vesícula com lentificação do esvaziamento biliar, o que favorece alta incidência de cálculos, sem necessariamente de colecistite.<sup>3</sup> A sinto-

matologia inclui dor em cólica intensa de início súbito no quadrante superior direito e/ou epigástrico, sinal de Murphy positivo, febre e leucocitose. Essas manifestações clínicas são mais graves no puerpério. A US é o método ideal para detectar o cálculo, assim como inflamação. A cirurgia está indicada diante de recorrência de cólicas biliares, colecistite aguda, litíase da via biliar principal ou pancreatite aguda biliar.<sup>4</sup>

## CONCLUSÃO

A dor abdominal em puérperas possui multiplicidade de diagnósticos diferenciais, sendo dificultado pelas alterações fisiológicas inerentes ao pós-parto. Esses fatores contribuem para reduzir a habilidade médica em identificar e tratar corretamente as causas de abdome agudo nesse grupo.

## REFERÊNCIAS

1. Brennan DE, Harwood-Nuss AL. Postpartum abdominal pain. *Ann Emerg Med.* 1989 Jan; 18:83-9.
2. Gerstle RK. Postpartum apendicitis presenting as RUQ pain. *Am Fam Physician.* 2008 Feb; 77(3):282.
3. Gonçalves SC, Abrantes WL. Urgências Cirúrgicas. In: Correa MD, Correa Junior MD, Aguiar RALP, Melo VH. *Noções Práticas de Obstetrícia.* Belo Horizonte: Coopmed; 1988. p.689-97.
4. Corsi PR. Abdome agudo não-obstétrico. In: Piatto S, Tedesco JJA. *Diagnóstico e terapêutica das patologias obstétricas.* São Paulo: Manole; 2009. p.717-31.
5. Penna GO, Hajjar LA, Braz TM. Gonorréia. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2000; 33(5):451-64.
6. Heilberg IP, Schor N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário. *Rev Assoc Med Bras.* 2003; 49(1):109-16.
7. Al-Mulhim AA. Acute apendicitis in pregnancy. A review of 52 cases. *Int Surg.* 1996; 81:295-7.