



curso continuado de
**CIRURGIA GERAL DO
CAPÍTULO DE SÃO PAULO**
COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES

programação 2014

ABDOME AGUDO NA GRAVIDEZ

Waldemar Prandi Filho

NÁUSEAS

VÔMITOS

DOR ABDOMINAL

LEUCOCITOSE



ABDOME AGUDO NA GRAVIDEZ

- **Raro 1/500**
- **Diagnóstico Difícil:**
 - Sinais e Sintomas Fisiológicos**
 - Alterações Anatômicas e Fisiológicas.**

Alterações Anatômicas

Útero gravídico

12^a semana

Torna-se intra-abdominal

20^a semana

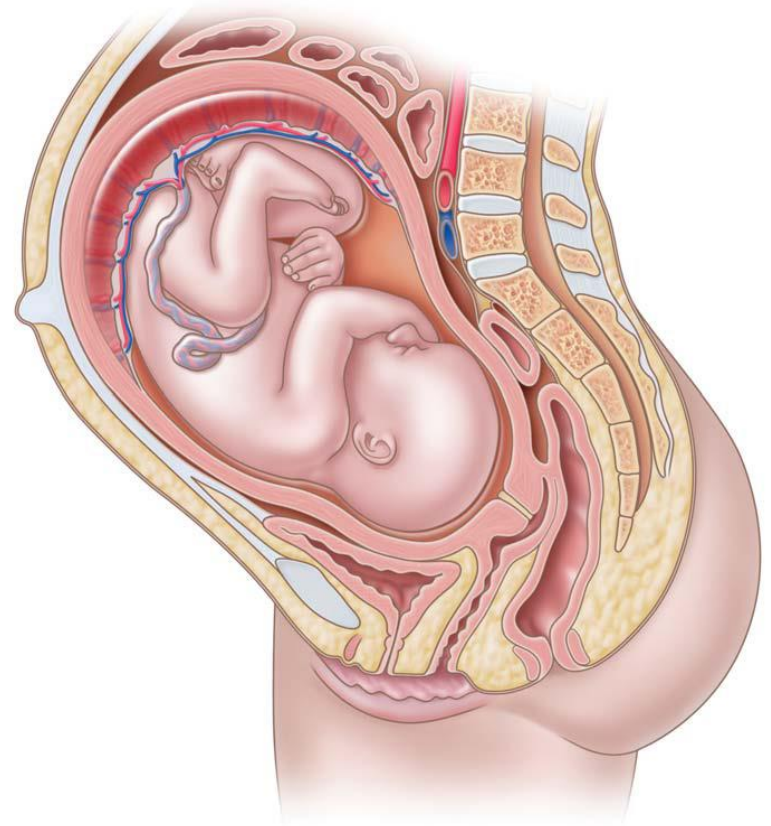
Cicatriz umbilical

34 – 36 semanas

Rebordo costal

38 – 40 semanas

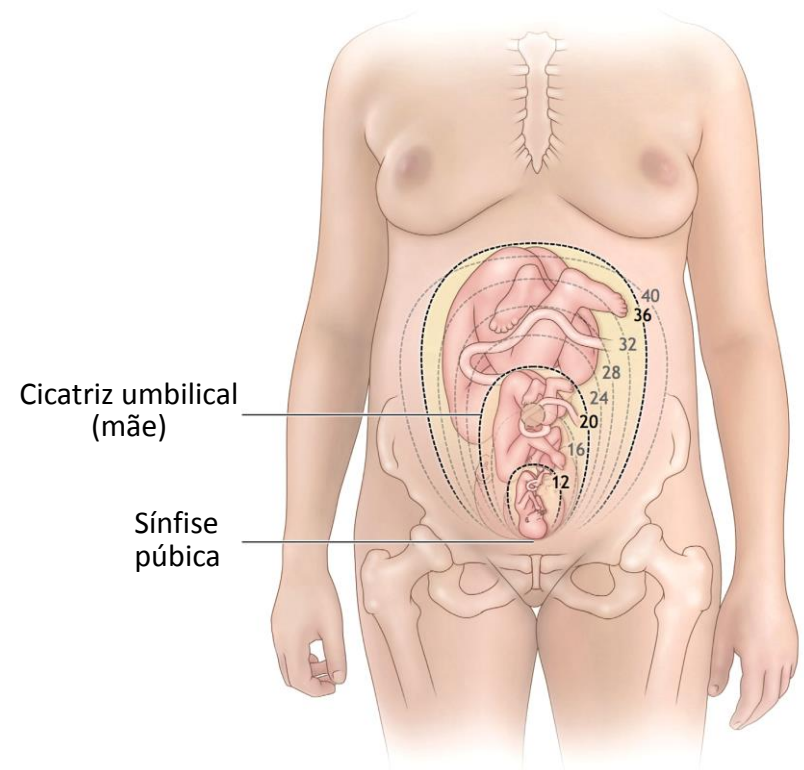
A cabeça encaixa-se na bacia



Alterações Anatômicas

Terceiro Trimestre

- Útero de parede fina
- Deslocamento das vísceras abdominais maternas
- Compressão da cava inferior



Alterações Fisiológicas



Aumenta

- Ventilação minuto
- Frequência e débito cardíaco
- Volume sanguíneo
- Ritmo de filtração glomerular
- Tempo de esvaziamento gástrico



Diminui

- $p\text{CO}_2$
- Hematócrito

Distorções no Diagnóstico

- **Leucograma**

1^o e 2^o Trimestre

Leucócitos 6.000 a 16.000

3^o Trimestre/ Trabalho de Parto

Leucócitos 20.000 a 30.000

- **Exames Radiológicos**

Relutância em realizar

Potencial risco de Teratogênese

Implicações Legais

Exames de Imagem

- **US**
1ª escolha
Prejudicado no 3º Trimestre
- **RNM**
↓ Radiação Ionizante
Segura para o feto (exceto no 1º Trimestre)
- **TC**
Casos dúbios após us
Indicações precisas
Considerar idade gestacional



Exames de Imagem

Indicação Materna:

Benefício Materno se sobrepõe ao risco fetal.

Cuidados

- **Manter:**
 - Oxigenação
 - Ventilação
 - Perfusão Periférica
- **Antibióticos uso criterioso**
- **Cirurgia Monitorar:**
 - PA, FC, ECG, SAT O₂ , CO₂ , FCf , AU.
 - Após 24ª Semana - Compressão Aortocava**

Cuidados

- **Laparoscopia X Cirurgia Aberta**
- **2º Trimestre**
- **CPRE**
 - 7% Complicações = não grávidas**

Principais Etiologias de AA na G

Causas Obstétricas

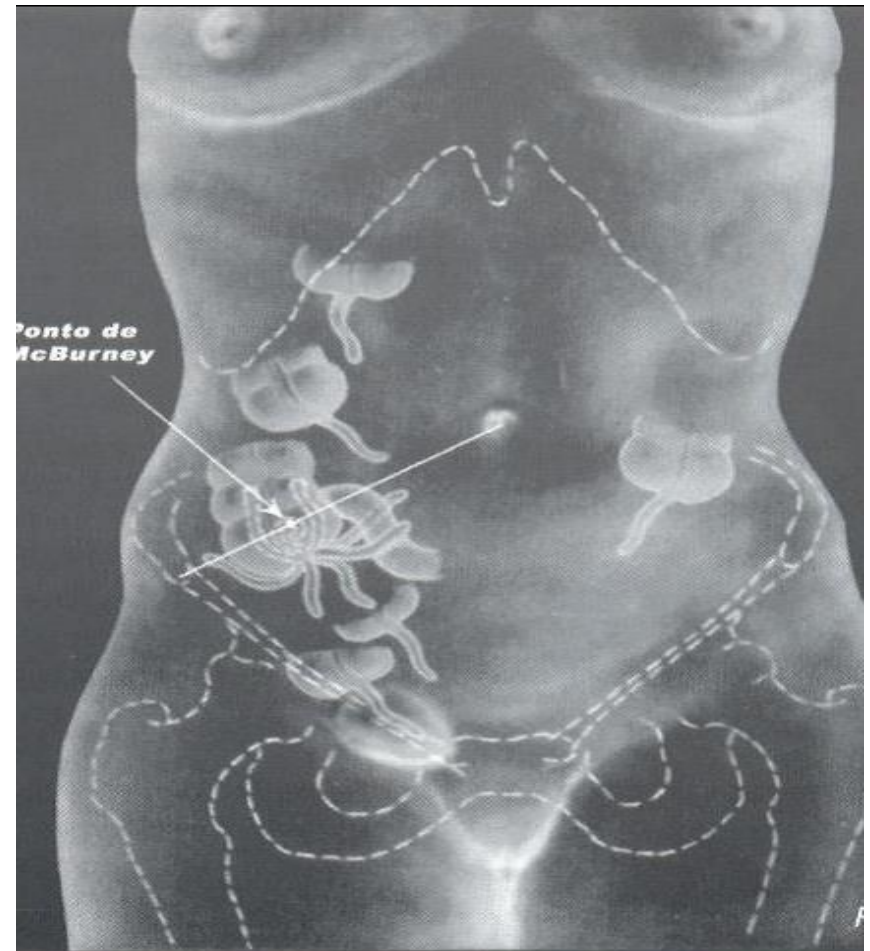
Gravidez Ectópica
Torção Tubária
Torção de Anexos
Placenta Percreta

Causas Não Obstétricas

Apendicite
Colecistite
Obstrução Intestinal
Pancreatite
Cálculo Urinário
Gastroenterite
Pielonefrite
Necrose Mesentérica Isquêmica
Doença Ulcerosa Péptica
Divertículo de Meckel Sintomático

Apendicite Aguda

- 25% das indicações Cirúrgicas Não Obst.
- 2º T > Frequência – 40%
- Deslocamento cefálico do apêndice



AA Diagnóstico

- **1º T sinais habituais**
- **Mais comum Dor no QID em todos os T**
- **DB e Resist. De Parede , não são específicos de apendicite na grávida e podem estar ausentes**
- **Anorexia e vômitos pouco específicos**
- **Não Retardar Diagnóstico e Tratamento**

AA Diagnóstico e Tratamento

A Mortalidade da Apendicite Aguda complicando a gravidez é a mortalidade da demora.

BABLER,EA - *JAMA*, 1908; 51:1310-3

	Apêndice íntegro	Apêndice Roto
Perda Fetal	3 a 5%	20%

AA Diagnóstico e Tratamento

- US 1ª escolha
- Acurácia Declina após 35 semanas
- Conduta Terapêutica = Não Grávida
- Cirurgia por Laparoscopia ou Aberta



Colecistite Aguda / Colelitíase

- Frequência 1:1.600 a 1: 10.000
- Gravidez = “Estado Litogênico”
Progesterona e Estrógenos
- 3 a 4% Calculose Assintomática

CA Diagnóstico

- Sintomas = Não Grávida
Cólica Biliar, náuseas,
vômitos, dor no QSD
- Fosfatase Alcalina
aumentada em $\frac{1}{3}$ das
Gestantes normais
- US exame de escolha



CA Tratamento

- Nem sempre intervir de imediato
- Tratamento Conservador
 - Antibióticos, Hidratação, SNG, Antieméticos e Analgésicos
- Se possível Postergar T C do 1º T para o 2º T e do 3º T para o Pós-Parto

CA Tratamento

Colecistite Aguda
Cólica Biliar repetitiva
Colelitíase Obstrutiva



Colecistectomia

Obstrução Intestinal

- Frequência : 1:1.500 a 1:16.000
- Brida em 60 a 70%
 - 1ª Gestação
 - 3º Trimestre
- Volvo em 25%
- Outras Causas Raro

OI Diagnóstico

- Cólicas, Náuseas, Vômitos e Obstipação
- Distensão Abdominal e RHA exacerbados
Raro na Gravidez
- Obstrução Alta: Vômitos Freq. e Biliosos
- Obstrução Baixa: Vômitos Tardios e Fecalóides

OI Diagnóstico

- Rx de Abdome
Mandatório
- Dose de Radiação Fetal
0,245 rads Rx abdome
- Mortalidade Materna
decorre de Atraso no
Diagnóstico.



OI Tratamento

- Tratamento Conservador Inicialmente
 - Descompressão Gástrica
 - Reposição Hidro-Eletrolítica
- **Laparotomia Imediata** se:
 - Febre
 - Distensão Abdominal
 - Taquicardia
 - Leucocitose Progressiva

Pancreatite Aguda

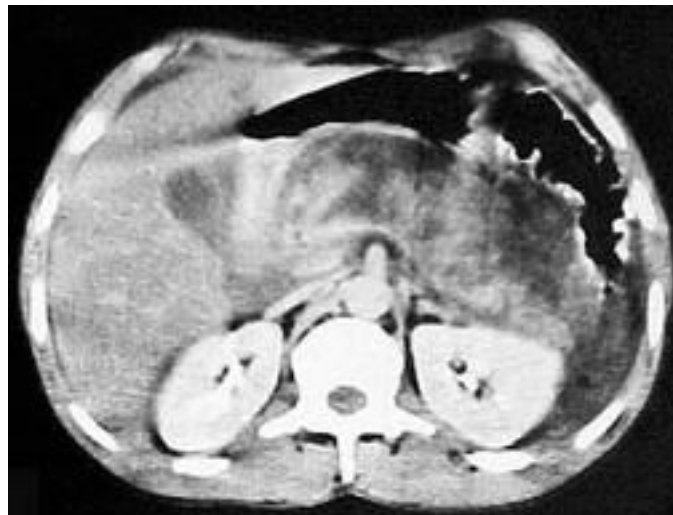
- 1:1.000 a 10.000
- Final de 3º Trimestre e Puerpério
- Biliar
 - Álcool
 - Medicamentosa (diuréticos, anti-hipertensivos, antibióticos)
 - Trauma Abdominal
 - Úlcera Péptica
 - Infecções Virais
- Perda Fetal 10 a 20%

P A Diagnóstico

- Sintomas = Não Grávida
- Lipase vs Amilase
- Nível Sérico Amilase Não Reflete Grau de Necrose nem Gravidade

P A Diagnóstico

- US Abdominal Mandatório
- Tomografia Computadorizada → Prognóstico
 - Avalia Extensão da Necrose
 - Coleções Peripancreáticas



P A Tratamento

- Clínico

 - Jejum

 - SNG

 - Reposição hidroeletrolítica

 - Analgesia (meperidina)

 - Antibioticoterapia (graves)

 - (Imipenen ou Ciprofloxacino + Metronidazol)

- Cirurgia

 - Drenagem de abscessos, necrosectomia

- CPRE

RESUMO

- Diagnóstico Dificultado por :
Alterações Anatômicas e Fisiológicas
- Predomina Causa Materna
- Complicações Relacionadas com Progressão da Doença e Não com o Tratamento Cirúrgico

RESUMO

- Não Retardar Diagnóstico e Conduta
- Equipe Multidisciplinar
- US e RNM
- TC se Necessário
- Laparotomia / Laparoscopia