



## Aborto séptico: um relato de caso

**José Diniz Pinto Bravo Filho<sup>1</sup>; Pedro Henrique Santos Fialho<sup>1</sup>; Gleydson dos Santos Teixeira Avelino<sup>1</sup>; Eduardo Fernandes Portes<sup>1</sup>; Débora Simas Portes<sup>1</sup>; Bruno Rocha Silva Setta<sup>1</sup>; Carlos de Carvalho Gomes<sup>1</sup>**

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

[jdinizbravo@gmail.com](mailto: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

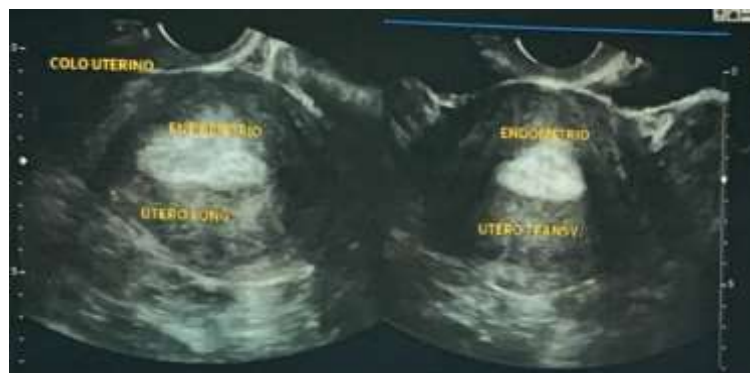


“Septic”. Dessa forma, a partir da revisão de literatura deste banco de dados foram levantados dados sobre a epidemiologia, etiologia e tratamento de casos de aborto séptico. Já o relato de caso foi feito a partir da coleta de dados do prontuário e da entrevista com a paciente. Ambos previamente autorizados 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, MPHVANESSA 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](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.