

Corioamnionite: relato de caso

Chorioamnionitis: case report

Rochane Aparecida de Castro Gomes¹, Rommel de Sousa Carneiro¹, Satomi Shikanai¹, Saulo Portugal Freire Barbosa¹, Thaís Junqueira Lopes¹, Tiago Carvalho Pires de Mendonça¹, Flávia Frattesi²

RESUMO

Corioamnionite (CA) é uma inflamação aguda da membrana coriônica causada pela ascensão polimicrobiana do trato geniturinário inferior, sendo causa comum de complicações adversas maternas e fetais. Neste artigo há o relato de uma paciente de 24 anos, G3PC1A1, admitida no Hospital Risoleta Tolentino Neves com quadro de dor abdominal de forte intensidade e taquissístolia uterina. Foi submetida à cesariana e evoluiu com suspeita diagnóstica no ato cirúrgico de corioendometrite, evoluindo no quarto dia pós-operatório com quadro de abdome agudo e sepse como complicações. O recém-nascido evoluiu com pneumonia e sepse neonatal, necessitando de cuidados intensivos.

Palavras-chave: Corioamnionite; Cesareana; Sépse; Endometrite.

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

²Médica obstetra e preceptora do Hospital Risoleta Tolentino Neves. Belo Horizonte, MG – Brasil

ABSTRACT

Chorioamnionitis (CA) is an acute inflammation of the membrane and chorion of the placenta caused by the polymicrobial rise from the lower genitourinary tract, being a common cause of maternal previous. This paper is a report of a 24 years with two pregnancies with a cesarean delivery and one abortion. Admitted to the Risoleta Tolentino Neves Hospital, afebrile and with strong abdominal pain. Cesarean was performed and evolves with suspected during surgery of corioendometrite evolving in the fourth postoperative day with acute abdomen and sepsis as a complication. The newborn evolves with pneumonia and neonatal sepsis and needs intensive care.

Key words: Chorioamnionitis; Córion; Cesarean; Sepsis, Endometritis.

INTRODUÇÃO

Corioamnionite (CA) é uma inflamação aguda da placenta, córion e âmnion, geralmente causada pela ascensão polimicrobiana do trato geniturinário inferior, sendo causa comum de complicações adversas maternas e fetais.^{1,2} Ocorre principalmente em caso de rotura prematura de membranas, podendo ocorrer também em caso de membranas íntegras. A prevalência de CA é de aproximadamente 2% dos nascimentos.³ Os patógenos mais comumente relacionados à CA são encontrados na flora vaginal, incluindo *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, estreptococos do grupo B, *Bacteroides bivius*, *Escherichia coli*, *Peptococcus* e *Peptostreptococcus*.⁴ Clinicamente manifesta-se por sinais inflamatórios locais e sistêmicos. Não há critério diagnóstico estabelecido, porém se suspeita de CA quando há febre materna superior a 38°C acompanhado de dois ou mais dos seguintes achados: leucocitose (>15.000 cel/ mm³), taquicardia materna (>100 bpm), taquicardia fetal (>160 bpm), útero doloroso ou odor forte do líquido amniótico.⁵

Instituição:

Maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Av. Professor Alfredo Balena 190, sala 217
Bairro: Santa Efigênia
Belo Horizonte, MG. – Brasil
CEP: 30130-100
E-mail: thaisjlopes@yahoo.com.br

RELATO DE CASO

K.C.M., 24 anos de idade, G3PC1A1, idade gestacional de 38 semanas e seis dias, baseada em ultrassom tardio (3º trimestre). Foi admitida na maternidade do Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves, em 09/04/2011, com contração uterina de forte intensidade, sudorética e fâscies de dor. Ao exame físico apresentava-se consciente, pouco cooperativa, normotensa, afebril, frequência cardíaca de 112 bpm. O exame obstétrico mostrou incompatibilidade com a intensidade da dor e frequência das contrações uterinas e o colo uterino era bastante dolorido ao toque, grosso e pérvio a um dedo. Foi percebida secreção vaginal com odor fétido. Padrão fetal tranquilizador. Optou-se pela interrupção da gestação devido a iteratividade, taquissistolia uterina e padrão não tranquilizador por risco de rotura uterina. No ato cirúrgico, durante o desprendimento do recém-nascido (RN), foi observado líquido amniótico com odor fétido e de cor opaca esverdeada. Endométrio pálido, infiltrado e membranas amnióticas opacas. O RN nasceu bem e foi assistido por pediatra na sala de parto. Após o ato, iniciou-se antibioticoterapia para tratamento da endometriíte e rastreamento infeccioso do recém-nascido.

Os exames da admissão da paciente mostravam PCR de 183 mg/dL e leucocitose com desvio para a esquerda. A paciente evoluiu no primeiro dia pós-operatório sem intercorrências. Foi suspenso o antibiótico após 24 horas de curva térmica afebril.

Após o primeiro dia de pós-operatório (DPO), a paciente começou a apresentar náuseas e vômitos. Nesse momento, o RN evoluiu com quadro de pneumonia e sepse e foi encaminhado para a unidade neonatal para cuidados intensivos. O quadro da paciente começou a se agravar e as náuseas e vômitos passaram a ficar persistentes. Apenas no quarto dia de pós-operatório as queixas foram valorizadas e iniciou-se a investigação. Até o momento a paciente demonstrava preocupação com o quadro do RN e as queixas foram confundidas com sintomas depressivos. No quarto DPO o exame físico revelou distensão abdominal com irritação peritoneal, taquicardia e hipotensão. Foi solicitada tomografia computadorizada de abdome e pelve, que evidenciou presença de líquido livre na pelve, pneumoperitônio e aumento do volume uterino.

Nesse momento foi encaminhada para laparotomia exploradora. Foi identificada grande quantidade de secreção purulenta em toda a cavidade abdominal e placas de pus na extensão das alças intestinais. Observou-se perfuração de alça na porção do íleo terminal com diâmetro menor que 1 cm. Realizadas ileostomia e lavagem da cavidade abdominal. Ausência de deiscência de histerorráfia.

A paciente foi encaminhada para cuidados intensivos no pós-operatório imediato, apresentou boa evolução e recebeu alta após uma semana. O RN permaneceu em cuidados intensivos devido à sepse neonatal e recebeu alta após 15 dias, com boa evolução.

DISCUSSÃO

As principais complicações maternas da CA incluem atonia uterina, bacteremia, choque séptico, coagulopatia, necessidade de cesariana e aumento de complicações relacionadas a esse procedimento, como: endometrite, hemorragia pós-parto, infecção de ferida operatória, abscesso pélvico e tromboembolismo. Entre as complicações neonatais, destacam-se pneumonia, meningite, sepse, disfunção cardíaca e hipertemia.^{4,5}

O caso aqui reportado mostra uma complicação clássica de corioamnionite não diagnosticada e tratada previamente. A infecção das membranas amnióticas levou à infecção generalizada da cavidade abdominal, com inflamação e perfuração da alça intestinal ocasionando sepse.

O tratamento deve ser instituído imediatamente após o diagnóstico, de forma que haja cobertura fetal antes do parto. O principal esquema de tratamento é a associação de ampicilina 2 g endovenosa (EV) de 6/6 horas com gentamicina 2 mg/kg EV em dose de ataque seguido de 1,5 mg/kg EV de 8/8 horas. Se alergia à ampicilina, pode-se utilizar clindamicina 600 mg EV de 8/8 horas. Em caso de parto vaginal não há consenso sobre a suspensão do tratamento após o parto ou aplicação de dose adicional. Em caso de cesariana, adiciona-se ao esquema básico clindamicina 900 mg EV ou metronidazol 500 mg EV de 8/8 horas, visando à profilaxia de endometrite. Essa medicação deve ser mantida até que a paciente permaneça afebril por 24 a 48 horas.⁶⁻¹⁰

CONCLUSÃO

A CA apresenta manifestações clínicas inespecíficas, muitas vezes tardias, de difícil diagnóstico e a abordagem inadequada pode gerar complicações maternas e fetais graves. A endometriometrite como complicação da CA pode levar a quadros de abdome agudo no pós-parto, principalmente quando o parto é cirúrgico e o diagnóstico não for previamente estabelecido nem iniciado o tratamento. A prevenção constitui importante medida e baseia-se em adequada assistência pré-natal. No Brasil, a existência considerável de uma população de baixo nível socioeconômico somado à precariedade da assistência pré-natal faz com que esses fatores, juntos, contribuam de forma relevante para a ocorrência de CA.

REFERÊNCIAS

- Menon R, Taylor RN, Fortunato SJ. Chorioamnionitis; a complex pathophysiologic syndrome. *Placenta*. 2010; 31:113-20.
- Tita ATN, Andrews WW. Diagnosis and management of clinical chorioamnionitis. *Clin Perinatol*. 2010 Jun; 37(2):339-54.
- Rezende J. Rotura prematura de membranas. In: Rezende J, Rezende Filho J, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 283-7.
- Fahey JO. Clinical management of intra-amniotic infection and chorioamnionitis: a review of the literature. *J Midwifery Womens Health*. 2008 May/June; 53(3):227-35.
- Tita ATN, Ramin SM, Barss VA. Intraamniotic infection [Cited 2001 Jan 10]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/intraamniotic-infection-chorioamnionitis>.
- Uchimura NS, Grandi DB, Yamashita YK, Uchimura TT. Corioamnionite: prevalência, fatores de risco e mortalidade neonatal. *Acta Sci Health Sci*. 2007 Ago; 29(2):159-64.
- Romero R, Sirtori M, Oyarzun E, *et al*. Infection and labor. V. Prevalence, microbiology, and clinical significance of intraamniotic infection in women with preterm labor and intact membranes. *Am J Obstet Gynecol*. 1989; 161:817-24.
- Polzin WJ, Brady K. Mechanical factors in the etiology of premature rupture of the membranes. *Clin Obstet Gynecol*. 1991; 34:702-14.
- Monteiro RM, Alencar Júnior CA, Oliveira FC, *et al*. Infecção assintomática do líquido amniótico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002 Mar; 24 (3):175-9.
- Edwards RK, Duff P. Single additional dose postpartum therapy for women with chorioamnionitis. *Obstet Gynecol*. 2003 Nov; 102(5 Pt 1):957-61.