

Aborto infectado

Septic Abortion

Jose Diniz Pinto Bravo Filho

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
jdinizbravo@gmail.com

Pedro Henrique Santos Fialho

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
sfph13@hotmail.com

Gleydson dos Santos Teixeira Avelino

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
gleydsonteixeira@icloud.com

Carlos de Carvalho Gomes

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
ca.cagomes@yahoo.com

RESUMO

Paciente brasileira de 22 anos com amenorreia de 9 semanas, internada no hospital São João Batista devido a quadro de febre com calafrios e dor abdominal, com diagnóstico clínico na semana anterior de aborto completo. O aborto séptico tem evolução rápida e pode ser letal, por isso deve ser investigado em qualquer paciente no contexto de gravidez ou perda de gravidez com dor abdominal ou pélvica e febre. Além da investigação, é de extrema importância o correto e preciso tratamento do paciente no que tange à antibioticoterapia imediata e remoção do foco infeccioso. Pela gravidade apresentada e por ser uma patologia tão comum relacionada a abortamentos, se torna extremamente relevante discutir o manejo de tratamento mais adequado para os pacientes.

Palavras-chave: Aborto, Aborto séptico, Aborto infectado, Atenção obstétrica de emergência, Complicações pós-aborto, Curetagem uterina, Hemorragia vaginal, Sepsis puerperal, Tratamento antibiótico.

ABSTRACT

A 22-year-old Brazilian patient with 9-week amenorrhea, admitted to the São João Batista hospital due to fever with chills and abdominal pain, with a clinical diagnosis of complete abortion the week before. Septic abortion progresses rapidly and can be lethal, so it should be investigated in any patient in the context of pregnancy or pregnancy loss with abdominal or pelvic pain and fever. In addition to the investigation, the correct and precise treatment of the patient with regard to immediate antibiotic therapy and removal of the infectious focus is extremely important. Due to the severity presented and because it is such a common pathology related to miscarriages, it becomes extremely relevant to discuss the most appropriate treatment management for patients.

Keywords: Abortion, Antibiotic treatment, Emergency obstetric care, Infected abortion, Post-abortion complications, Puerperal sepsis, Septic abortion, Uterine curettage, Vaginal bleeding.

1 CONTEXTO

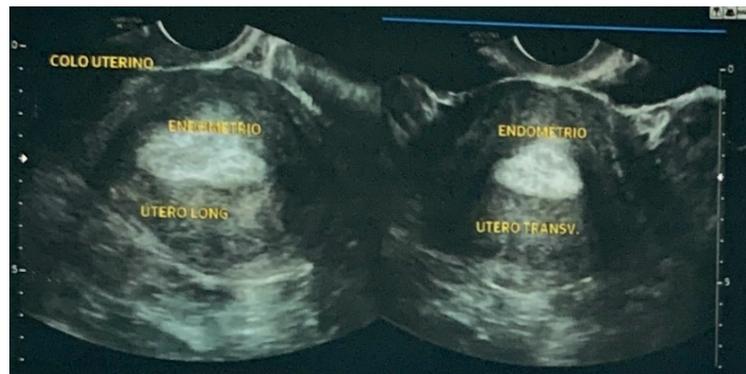
O caso apresentado é uma das possíveis complicações da gravidez, sendo de progressão rápida que pode ser letal. Por isso é relevante compartilhar diferentes casos e manejo. Inserir número de aprovação no CEP:

Este relato está sob escopo do “Projeto de Educação para Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda – PET – UniFOA”, registrado no CAEE sob o número 30457714.1.0000.5237.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Uma paciente brasileira de 22 anos com amenorreia de 9 semanas de acordo com a data da última menstruação. Foi internada no hospital São João Batista devido a quadro de febre com calafrios e dor abdominal. Na semana anterior teve o diagnóstico de aborto completo, conforme ultrassonografia (figura 1) que apresentava endométrio de 10 mm. A paciente era G2 P2 A1, não tinha realizado pré-natal, era tabagista, etilista e negava patologias, uso de medicações, alergias e cirurgias anteriores. Os exames laboratoriais apresentavam beta-HCG 131,8, hemoglobina de 13,6, hematócrito 39,9%, 16210 leucócitos, 3 bastonetes, 209000 plaquetas, VDRL não reagente, tipagem sanguínea O positivo e anti-HIV e anti-hepatite B sem resultado. Ao exame físico apresentava pressão arterial de 110 x 70 mmHg e febril. Ao toque vaginal apresentava colo impérvio, com esvaecimento grosso, em posição posterior.

Figura 1 - Ultrassonografia apresentando endométrio de 10mm conforme laudo.



Fonte: próprios autores.

3 TRATAMENTO

A paciente foi submetida a curetagem com necessidade de dilatação cervical que apresentou saída de pequena quantidade de material amorfo com pontos purulentos de permeio, e antibioticoterapia com clindamicina 900mg de 8 em 8 horas e gentamicina 240mg de 24 em 24 horas durante 5 dias, suporte e vigilância clínica.

4 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

A paciente evoluiu bem com alta após os 5 dias de antibioticoterapia hospitalar, indo para casa com metronidazol e ciprofloxacino por 6 dias e orientações médicas.

5 DISCUSSÃO

Aborto séptico é qualquer aborto, espontâneo ou induzido, complicado por infecção uterina, incluindo endometrite. Em gestações com menos de 20 semanas é referido como aborto séptico, já em gestações com 20 ou mais semanas com infecções intrauterinas é referido como corioamnionite. (PRAGER et al., 2022)

A incidência de aborto séptico não é totalmente conhecida, pois abrange infecção após perda espontânea da gravidez e interrupção da gravidez (medicamente e cirúrgica). Em uma revisão sistemática da interrupção de primeiro trimestre em consultório com aspiração uterina, somente 0 a 0,4 por cento dos pacientes apresentou infecções com necessidade de antibioticoterapia venosa. (WHITE; CARROLL; GROSSMAN, 2015)

A incidência de infecção após o aborto medicamentoso, foi vista numa revisão sistemática que incluiu gestações de até 26 semanas relatou uma taxa de infecção de 0,92 % após o aborto medicamentoso. (SHANNON et al., 2004)

Em uma revisão sistemática de 43 estudos avaliando pacientes hospitalizadas com complicações ao aborto em áreas onde a maioria dos abortos é insegura (14 países na África, 6 países na Ásia e 4 países na América Latina) a prevalência média de infecção grave após o aborto inseguro foi de 5,1 % e de infecção não grave ou não especificada foi de 24 %. (ADLER et al., 2012)

A maioria das infecções surge da flora vaginal e inclui patógenos anaeróbicos. Os mais comuns são enterobacteriaceae, estreptococos, estafilococos, enterococos e infecções por estreptococos do grupo A. (PRAGER et al., 2022)

Por ter progressão rápida e ser letal, o aborto séptico, deve ser investigado em qualquer paciente no contexto de perda de gravidez com dor abdominal ou pélvica e febre. Algumas pacientes podem não saber que estão grávida ou não desejam relatar uma gravidez ou a prática de um aborto inseguro. Por isso avaliação deve incluir informação sobre a última menstruação, avaliação laboratorial e ultrassonografia. (PRAGER et al., 2022)

O manejo da paciente inclui antibioticoterapia intravenosa imediata, restauração da perfusão e remoção do foco infeccioso com evacuação cirúrgica do útero. Diante de paciente instável hemodinamicamente, este manejo é feito o mais rápido possível e de forma simultânea com necessidade de ressuscitação de emergência em ambiente de terapia intensiva ou cirúrgico. (PRAGER et al., 2022)

A antibioticoterapia empírica sugerida para a maioria das pacientes é com piperacilina-tazobactam 4,5 g intravenosa a cada oito horas, pois a cobertura de amplo espectro se mostra mais segura na ausência de identificação do agente, por conta das altas taxas de resistência de enterobacteriaceae à ampicilina em muitos locais. (PRAGER et al., 2022)

Outros esquemas de antibioticoterapia intravenosa também podem ser utilizados como imipenem 500mg IV a cada seis horas, gentamicina 5 mg/Kg/ dia IV associada com ampicilina 2 g IV a cada quatro horas e com clindamicina 900 mg IV a cada oito horas ou substituir a clindamicina por metronidazol 500 mg IV a cada oito horas, levofloxacina 500 mg IV diariamente associada ao metronidazol 500 mg IV a cada oito horas ou ticarcilina-clavulanato 3,1 g IV a cada quatro horas. (ESCHENBACH, 2015)

A duração da antibioticoterapia varia para cada paciente. Os critérios mínimos para interromper o uso intravenoso são a significativa melhora clínica e de lesões em órgãos alvo, além de total controle do

foco infeccioso. Assim, mudando a para medicação oral para completar 10 a 14 dias de tratamento. (PEK; HEIL; WILSON, 2022)

Assim, o esquema de antibioticoterapia via oral mais utilizado é com doxiciclina 100 mg VO 2 vezes por dia e metronidazol 500 mg via oral 2 vezes por dia. (WOEKOWSKI, 2015)

6 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1. O diagnóstico de aborto infectado é:

- a) Clínico
- b) Cirúrgico
- c) Radiológico
- d) Laboratorial

Resposta: A

2. Qual o tipo de aborto mais associado com abortamento inseguro ou tentativa de aborto?

- a) Aborto infectado
- b) Aborto retido
- c) Ameaça de aborto
- d) Aborto inevitável

Resposta: A

3. Qual o antibiótico empírico sugerido para a maioria das pacientes com aborto infectado? Informe a posologia.

Resposta: Piperacilina-tazobactam 4,5 g intravenosa a cada oito horas por 10 a 14 dias a depender da evolução do quadro.

REFERÊNCIAS

ADLER, Alma J.; FILIPPI, Veronique; THOMAS, Sara L.; et al. Quantifying the global burden of morbidity due to unsafe abortion: magnitude in hospital-based studies and methodological issues. **International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 118 Suppl 2, p. S65-77, 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22920625/>>. Acesso em: 2 dez. 2022.

ESCHENBACH, David A. Treating spontaneous and induced septic abortions. **Obstetrics and gynecology**, v. 125, n. 5, p. 1042–1048, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25932831/>>. Acesso em: 2 dez. 2022.

PEK, Zachary; HEIL, Emily; WILSON, Eleanor. Getting with the times: A review of peripartum infections and proposed modernized treatment regimens. **Open forum infectious diseases**, v. 9, n. 9, p. ofac460, 2022. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36168554/>>. Acesso em: 2 dez. 2022.

SARAH PRAGER, MD, MASELIZABETH MICKS, MD, MPH, VANESSA K DALTON, MD, MPH. Septic abortion: Clinical presentation and management. **UpToDate**. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/septic-abortion-clinical-presentation-and-management?search=septic%20abortion&source=search_result&selectedTitle=1~34&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 2 dez. 2022.

SHANNON, Caitlin; BROTHERS, L. Perry; PHILIP, Neena M.; et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. **Contraception**, v. 70, n. 3, p. 183–190, 2004. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15325886/>>. Acesso em: 2 dez. 2022.

WHITE, Kari; CARROLL, Erin; GROSSMAN, Daniel. Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. **Contraception**, v. 92, n. 5, p. 422–438, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26238336/>>. Acesso em: 2 dez. 2022.

WORKOWSKI, Kimberly A. Centers for disease control and prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines. **Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America**, v. 61 Suppl 8, n. suppl 8, p. S759-62, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26602614/>>. Acesso em: 2 dez. 2022.