

Abdome agudo ginecológico

Raphael Garcia Moreno Leão

Abdome agudo ginecológico

1- Hemorrágico:

- G. Ectópica Rota
- Cisto Hemorrágico Roto
- Endometrioma roto

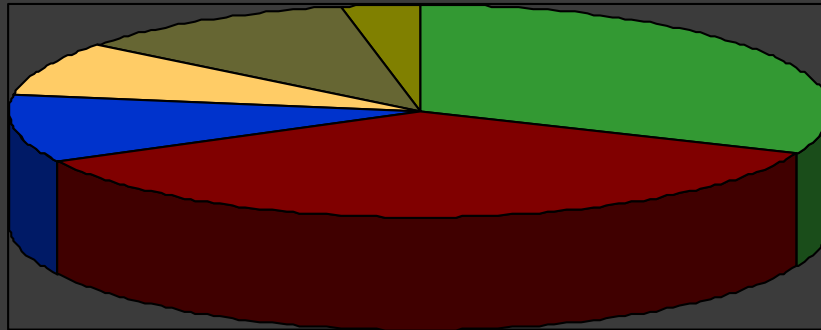
2- Inflamatório:

- Abcesso tubo-ovariano

3- Isquêmico:

- Torção de Ovário e/ou Tuba
- Degeneração de mioma

Abdome agudo ginecológico



- Cisto Hemorrágico
- G. Ectópica
- Abcesso tubo-ovariano
- Endometrioma
- outros
- Torção Ovariana

Gestação ectópica

➤ Fatores de risco

- gestação ectópica prévia
- cirurgia tubária prévia
- infertilidade
- DIP
- endometriose
- usuária de DIU
- anticoncepção de emergência
- tabagismo

Gestação ectópica

➤ Quadro clínico

Atraso menstrual + sangramento vaginal + dor súbita

Hipotensão => choque hemorrágico

Sinais de anemia aguda

EF inespecífico

- Dor no ombro (Sinal de Lafond)
- Grito de Douglas (Sinal de Proust)
- **ASSINTOMÁTICA**

Gestação ectópica

➤ Exames:

- β -hCG
- USTV => Massa anexial + líquido livre + corpo lúteo + cavidade uterina vazia

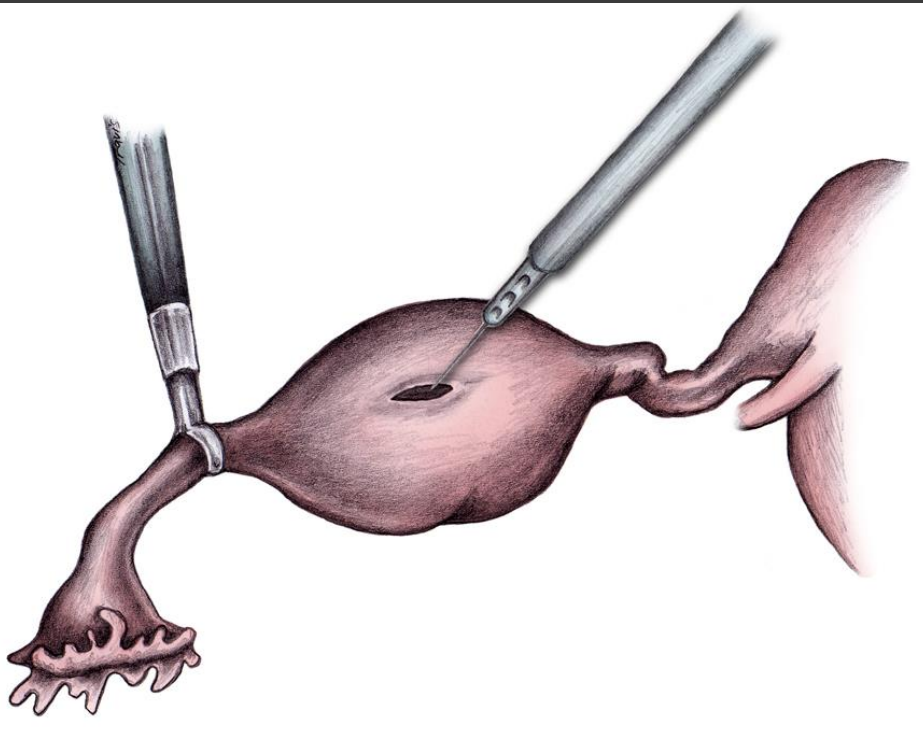
Gestação ectópica

- Laparoscopia
 - Evitar manipulador uterino
 - Salpingostomia
 - Salpingectomia

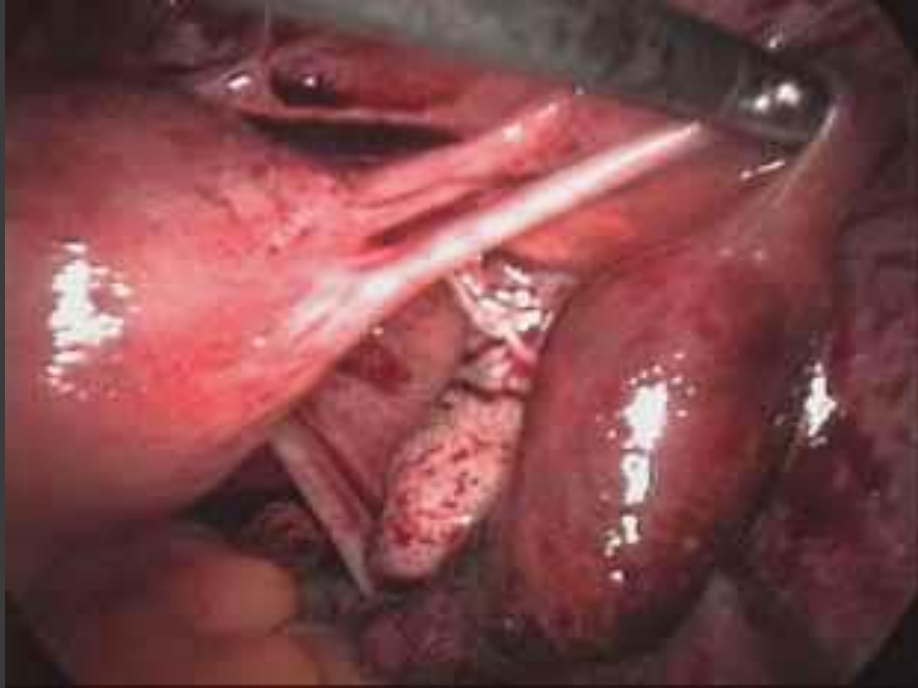
**CONTRA INDICAÇÃO – INSTABILIDADE
HEMODINÂMICA**

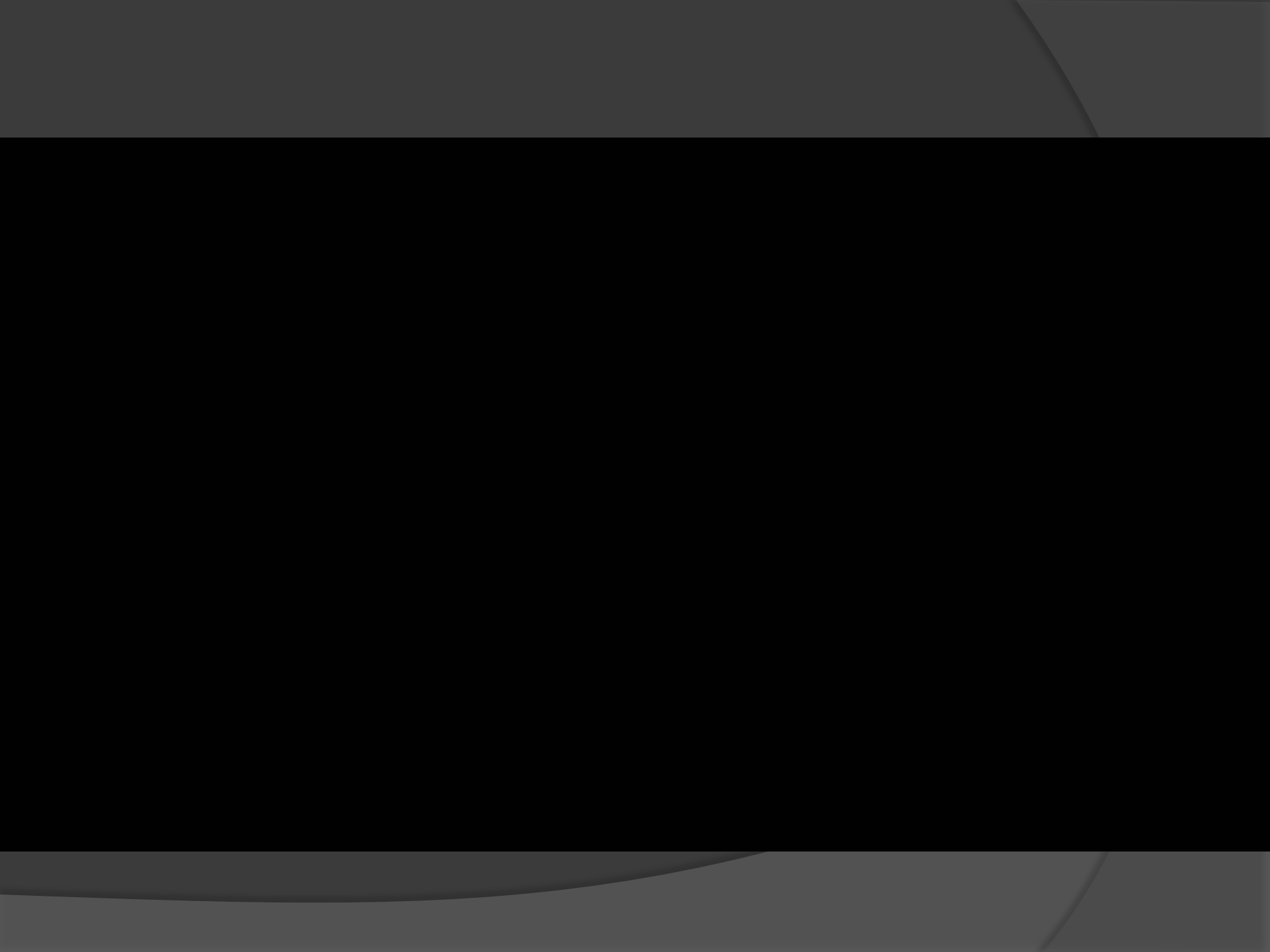
Tratamento cirúrgico

- **Salpingostomia** – preservação da fertilidade
 - persistência de tecido trofoblástico



- controle de BHCG pós-
- recidiva em 15%
- estudos não conclusivos





Cisto hemorrágico

Folicular

Corpo Lúteo (+ comum)

Teca luteínica - gestação

Cisto hemorrágico

Quadro Clínico inespecífico

Assintomática

Dor leve

Dor pélvica abrupta ou não

Após relação sexual

Pode ser acompanhada de tenesmo

Sinais de hipovolemia=> choque

Massa pélvica

Cisto hemorrágico

Exames:


- β -hCG
- USTV
- Hemograma

Cisto hemorrágico

Maioria não cirúrgico
INTERNAR

Laparoscopia

- Cauterização
- Exérese do cisto
- Ooforectomia ???

 Na gestação, antes de 12 semanas, deve-se realizar complementação com progesterona

Cisto hemorrágico

Tratamento cirúrgico

- Sangramento Ativo
- Peritonite Intensa não responsiva a medicamentos





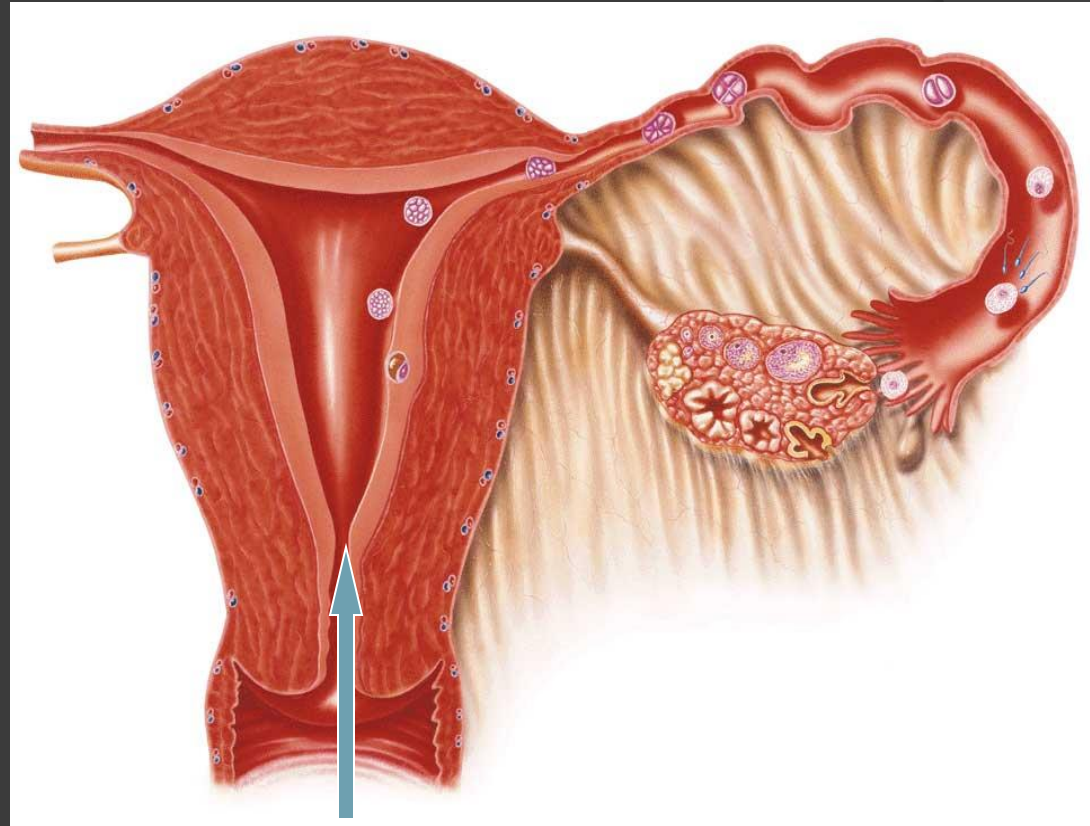
Cisto hemorrágico

Hélio Sato

Doença inflamatória pélvica

Fisiopatologia

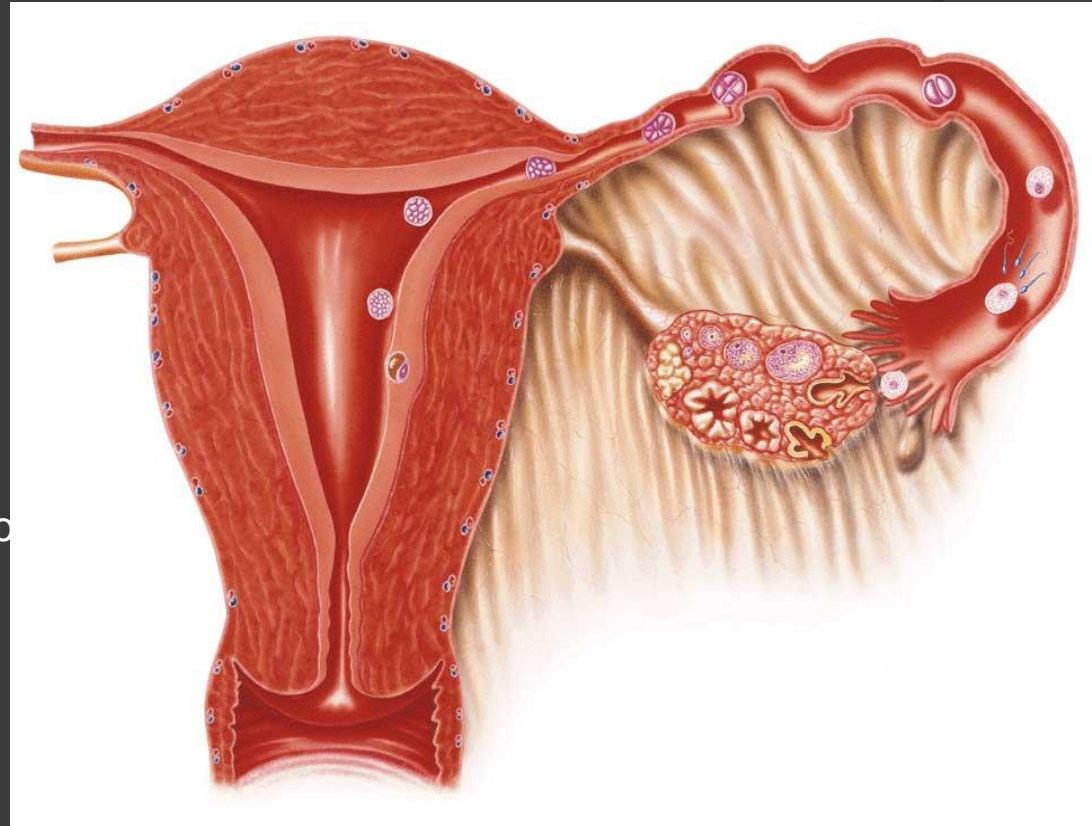
- Agentes etiológicos
 - Primários
 - *Neisseria gonorrhoeae*
 - *Chlamydia trachomatis*
 - Micoplasmas
 - Secundários
 - Anaeróbios
 - Aeróbios
 - Bacilos Gram (-)



Espermatozoides
Via planimétrica

Doença inflamatória pélvica

- Métodos anticoncepcionais
 - Barreira 😊
 - Hormonal 😊
 - DIU ⚡ *Actinomyces israelii*
- Epidemiologia
 - Comportamento sexual de risco
- Polimicrobiana



Doença inflamatória pélvica

⌘ Fatores de Risco:

- Idade < 25 anos
- Múltiplos parceiros
- Infecções vaginais
- Duchas Vaginais
- Tabagismo
- DIU

Doença inflamatória pélvica

➤ Sequelas:

Risco de G. Ectópica

Obstrução tubária (infertilidade)

Aderências e dor pélvica crônica

Peri-hepatite (S. de Fitz-Hugh-Curtis)

Doença inflamatória pélvica

Métodos diagnósticos, CDC – Atlanta 2002

- ⦿ Critérios mínimos
 - Mulher sexualmente ativa
 - Dor hipogástrica aguda que piora com a palpação uterina ou anexial
 - Mobilização dolorosa do colo uterino
 - Ausência de outras possibilidades diagnósticas
- ⦿ Critérios adicionais
 - Temperatura acima de 38,3° C
 - Corrimento vaginal ou cervical mucopurulento
 - Presença de leucócitos na secreção vaginal
 - Velocidade de hemossedimentação ou Proteína-C reativa elevada
 - Confirmação laboratorial de *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*

Doença inflamatória pélvica

Métodos diagnósticos, CDC – Atlanta 2002

- ⦿ Critérios específicos
 - Biópsia endometrial com evidências histopatológicas de endometrite
 - Imagem ultra-sonográfica transvaginal ou de ressonância magnética revelando espessamento tubária com conteúdo líquido ou presença de imagem anexial complexa
 - Achados laparoscópicos consistente de DIP (Padrão ouro)

Doença inflamatória pélvica

Tratamento

- Ambulatorial - oral
- Hospitalar – parenteral
 - **Quando outra moléstia cirúrgica não pode ser excluída**
 - **Paciente sem condições de seguimento após três dias do início da terapia**
 - **Suspeita ou confirmação de abscesso tubo-ovariano**
 - **Estado geral muito comprometido ou febre muito alta**
 - **Náuseas e vômitos incoercíveis**
 - **Resposta inadequada frente à terapia via oral**
 - **Intolerância à medicação oral**
- Completar 14 dias de tratamento

Doença inflamatória pélvica

Esquemas de tratamento parenteral

Esquema 1

- Cefoxitina 2g 6/6 horas
- Doxaciclina 100mg VO ou EV 12/12 horas

Esquema 2

- Clindamicina 900mg EV 8/8 horas
- Gentamicina dose de ataque IM ou EV de 2mg/Kg de peso e manutenção de 1,5 mg/kg peso a cada 8 horas

Esquema 2

- Ofloxacino 400mg EV, 12/12 horas ou Levofloxacino 500mg EV, 1x/dia
- Metronidazol 500mg EV, 8/8horas

Esquema 3

- Ampicilina/ Sulbactam 3g EV, 6/6 horas
- Doxiciclina 100mg VO ou EV, 12/12 horas

Doença inflamatória pélvica

Esquemas de tratamento ambulatorial

- ⦿ Esquema 1
 - Ofloxacino 400mg VO 12/12 horas por ou levofloxacino 500mg 1x/dia
 - Metronidazol 500mg 12/12 horas
- ⦿ Esquema 2
 - Ceftriaxone 250mg IM dose única ou cefoxitina 2g IM dose única ou outra cefalosporina de terceira geração
 - Doxaciclina 100mg VO 12/12 horas
 - Metronidazol 500mg VO 12/12 horas

Doença inflamatória pélvica

Indicações de laparoscopia

- Dúvida diagnóstica
- Após 3 dias do início da medicação – não ocorreu desaparecimento da febre, redução da dor abdominal e redução da dor à palpação do útero, anexos e mobilização do colo
- Tumor pélvico persistente ou que progrida em tamanho, não obstante, o tratamento medicamentoso
- Abscesso ?

Procedimentos na laparoscopia

- Esclarecimento diagnóstico
- Coleta de material para cultura com antibiograma
- Lavagem da cavidade
- Drenagem de abscessos
- Extirpação de tecidos necróticos

Doença inflamatória pélvica

Tratamento do parceiro

- Até 60 dias retroativos do diagnóstico
- Esquemas que englobem *N. gonorrhoeae* e *C. Trachomatis*
- Ciprofloxacina 500 mg + Azitromicina 1g em dose única

Torção anexial

☞ Fator predisponente indispensável:

➤ Afecções que levam a um aumento do volume ovariano (Cisto dermóide)

Torção anexial

Quadro Clínico:

- História de movimento desencadeante
- Dor abrupta em FID ou FIE
- Grande intensidade do tipo facada
- Náuseas e vômitos
- Mais frequente à direita

Torção anexial

Exame físico :

- Abdome rígido
- Toque: massa anexial dolorosa (não é obrigatório)

Torção anexial

Diagnóstico:

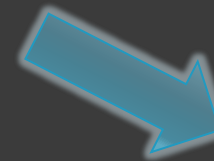
- Quadro clínico típico
- USG > aumento anexial
- Doppler ?
- Laparoscopia

Torção Anexial

Cirurgia Conservadora

Riscos

Benefícios

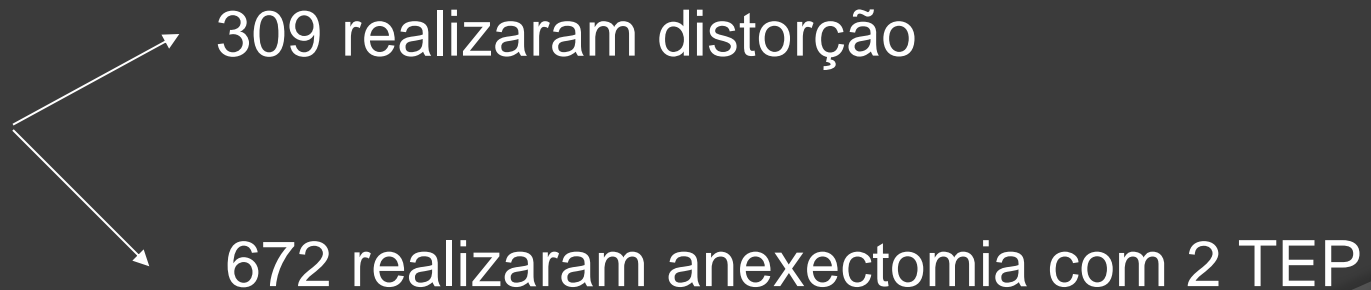


Torção Anexial

Tratamento Conservador Risco trombo-embólico

Revisão: 981 casos de torção anexial

☞ 0,2 % complicações tromboembólicas



Torção Anexial

Tratamento Conservador

Preservação do potencial reprodutivo de
pacientes jovens

Torção Anexial

Tratamento Conservador

➤ 102 casos de torção anexial - tratamento conservador
Tempo sintoma inicial até cirurgia: 2 a 144hs.

➤ **Ovários funcionantes no seguimento: 91 %**

- Ultra-som (folículos)
- Novas cirurgias
- FIV

Torção Anexial

Tratamento Conservador

Table IV. Detorsion of twisted adnexa and subsequent ovarian function: review of literature

Study	No. of patients	Laparoscopy	Laparotomy	Subsequent functioning ovaries, n (%)
Mage <i>et al.</i> (1989)	27	22	5	16/17 (94)
Levy <i>et al.</i> (1995)	3	3	–	3/3 (100)
Shalev <i>et al.</i> (1995)	58	58	–	49/52 (94)
Pansky <i>et al.</i> (2000)	8	8	–	7/8 (88)
Present study	102	67	35	85/92 (91)
Total	198	158	40	160/172 (93)

The articles listed are those in which adnexal sparing operations were performed, and in which follow-up data are available.

Torção anexial direita



Abdome agudo ginecológico

- MIOMATOSE UTERINA

- ENDOMETRIOSE

Abdome agudo ginecológico

DIFICULDADES

- Dor visceral
- Causas não ginecológicas
- Laparoscopia
- USG
- TOMOGRAFIA NÃO
- Relação médico paciente
- Divisão de responsabilidade

Abdome agudo ginecológico

- LAPAROSCOPIA
- CULDOCENTESE?
- PRESERVAR O OVÁRIO
- BETA HCG
- DIPA

Obrigado

raphaelleao@gmail.com