

# Aborto séptico: diagnóstico e tratamento no serviço de urgência

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

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

### RESUMO

O aborto constitui-se na eliminação, espontânea ou provocada, do conceito com menos de 22 semanas ou de 500 gramas de peso corpóreo. O canal cervical permanece aberto quando a eliminação do conceito é incompleta, favorecendo infecção uterina pela ascensão da microbiota vaginal e intestinal. O aborto séptico e o provocado são sinônimos na prática clínica, embora existam abortos sépticos em abortamento espontâneo incompleto. Sua importância decorre de constituir-se em uma das três principais causas de morte materna por infecção.

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

<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.

### ABSTRACT

*Abortion is the elimination, spontaneous or provoke, of the concept with less than 22 weeks of gestation or 500 grams. When this elimination is incomplete, the cervical channel remains open, which promote the womb infection through the rise of vaginal and intestinal bacteria. 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, where 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 com peso fetal inferior a 500 g. Sua importância decorre da grande incidência e 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 real magnitude do abortamento é desconhecida, sendo usual, devido à sua ilegalidade, a subnotificação de casos e de complicações. Muitas mulheres ficam constrangidas de assumir 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>

*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

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 microrganismos da microbiota perianal até a cavidade uterina.

Os agentes associados ao aborto séptico são polimicrobianos (representando bem a microbiota perianal), enquanto no choque séptico predominam *E. coli*, *Bacterioides* e *Clostridium perfringens*.<sup>2</sup>

Sua gravidade e frequência em unidades de pronto-atendimento tornam seu diagnóstico e tratamento, além de outras questões biopsicossocial-cultural-espirituais de grande interesse médico.

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de aborto séptico deve ser considerado diante de atraso menstrual e sangramento vaginal com febre, dor hipogástrica e à mobilização do colo uterino, sudorese, calafrios, taquicardia, taquisfigmia e taquipneia.<sup>3</sup> Podem ocorrer ainda hipotensão arterial, cianose, icterícia, agitação, rebaixamento do sensório e choque séptico.

Sua suspeição requer a seguinte propedêutica laboratorial: a) hemograma: para avaliação das repercussões da hemorragia sobre os valores de hemácias, hemoglobina, hematócrito e de associação do número de desvio de leucócitos, com infecção; b) coagulograma: para surpreender alterações da hemostasia e desenvolvimento de coagulação intravascular disseminada; c) exame de urina rotina: para identificação de infecção urinária e hematúria; d) avaliação da função renal: com dosagem de ureia e creatinina séricas; e) tipagem sanguínea: para pesquisa de aloimunização e necessidade de prevenção; f) dosagem de bilirrubinas: em caso de icterícia ou suspeita de anemia hemolítica; g) hemocultura: tanto para aeróbios quanto para anaeróbios; h) ultrassonografia abdominal incluindo pélvico: para verificar a presença de restos ovulares, abscesso e acometimento dos anexos; i) tomografia computadorizada: de abdome como exame de imagem complementar diante de massa abdominal; j) radiografia simples de abdome: caso haja suspeita de corpo estranho; k) radiografia de tórax: para aferição de alguma complicação em campos pleuropulmonares, mediastino e coração e vasos da base.

O diagnóstico diferencial do aborto séptico deve ser feito com aborto inevitável, infecção do trato

urinário, corioamnionite com membranas íntegras, apendicite, ameaça de aborto e demais doenças que cursam com febre e hemorragia.

As principais complicações do aborto séptico são piossalpingite e abscesso tubo-ovariano, perfuração uterina e de alças intestinais, endometriíte, peritonite, abscessos pélvicos e choque séptico.

## TRATAMENTO

Deve ser feito com repouso e hidratação parenteral para manter a volemia. É necessário obter dois acessos venosos periféricos calibrosos e iniciar a hidratação com NaCl 0,9% para manter a diurese entre 40 e 60 mL/h e a pressão arterial para garantir a normalidade da perfusão de órgãos e sistemas. É importante manter a monitorização dos sinais vitais, corrigir qualquer distúrbio ácido-básico presente e corrigir a coagulopatia infundindo fatores da coagulação.

O tratamento da infecção com antibioticoterapia é mandatório. No caso do choque séptico, faz-se necessário, também, instituir terapia vasopressora ou inotrópica para melhorar o débito cardíaco - a dopamina é a droga inicial de escolha - e manter controle da pressão venosa central.

É ainda importante realizar intervenção para remoção do foco séptico (restos ovulares), administrando-se drogas que aumentem o tônus e a contratilidade uterina e que contribuam para a dilatação do colo uterino: ocitocina: 20 U em 500 mL de NaCl 0,9% ou SGI 5% e misoprostol: 200 mcg comprimidos no fundo de saco vaginal de 6/6 horas, ressaltando-se a sua contra-indicação (duas cesáreas anteriores, hipertrofias uterinas, grande múltipara e miomectomia).<sup>2</sup>

A retirada dos restos ovulares deve ser feita com o uso de aspiração manual intrauterina, curetagem, dilatação do colo uterino (quando a idade gestacional exceder a 12 semanas), histerectomia total e salpingectomia bilateral.

A antibioticoterapia deve ser iniciada 12 horas antes da retirada dos restos ovulares, exceto quando o agente é o *Clostridium*, caso em que o esvaziamento da cavidade uterina deve ser feito imediatamente.<sup>4</sup> Após o esvaziamento mantêm-se os antibióticos e as drogas uterotônicas. É usada a aspiração elétrica ou manual para evitar a infertilidade e a dilatação uterina no primeiro e segundo trimestres, respectivamente.

O aborto séptico é classificado de maneira a indicar a forma mais adequada de tratamento, como:<sup>1</sup> a) tipo I: é o mais comum, localizado apenas na cavidade uterina e decídua. O útero aumenta de volume, o canal cervical está pérvio com secreção piossanguinolenta, o estado geral preservado sem sinais de resposta inflamatória sistêmica e irritação peritoneal. Recomenda-se o uso de amicacina ou gentamicina, associado com clindamicina ou metronidazol. Caso não haja resposta, deve ser associada ampicilina, para o combate de enterococos (Tabela 1); b) tipo II: associa-se à 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. Somente a curetagem não resolve mais o foco infeccioso, sendo necessárias abordagem cirúrgica e investigação laboratorial; c) tipo III: a inflamação torna-se sistêmica com sepse intra-abdominal, sendo de extrema gravidade e alta morbimortalidade. O tratamento é cirúrgico, com monitorização em UTI. A abordagem cirúrgica deve ser feita por laparotomia e a persistência da febre, ainda que leve, sugere a existência de complicações. As situações de máxima gravidade requerem histerectomia e algumas vezes também a retirada dos anexos.

**Tabela 1 - Antibioticoterapia no aborto infectado**

Antibiótico	Dose	Via	Duração	Observação
Gentamicina	1,5 mg/kg/dose de 8/8 horas	IV ou IM	7-10 dias	Evitar desidratação e monitorar função renal, ototoxicidade
Clindamicina	600 a 900 mg a cada 6-8 horas	IV	7-10 dias	Precauções em caso de disfunção renal ou hepática
Amicacina	15 mg/kg/dia a cada 8-12 h	IV ou IM	7-10 dias	Monitorar função renal, ototoxicidade
Metronidazol	500 mg a 1g a cada 6 horas	IV	7-10 dias	Reações colaterais pouco intensas
Ampicilina	500 mg a 1g a cada 6 horas	IV	7-10 dias	Reações alérgicas raras

\* Fonte: Febrasgo – Urgências e Emergências Maternas, 2000.

## REFERÊNCIAS

1. Passini Junior R, Costa SM, Serruya SJ. BRASIL. Urgências e emergências maternas : guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, FEBRASGO; 2000. 119p
2. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Rezende, obstetrícia fundamental. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 155, 218-33.
3. Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RALP, Corrêa Júnior MD. Noções práticas de obstetrícia. 13.ed. Belo Horizonte: Coopmed - Cooperativa Editora e de Cultura Médica; 2004. p. 241-51.
4. Martins HS, Awada SB, Damasceno MCT. Pronto-socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: Editora Manole; 2007.
5. Muñoz OS. Aborto inducido, séptico y shock séptico. ARS Méd. 2009; 18(18):105-27.
6. Rahangdale L. Infectious complications of pregnancy termination. Clin Obstet Gynecol. 2009 Jun; 52(2):198-204.
7. Fawad A, Naz H, Khan K, Aziz-un-Nisa. Septic induced abortions. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2008 Oct-Dec; 20(4):145-8.
8. Damian RF, Garcia JLA. 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(11):305-10.
9. Bankole A, Singh S, Haas T. Características de mulheres que obtêm aborto induzido: uma revisão a nível mundial. Persp Int Planej Familiar. 2001; (Nº Esp.): 10-37.
10. Nanda S, Sangwan K, Agarwal U. The ugly face of septic abortion. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002 Oct 10; 105(1):71-2.