

# ABDOME AGUDO GINECOLÓGICO

*Data de aceite: 02/06/2023*

### **Valdenor Neves Feitosa Júnior**

Centro Universitário Christus - Unichristus  
(Fortaleza - CE)  
Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza  
(CE)  
<http://lattes.cnpq.br/2682429483460217>

### **Taís Vasconcelos Cidrão**

Centro Universitário Christus - Unichristus  
(Fortaleza - CE)  
<http://lattes.cnpq.br/1918527409932611>

### **Klayton Coelho de Souza Júnior**

Centro Universitário Christus - Unichristus  
(Fortaleza - CE)  
<http://lattes.cnpq.br/3676193656045339>

### **Laís Carvalho de Oliveira**

Centro Universitário Christus - Unichristus  
(Fortaleza - CE)  
<http://lattes.cnpq.br/8403334482500451>

**RESUMO:** Cerca de um terço das mulheres em idade reprodutiva terão experiência com dor pélvica não ligada ao ciclo menstrual em algum momento de sua vida. A maioria das causas de abdome agudo estão ligadas aos sistemas reprodutivo, urinário e/ou gastrointestinal. Objetiva-se com o presente estudo esclarecer as principais

definições e condutas referentes ao abdome agudo ginecológico, que por sua vez é considerado emergência, precisando, muitas vezes, de intervenção imediata. Esta revisão evidencia as principais causas ginecológicas, abordando, de uma forma geral, sinais e sintomas, exames a serem solicitados e opções de tratamento, com enfoque na conduta cirúrgica de cada uma delas.

**PALAVRAS-CHAVE:** abdome agudo ginecológico. cirurgia. ginecologia. obstetria.

## 1 | INTRODUÇÃO

O abdome agudo ginecológico é caracterizado como uma dor ou insulto abdominal, de origem no aparelho reprodutor feminino, podendo causar peritonite e até mesmo quadro de choque, fazendo com que a paciente procure assistência médica, que requer uma abordagem imediata, sendo clínica ou uma conduta potencialmente cirúrgica. Caracteriza-se por uma dor súbita (em torno de 7 dias), podendo cursar com irritação peritoneal e levar a choque

hipovolêmico (RAPOSO, 2013) (OLVEIRA, MELKI, TAVARES, 2009).

Pode-se observar que, essa síndrome constitui-se em um dos problemas considerados mais importantes na prática médica, devido à sua alta incidência e à necessidade de uma conduta terapêutica rápida e assertiva. Essa condição, de acordo com os estudos de Cândido et al, é responsável por cerca de 7% a 10% das consultas em pronto atendimentos por doenças potencialmente graves e de caráter evolutivo.

Um exemplo de afecção cirúrgica mais frequente de abdome agudo hemorrágico é a Gravidez Ectópica Rota (GER), a qual caracteriza-se pela implantação do embrião em ambiente extrauterino (MURTA, 2001). Por outro lado, a Doença Inflamatória Pélvica (DIP) apresenta-se como um abdome agudo aparentemente cirúrgico, porém o tratamento, em sua maioria, é clínico com antibioticoterapia adequada, pois trata-se de uma infecção ascendente que acomete o trato genital superior.

O perfil de paciente mais comumente acometido com GER é de mulheres jovens em idade fértil e sexualmente ativas, visto que acima de 40 anos são consideradas como fator de baixo risco (OLVEIRA, MELKI, TAVARES, 2009), por isso, a cirurgia aplicada nessas pacientes precisam ser minimamente invasiva tanto pela integridade do aparelho reprodutor quanto pela estética.

Durante o capítulo, as afecções serão divididas didaticamente em: hemorrágicas, infecciosas ou inflamatórias, vasculares ou isquêmicas e funcionais (Tabela 1). Sendo apresentadas apenas as mais comuns na prática cirúrgica.

<b>1 - Causas hemorrágicas</b>
Gravidez ectópica
Cisto ovariano hemorrágico
<b>2 - Causas vasculares ou isquêmicas</b>
Torção ovariana
<b>3 - Causas infecciosas ou inflamatórias</b>
Doença inflamatória pélvica - DIP
<b>4 - Causas funcionais</b>
Ruptura de cisto folicular

Tabela 1 - Causas de abdome agudo ginecológico

Inicialmente, será visto uma abordagem geral de um Abdome Agudo Ginecológico. Logo após, serão abordadas as principais doenças individualmente.

## 2 | QUADRO CLÍNICO E EXAME FÍSICO

A apresentação de uma paciente com abdome agudo ginecológico é bastante

variável, dependendo da causa base, o que dificulta, em certos casos, o diagnóstico adequado.

Seguindo a orientação de uma boa prática médica, a história clínica pormenorizada, associada a um exame físico bem conduzido, é de extrema importância na propedêutica desse tipo de afecção.

A história gineco-obstétrica tem papel importante para elucidação diagnóstica. Informações como uso de anticoncepcionais, metrorragia, dispareunia, ciclo menstrual, corrimento e relação sexual sem proteção são de extrema relevância (SOUZA FILHO, 2016).

O exame físico ginecológico com avaliação da cavidade vaginal e anexos, nesses tipos de patologias, é imprescindível. Tanto é que, para fechar critérios diagnósticos para DIP, a realização de tal exame é mandatória. O exame especular permite a caracterização do aspecto do colo, identificando sinais de gravidez, traumatismo ou infecções.

Ademais, precisa-se realizar ausculta pulmonar e cardíaca para excluir pneumonia de base. Estudos mostram que, em casos de taquicardia, hipotensão e elevação da temperatura há maior risco da patologia ser de origem intra-abdominal (HOFFMAN, 2016).

Epidemiologicamente, o perfil de paciente é uma mulher jovem, em idade fértil, relatando dor pélvica aguda caracterizada em hipogastro, inicialmente difusa, surda, constante ou espasmódica, evoluindo para dor localizada, unilateral e concentrada em um dermatomo específico, levando, em alguns casos, a sinais de peritonite (DOS SANTOS, 2019).

Causas hemorrágicas podem demonstrar palidez, adinamia, choque hipovolêmico e dor abdominal difusa com irritação peritoneal. Nos casos de uma Gravidez Ectópica Rota, a paciente pode apresentar além da dor abdominal, amenorréia e sangramento vaginal irregular, tendo sinal de Blumberg pela peritonite, sinal de Cullen (equimose periumbilical) e sinal de Laffon (dor no ombro/escapular pela irritação do nervo frênico). O grito de Douglas é um sinal presente durante o toque vaginal quando se comprime o fundo de saco.

Nas vasculares, a dor é o sintoma mais relevante, caracterizada como súbita e de forte intensidade, deixando a paciente muitas vezes em posição antálgica. O perfil da paciente com afecção inflamatória/infeciosa, como a DIP, segue os preceitos de um processo inflamatório intra-abdominal: dor inicialmente localizada com progressão para difusa, febre associada, hiporexia, adinamia etc. (MURTA, 2001).

### 3 | EXAMES LABORATORIAIS

Os exames laboratoriais são comuns aos que são solicitados em outras entidades de abdome agudo.

Hemograma completo para avaliar o grau de anemia em um provável cisto hemorrágico roto. O leucograma, a Proteína C Reativa (PCR) e a Velocidade de Hemossedimentação

(VHS) mostrarão como está a resposta inflamatória da paciente, pois, quando alterados, podem sugerir um quadro mais grave.

O coagulograma – Tempo de Ação de Protrombina (TAP) e Tempo Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) – ajudará principalmente na programação cirúrgica e anestésica, pois, se tais exames estiverem alterados, o bloqueio do neuroeixo com uma raquianestesia, por exemplo, estará contraindicado.

Os exames acima também servem como uma alerta de prováveis complicações durante o ato cirúrgico, sendo prudente já solicitar reserva de Concentrado de Hemácias, Plasma Fresco Congelado e Concentrado de Plaquetas, caso seja indicado.

Exames como função renal, eletrólitos, função hepática e gasometria arterial não costumam estar alterados, pois a população mais acometida é de mulher jovem em idade fértil. Contudo, em paciente que apresenta um abdome agudo em estado grave, com sinais de sepse ou choque, os exames supracitados devem ser solicitados, porém não devem atrasar a conduta cirúrgica.

O Sumário de Urina, ou Urina tipo 1, é um exame a ser considerado pelo o diagnóstico diferencial com cistite ou pielonefrite. Além disso, uma hematúria corrobora a possibilidade de nefrolitíase (HOFFMAN, 2016).

Muito importante não esquecer da necessidade de solicitar beta-hCG, marcador de atividade trofoblástica, para toda paciente em idade fértil e com abdome agudo, sendo a sua dosagem urinária ou sérica. Um beta-hCG quantitativo negativo afasta a possibilidade de gravidez ectópica, uma vez que não há, por definição, gravidez sem elevação deste exame. Níveis em torno de 1.500 mUI/mL sem queda asseguram gestação em 99% dos casos (OLVEIRA, MELKI, TAVARES, 2009).

Então, resumidamente, os exames a se solicitar para um abdome agudo ginecológico são:

Hemograma completo	<b>Beta-hCG (obrigatório)</b>	Sódio
TAP/TTPA	VHS	Potássio
Uréia	Amilase	Gasometria Arterial
Pcr	Sumário de Urina	PCR

## 4 | EXAMES DE IMAGEM

O rotina de abdome agudo com raio-x pode nos auxiliar no diagnóstico diferencial do abdome agudo ginecológico, como em casos de cálculo renal, quando radiopaco, ou um fecalito em topografia de apêndice, ou até mesmo um quadro de obstrução intestinal.

Devido à anatomofisiopatologia do abdome agudo ginecológico, o Ultrassom (US), tornou-se um método essencial na avaliação inicial desta patologia. Apesar de ser operador-dependente, é um exame barato e de fácil acesso, sendo na maioria dos casos suficiente

para o diagnóstico (DOS SANTOS, 2019).

Pode-se solicitar o US abdominal, que pode mostrar patologias abdominais, como cálculo renal e apendicite. Em seguida, um US transvaginal pode ser realizado para caracterizar melhor o útero e anexos.

Na gravidez ectópica, por exemplo, pode haver alguns achados interessantes ao US que fecham o diagnóstico, como massa anexial com líquido livre em cavidade (FEBRASGO, 2018).

Em casos de dúvida diagnóstica, mesmo após a realização da ultrassonografia, podemos realizar exames como a Tomografia Computadorizada (TC) e a Ressonância Nuclear Magnética (RNM), que são exames que podem nos dar uma visão melhor da patologia em questão, com o porém de serem caros e de difícil acesso (FEBRASGO, 2018).

## 5 | TRATAMENTO

Como citado anteriormente, o tratamento do abdome agudo ginecológico possui uma peculiaridade importante: ocorre em mulheres jovens com idade fértil e, às vezes, sem prole definida. Dessa forma, a integridade do aparelho reprodutor e a estética devem ser levadas em consideração. A cirurgia minimamente invasiva então ganha bastante espaço nessas situações (FEBRASGO, 2018).

A cirurgia laparoscópica possui o benefício de ser diagnóstica e possivelmente terapêutica ao mesmo tempo. Contudo, devemos ter uma indicação adequada, pois também é um procedimento com riscos e feito sob anestesia geral.

A conduta expectante ou conservadora também deve ser aventada. A gravidez ectópica, se não rota, possui tratamento medicamentoso, como será visto adiante. Na DIP, em suas fases iniciais, a conduta é antibioticoterapia. Rotura de cisto funcional ou torção de anexos podem ser auto-resolutivos, apenas com conduta expectante.

Em caso de dúvida diagnóstica, a videolaparoscopia pode ser indicada para elucidar o caso, sem necessitar de tratamento cirúrgico (FEBRASGO, 2018, p. 418).

Atualmente, o tratamento cirúrgico por laparoscopia é preferência. Só não se recorre a este recurso quando há instabilidade hemodinâmica, indisponibilidade do equipamento e ausência de um cirurgião habilitado na técnica videolaparoscopia (FEBRASGO, 2018, p. 418). A conversão de videolaparoscopia para videolaparotomia deve ser considerada nas seguintes situações:

- a) se a paciente se tornar hemodinamicamente instável;
- b) falha do equipamento ou instrumental laparoscópico;
- c) problemas para visualização adequada do campo cirúrgico (p.ex. falha na remoção dos coágulos).

O uso do manipulador uterino (dispositivo introduzido via vaginal) durante a laparoscopia deve ser sempre lembrado.

O cirurgião necessita ter um bom conhecimento da anatomia pélvica para realizar as várias técnicas cirúrgicas que demandam um abdome agudo ginecológico.

As possíveis cirurgias realizadas na vigência de um abdome agudo ginecológico são:

- Salpingectomia, sendo a mais comum tanto por laparoscopia, como por laparotomia (consiste na retirada da trompa acometida);
- Salpingostomia (enuclação do ovo embrionário com conservação da trompa);
- Histerectomia, em casos de intensa miomatose uterina sangrante;
- Drenagem de Hematoma ou abscesso;
- Anexectomia;
- Ooforectomia;
- Lise de Bridas;
- Apendicectomia;
- Cistectomia;
- Miomectomia.

## 6 | CAUSAS DE ABDOME AGUDO GINECOLÓGICO

### 6.1 Epidemiologia

Cerca de um terço das mulheres em idade reprodutiva apresentarão dor pélvica não ligada ao ciclo menstrual em algum momento de sua vida. A maioria das causas de abdome agudo estão ligadas aos sistemas reprodutivo, urinário ou gastrointestinal. No que diz respeito ao aparelho reprodutor feminino, as condições que comumente estão associadas a este quadro são: gravidez ectópica rota, ruptura de cisto ovariano, torção de ovário, Doença Inflamatória Pélvica (DIP) e ruptura de útero (mais raro em mulheres não grávidas (STRATTON, 2022).

É importante salientar que a hemorragia advinda da gravidez ectópica é a principal causa de mortalidade materna relacionada à gravidez no primeiro trimestre e também responsável por 4% das mortes relacionadas à gestação, apesar de métodos diagnósticos que levam à detecção e ao tratamento precoces (TULANDI, 2023).

A DIP ocorre principalmente nas mulheres jovens e nulíparas. Estima-se que, em 2020, a infecção por gonorreia alcançou 82.4 milhões de pessoas, sendo a segunda IST mais comum nos Estados Unidos, com 677,769 casos reportados (BASH, CONNELLY, 2023). A sua taxa de mortalidade é baixa, porém sua morbidade é alta, trazendo como consequências: infertilidade, aumento da chance de prenhez ectópica, dor pélvica e dispareunia (GHANEM, 2023).

Menos frequentemente, as torções parciais ou totais de órgãos ou tumores pélvicos podem ser causa de abdome agudo. Provocam quadro agudo de dor ao causarem isquemia dos mesmos; quando não se intervém o mais precocemente possível, pode haver necrose e perda total do órgão, ocasionando a morte. A torção de ovário é uma emergência cirúrgica ginecológica comum e afeta mulheres de todas as idades, inclusive neonatos, sendo a maioria, de fato, durante a idade reprodutiva (LAUFER, 2023).

## 6.2 Diagnóstico, apresentação, classificação e tratamento

### 6.2.1 Gravidez Ectópica Rota

A Prenhez Ectópica é definida quando o blastocisto não está implantado na superfície endometrial uterina. As gestações ectópicas podem acontecer desde as trompas (local mais comum), até fígado ou diafragma (locais raros) (DOS SANTOS, 2019, p. 765).

Seu diagnóstico deve ser suspeitado na vigência dessas três condições:

- Atraso menstrual
- Dor pélvica
- Sangramento transvaginal

A partir desse quadro e na possibilidade de abdome agudo ginecológico, um Ultrassom Transvaginal (USTV) deverá ser solicitado (LOPES, 2020). Este método consegue visualizar um saco gestacional intrauterino a partir de 5 semanas. Caso a idade gestacional seja desconhecida, podemos usar o valor discriminatório do Beta-hCG, que é entre 1.000 a 2.000 mIU/mL (DOS SANTOS, 2019, p. 765).

Em relação ao tratamento, há a possibilidade de conduta conservadora e clínica na gravidez ectópica utilizando metotrexato, mas esta raramente é uma opção no pronto-socorro (DOS SANTOS, 2019, p. 909).

As indicações para cirurgia são (LOPES, 2020):

- Paciente hemodinamicamente instável
- Dor abdominal intensa
- Gravidez ectópica tubária com batimentos cardíacos presentes
- Massa anexial grande e complexa
- Gravidez ectópica e um nível sérico de hCG de 5.000IU/L ou superior
- Paciente com contraindicação para metotrexato
- Gravidez ectópica recorrente na mesma tuba
- Escolha do paciente
- Danos tubários graves conhecidos

A abordagem de uma paciente com GER deve ser analisada com cuidado, sendo preferência à via laparoscópica. O cirurgião deve ter programação para o ato operatório, sendo as opções esclarecidas à paciente.

Orientações para a paciente: possibilidade de histerectomia, colostomia, internamento em UTI e conversão para laparotomia. Tais medidas extremas normalmente são tomadas no diagnóstico tardio da afecção, porém devem ser sempre levadas em consideração.

### 6.2.2 Doença Inflamatória Pélvica

A DIP é uma doença inflamatória/infecciosa que possui um largo espectro de apresentação. Desde apenas uma endometrite até uma peritonite abdominal. É definida

como um conjunto de sinais e sintomas inerentes à ascensão (ao trato genital superior) de uma infecção adquirida na comunidade, como uma IST.

É importante sabermos quais os agentes etiológicos mais comuns, pois assim podemos guiar nosso tratamento. Os mais prevalentes são a *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis* (DOS SANTOS, 2019, p. 765).

São fatores de risco: idade < 30 anos, múltiplos parceiros sexuais, parceria com IST e história prévia de IST ou DIP e uso irregular de preservativo (BRASIL, p.142):

O quadro clínico clássico que deve ser levantada a hipótese de DIP é o seguinte:

- Corrimento vaginal purulento
- Dor abdominal pélvica
- Dor à mobilização do colo uterino
- Febre e leucocitose

Vale lembrar que a DIP também pode ser assintomática em alguns casos. (DOS SANTOS, 2019, p. 765).

Devido à ascensão do processo inflamatório para o trato genital superior e cavidade abdominal, a DIP pode se apresentar de várias formas (ROSS, 2023):

- Endometrite
- Abscesso tubo-ovariano, entre alças, em fundo de saco, subdiafragmático.
- Síndrome de *Fitz-Hugh-Curtis* (exsudato purulento ou aderências na superfície hepática), também conhecida como aderências em “cordas de violino”.
- Infertilidade por fator tubário

O diagnóstico mostra-se difícil em alguns casos por causa da gama de variações na apresentação clínica. Não existe teste diagnóstico definitivo para DIP.

O Ministério da Saúde orienta que o diagnóstico seja feito da seguinte maneira (BRASIL, p.140):

- Um critério **ELABORADO**
- Três critérios **MAIORES** + um critério **MENOR**

Veja os critérios na Tabela 2 a seguir:

<b>Critérios maiores</b>
Dor no hipogástrico
Dor à palpação dos anexos
Dor à mobilização do colo
<b>Critérios menores</b>
Temperatura axilar >37,5°C ou temperatura real > 38,3°C
Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal
> 10 leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice
Proteína C reativa ou Velocidade de Hemossedimentação elevada

Comprovação laboratorial de infecção cervical por Gonococo, Clamídia ou Micoplasma
Massa pélvica
Leucocitose em sangue periférico
<b>Critérios elaborados</b>
Histopatologia com evidência de endometrite
US pélvica com evidência de abscesso tubo-ovariano ou no Fundo de Saco de Douglas
Laparoscopia com evidência de DIP

Tabela 2 - Critérios maiores, menores e elaborados para DIP

Atualmente, recomenda-se tratamento ambulatorial para mulheres que apresentam quadro clínico leve e exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite. Outras situações especiais devem ser tratadas em regime hospitalar com antibioticoterapia venosa, considerando a possibilidade de abordagem cirúrgica. A Tabela 3 resume as principais indicações (BRASIL, p.143).

Ambulatorial	Hospitalar
Quadro clínico leve e exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite	Abscesso tubo-ovariano
	Ausência de resposta clínica após 72h de tratamento com antibioticoterapia oral
	Dificuldade na exclusão de emergência cirúrgica
	Intolerância ou baixa/falha de adesão ao tratamento ambulatorial
	Gravidez
	Estado grave, com náuseas, vômitos e febre

Tabela 3 - Indicações do regime de tratamento na DIP

O tratamento com antibióticos deve ser guiado para os germes Gonococo, Chlamydia e anaeróbicos. O esquema antimicrobiano sugerido pelo Ministério da Saúde é (BRASIL, p.143):

**Tratamento ambulatorial:**

1ª linha – Ceftriaxona 500mg, IM, dose única + Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias + Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias.

Alternativo – Cefotaxima 500mg, IM, dose única + Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias + Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/ dia, por 14 dias.

**Tratamento Hospitalar:**

1ª Linha – Ceftriaxona 1g, IV, 1x/dia, por 14 dias + Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias + Metronidazol 400mg, IV, de 12/12h.

Alternativo – Clindamicina 900mg, IV, 3x/dia, por 14 dias + Gentamicina (IV ou IM): 3-5mg/kg, 1x/dia, por 14 dias.

Alternativo – Ampicilina/sulbactam 3g, IV, 6/6h, por 14 dias + Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias.

O tratamento do parceiro também deve ser realizado, caso tenha tido contato sexual nos últimos 60 dias. O tratamento proposto pode ser (BRASIL, p.143):

Azitromicina 1g, VO, Dose única + Ceftriaxona 500 mg, IM Dose única.

O tratamento cirúrgico segue a mesma ideologia da Prenhez ectópica rota, dando preferência à videolaparoscopia, que na DIP faz parte dos critérios elaborados. Novamente, a paciente deve ser advertida sobre as principais complicações do ato cirúrgico.

Em especial na DIP, o cirurgião deve estar preparado para os seguintes procedimentos:

- Drenagem de abscessos + toaleta da cavidade;
- Coleta de material para exame de cultura;
- Lise de aderências;
- Aposição de drenos;
- Salpingectomia, anexectomia e histerectomia.

### *6.2.3 Ruptura de Cisto Disfuncional*

As doenças benignas do ovário incluem uma grande variedade de entidades. Dentre elas, temos os cistos disfuncionais, tumores benignos bem comuns em adolescentes e em mulheres jovens com idade fértil, porém podem estar presentes em qualquer idade. São eles: tumores de células germinativas, tumores de células germinativas, tumores epiteliais (FEBRASGO, 2018, p. 252).

Tais cistos são achados normalmente incidentais e de regressão natural. Contudo, podem evoluir com crescimento excessivo, rotura e ruptura, gerando um abdome agudo ginecológico (DOS SANTOS, 2019, p. 756).

Os dois principais tipos de cistos ovarianos disfuncionais são folicular e de corpo lúteo. Devido à hemorragia para cavidade folicular em sua formação, o cisto de corpo lúteo apresenta maior chance de rotura e hemorragia, comparativamente aos outros cistos funcionais (DOS SANTOS, 2019, p. 756).

A paciente pode apresentar dor abdominal constante ou intermitente. Pode-se observar, na presença de massas ovarianas, alterações dos hábitos intestinal e urinário, perda de peso e perda de apetite (FEBRASGO, 2018, p. 249). Dependendo da quantidade de sangue acumulado em um cisto, pode ser possível certo grau de hipovolemia ou até mesmo choque hemorrágico, sendo esta situação bem mais grave e rara.

O US transvaginal é imprescindível na propedêutica do cisto de ovário. O exame ultrassonográfico realizado por profissionais experientes apresenta sensibilidade superior

aos marcadores tumorais, por exemplo, na detecção de tumores de ovário (FEBRASGO, 2018, p. 249).

Principais achados ultrassonográficos no cisto folicular:

- Unilocular
- Conteúdo anecóico
- Contorno interno regular
- Ausência de componente sólido
- Sem captação de fluxo no estudo Doppler
- Líquido livre na pelve em caso de rotura

Principais achados ultrassonográficos no cisto folicular:

- Cisto com ecos em seu interior
- Padrão reticulado
- Coágulo de retração
- Nível líquido
- Ausência de fluxo no interior do cisto
- Sinal do Anel de Fogo (fluxo periférico no estudo Doppler)

Como a maioria dos cistos são achados incidentais, sua conduta é expectante, podendo ser feito controle ecográfico programado, pois sua resolução costuma ser espontânea. Caso a paciente apresente sintomas, mesmo com líquido livre na cavidade, o tratamento com analgésicos ou anti-inflamatórios pode ser realizado, associado ao seguimento ultrassonográfico (FEBRASGO, 2018, p. 249).

Mais uma vez, a laparoscopia possui papel fundamental nos casos de cistos disfuncionais que necessitam de abordagem cirúrgica.

A cirurgia será indicada em casos de dúvida diagnóstica e em pacientes com instabilidade hemodinâmica ou peritonite. Usualmente, o procedimento realizado é a Cistectomia (retirada do cisto), sendo incomum a necessidade de ooforectomia ou salpingectomia. Na dúvida diagnóstica, uma biópsia de congelação poderá ser solicitada. Caso seja encontrado cisto em ovário contralateral, este não deverá ser abordado, evitando ao máximo a manipulação desnecessária das demais estruturas pélvicas, a fim de impedir a formação de aderências (DOS SANTOS, 2019, p. 760).

### *6.2.4 Torção de ovário*

A torção de estruturas pelo seu pedículo pode acarretar em isquemia e, consecutivamente, em necrose. Dessa forma, tem-se um abdome agudo ginecológico de causa vascular.

Por esse motivo, o diagnóstico e tratamento precoce são imprescindíveis, evitando a progressão da doença para um quadro grave e talvez perda do órgão em questão.

Normalmente o sintoma mais comum é uma dor forte de início súbito, unilateral,

associada a um exame físico inicialmente sem grandes alterações à palpação abdominal. Contudo, a palpação de uma massa anexial associada a esse quadro é bastante sugestiva de torção anexial (DOS SANTOS, 2019, p. 761).

O exame de eleição para o diagnóstico é a US, podendo revelar um aumento e edema dos anexos com a presença de líquido circundando o órgão comprometido. A dopplerfluxometria pode dar uma segurança da viabilidade vascular do órgão e nortear a decisão de cirurgia conservadora (LAUFER, 2023).

Inicialmente, pelo menos, a laparoscopia deve ser o método de escolha para abordagem cirúrgica. Os tipos de abordagens para os cistos ou ovários torcidos podem ser radicais ou conservadores (DOS SANTOS, 2019, p. 765).

Quanto ao manejo em pacientes na pré-menopausa com ovário viável e não maligno: Detorção. Em outras pacientes, a salpingo-ooforectomia é indicada nos seguintes casos: Ovário inviável (necrótico/gelatinoso com perdas das estruturas anatômicas normais) e suspeita de malignidade (LAUFER, 2023).

## 71 CONCLUSÃO

Como mostrado, uma paciente com abdome agudo ginecológico merece uma história clínica criteriosa aliada a um exame físico cuidadoso. A ecografia possui um caráter essencial na abordagem desse tipo de paciente, sendo imprescindível na abordagem inicial. Todos esses fatores, se realizados adequadamente, guiarão a um diagnóstico definitivo.

A abordagem cirúrgica, quando indicada, deverá ser por via laparoscópica como tratamento de primeira linha, diminuindo, assim, os riscos inerentes à manipulação dos órgãos pélvicos e garantindo uma menor resposta metabólica.

## REFERÊNCIAS

BASH, Margaret; CONNELLY, Mark. Epidemiology and pathogenesis of Neisseria gonorrhoeae infection. UptoDate: 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CÂNDIDO, E.B., et al. Abdome agudo em ginecologia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018 (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 28/ Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica).

DOS SANTOS, Adriano Paião et al. Urgências e emergências em ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. 1ª Ed. Barueri [SP]: Manole, 2019.

FEBRASGO. Tratado de Ginecologia - Febrasgo. Grupo GEN, 2018. E-book. ISBN 9788595154841. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595154841/>. Acesso em: 05 abr. 2023. 21:252.

GHANEM, Khalil. Clinical manifestations and diagnosis of Neisseria gonorrhoeae infection in adults and adolescents. UptoDate: 2023.

HOFFMAN, Barbara L. et al. Ginecologia de Williams. 24. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

LAUFER, Marc. Ovarian and fallopian tube torsion. UptoDate: 2023.

LOPES, Alberto et al. Bonney Cirurgia Ginecológica. 12ª Ed. Rio de Janeiro [RJ]: Thieme Revinter Publicações, 2020.

MURTA, Eddie Fernando C. et al. Análise retrospectiva de 287 casos de abdome agudo em ginecologia e obstetrícia. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2001, Vol. 28 – n o1. p. 44-47.

OLIVEIRA, Marco Aurelio; MELKI, Luiz Augusto; TAVARES, Rita de Cássia. Abdome agudo ginecológico. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2009;8(1):81-88.

RAPOSO, Soia, Carlos Nobre, Margarida Dias; Acute Abdomen in Gynecology. Acta Obstet Ginecol Port, 2013;7(2):83-88.

ROSS, Jonathan; CHACKO, Mariam. Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis. UptoDate: 2023.

SILVA FILHO, Agnaldo Lopes et al. Manual SOGIMIG de emergências ginecológicas. 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2016.

STRATTON, Pamela. Evaluation of acute pelvic pain in nonpregnant adult women. UptoDate: 2022.

TULANDI, Togas. Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites. UptoDate: 2023.