



Aborto séptico: um relato de caso

José Diniz Pinto Bravo Filho¹; Pedro Henrique Santos Fialho¹; Gleydson dos Santos Teixeira Avelino¹; Eduardo Fernandes Portes¹; Débora Simas Portes¹; Bruno Rocha Silva Setta¹; Carlos de Carvalho Gomes¹

1 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.

jdinizbravo@gmail.com

[0000-0003-1114-2656](tel:0000-0003-1114-2656)

[0000-0003-2560-273X](tel:0000-0003-2560-273X)

[0000-0003-3500-3618](tel:0000-0003-3500-3618)

[0000-0002-8445-0345](tel:0000-0002-8445-0345)

[0000-0002-0757-5646](tel:0000-0002-0757-5646)

[0000-0001-8932-9395](tel:0000-0001-8932-9395)

[0000-0002-7257-4850](tel:0000-0002-7257-4850)

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 Séptico. Relatos de Casos.



INTRODUÇÃO

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 gestantes de até 26 semanas de gestação e relatou uma taxa de infecção de 0,92 por cento após o aborto medicamentoso. (SHANNON et al., 2004)

Em uma revisão sistemática de 43 estudos avaliando pacientes hospitalizadas com complicações de 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 por cento e de infecção não grave ou não especificada foi de 24 por cento. (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)

Devido a sua rápida progressão e letalidade, o aborto séptico, deve ser investigado em qualquer paciente no contexto de gravidez ou perda de gravidez com dor abdominal ou pélvica e febre. E algumas pacientes podem não saber que estão grávidas ou não desejam relatar uma gravidez, ou a prática de um aborto inseguro. Por isso a avaliação deve incluir informações 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 uma 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 500 mg IV a cada seis horas, gentamicina 5 mg/Kg/ dia IV associada com ampicilina 2 g IV a cada quatro horas 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 das lesões em órgãos alvo, além de total controle do foco infeccioso. Assim, ao findar, o tratamento evolui para medicação oral para completar 10 a 14 dias de tratamento. (PEK; HEIL; WILSON, 2022) Nesse sentido, 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)

O presente relato de caso tem como objetivo expor uma abordagem terapêutica de uma complicação letal e de progressão rápida da gravidez. Nesse viés, diferentes casos e abordagens médicas possuem relevância para serem utilizados no auxílio de condutas de outros médicos perante casos similares ou na formulação de futuros protocolos de manejo de aborto séptico.

METODOLOGIA

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. O embasamento teórico deste relato de caso foi feito a partir do banco de dados do “Pubmed”, utilizando-se como palavras-chaves “Abortion” e

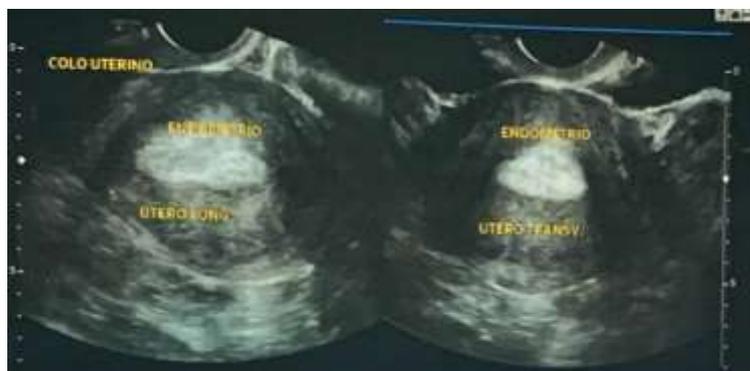


“Septic”. Dessa forma, a partir da revisão de literatura deste banco de dados foram levantados dados sobre a epidemiologia, etiologia e tratamento de casos de aborto séptico. Já o relato de caso foi feito a partir da coleta de dados do prontuário e da entrevista com a paciente. Ambos previamente autorizados para uso de imagem do exame de ultrassonografia, assim como, pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para coleta do caso relatado.

RELATO DE 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 G2P2A1, não tinha realizado pré-natal, era tabagista, etilista e negava patologias, uso de medicações, alergias e cirurgias anteriores.

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



EXAMES

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.



CONDUTA

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. Assim, foi prescrito antibioticoterapia com clindamicina 900mg de 8 em 8 horas e gentamicina 240mg de 24 em 24 horas durante 5 dias, suporte e vigilância clínica. A paciente evoluiu com melhora dos sintomas, alta após os 5 dias de antibioticoterapia hospitalar, evoluindo para o uso de antibioticoterapia oral com o uso de metronidazol e ciprofloxacino por 6 dias além de orientações médicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É relevante levantar hipótese de aborto séptico em gestantes com história de abortamento associada com dor abdominal ou pélvica e febre. Assim, devido a letalidade dessa complicação, é de suma importância para o profissional médico saber identificar casos similares a esse, a fim de se evitar que a rápida progressão do aborto séptico leve a morte da paciente.

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.