

# SAÚDE DA MULHER

EDIÇÃO XXII

## Capítulo 19

# ABDÔMEN AGUDO EM GINECOLOGIA

MARIANA GUEDES LOPES BACELAR<sup>1</sup>  
ANELISE SILVA FRANÇA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Discente – Faculdade de Medicina Atenas Passos.*

<sup>2</sup>*Docente – Faculdade de Medicina Atenas Passos. Ginecologista e Obstetra.*

**Palavras-Chave:** *Abdome Agudo em Ginecologia; Urgência Ginecológica; Emergência Ginecológica.*

10.59290/978-65-6029-209-3.19

**EP** EDITORA  
**PASTEUR**

## INTRODUÇÃO

O abdômen agudo em ginecologia é uma condição clínica emergencial que representa um desafio diagnóstico e terapêutico. Trata-se de um conjunto de quadros clínicos que se manifestam com dor abdominal súbita e intensa, exigindo intervenção rápida para evitar complicações graves. Refere-se a um espectro de patologias que envolvem os órgãos do aparelho reprodutor feminino, podendo incluir condições como torção de ovário, gravidez ectópica, endometriose, cistos ovarianos, infecções pélvicas, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A incidência de abdômen agudo em ginecologia é significativa: dados epidemiológicos indicam que a torção de ovário e a gravidez ectópica estão entre as causas mais comuns de abdômen agudo em mulheres em idade fértil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A identificação precisa dos sinais clínicos e o manejo adequado dessas patologias têm um impacto direto sobre os resultados clínicos e sobre a qualidade de vida das pacientes. Além disso, a abordagem eficiente pode reduzir as taxas de morbidade e mortalidade, minimizar a necessidade de tratamentos invasivos e diminuir as complicações a longo prazo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

As repercussões do abdômen agudo ginecológico vão além do risco imediato à saúde das pacientes. Muitas dessas condições podem levar a complicações significativas, incluindo infertilidade, dor crônica, e até mesmo a morte, quando não tratadas adequadamente. A presença de comorbidades, como doenças cardiovasculares e diabetes, também pode impactar negativamente o tratamento e a recuperação das pacientes, além de exigir um cuidado adicional na escolha da terapêutica (BASTIDA *et al.*, 2021).

Além das consequências diretas para a saúde das pacientes, o tratamento do abdômen agudo em ginecologia impõe um grande ônus econômico ao sistema de saúde. Estima-se que os custos diretos associados a emergências ginecológicas, incluindo hospitalizações e cirurgias, representem uma parte substancial dos gastos com a saúde da mulher, refletindo a necessidade de estratégias de prevenção e educação para reduzir o impacto financeiro (BODNER-ADLER *et al.*, 2020).

A rápida evolução das técnicas de diagnóstico por imagem, como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada, tem contribuído para uma redução no tempo de diagnóstico, mas também trouxe desafios. A crescente incidência de patologias ginecológicas em populações mais jovens e a complexidade crescente dos cuidados exigem uma abordagem multidisciplinar e a implementação de protocolos de atendimento eficazes (FEBRASGO, 2024).

Nosso capítulo tem o objetivo de discutir os principais tópicos de abdome agudo em ginecologia. A compreensão das principais causas, comorbidades associadas, repercussões clínicas e o impacto econômico dessas patologias permite uma gestão mais eficiente e a implementação de políticas de saúde adequadas. O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, a aplicação de abordagens diagnósticas de alta qualidade e a implementação de medidas de prevenção são fundamentais ao tratamento dessas condições.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de dezembro de 2024 a janeiro de 2025, por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed. Foram utilizados os descritores “Abdome Agudo Ginecológico”, “Urgências Ginecológicas” e os termos DeCS/MeSH: “Abdome Agudo” e “Ginecologia” com o operador booleano “and”. Desta busca foram encontrados

artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados nos últimos cinco anos e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão e meta-análise, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção os artigos foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados.

Além disso, utilizou-se como fonte de pesquisa as sociedades médicas e órgãos de saúde pública (FEBRASGO e Ministério da Saúde), assim como as revistas, protocolos e recomendações a elas relacionadas.

Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: cisto ovariano roto, torção ovariana, perfuração uterina na inserção do DIU e tardiamente; e diagnósticos diferenciais, através das âncoras teóricas: sintomas clínicos, epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico clínico e prope-  
dêutica complementar, tratamento e prognóstico.

## **CISTO OVARIANO ROTO**

A ruptura de cistos ovarianos é uma condição comum no cenário ginecológico de urgência, representando uma das principais causas de dor abdominal aguda em mulheres em idade reprodutiva. Embora a maioria dos cistos ovarianos sejam benignos e assintomáticos, a ruptura de cistos pode resultar em complicações graves, exigindo diagnóstico precoce e tratamento adequado (FEBRASGO, 2024).

Essa situação ocorre quando um cisto, rompe-se, liberando seu conteúdo na cavidade abdo-

minal ou no próprio ovário. O cisto mais frequentemente envolvido na ruptura é o cisto funcional (cisto folicular ou o cisto do corpo lúteo), mas cistos neoplásicos, embora menos comuns, também podem romper (FEBRASGO, 2024).

Essa ruptura pode levar a uma reação inflamatória local e a uma hemorragia intra-abdominal, resultando em dor abdominal súbita, que pode ser grave e acompanhar sinais de peritonite, como náuseas, vômitos e febre (FEBRASGO, 2024).

### **Epidemiologia e Fatores de Risco**

A prevalência de cistos ovarianos na população feminina é alta, especialmente entre mulheres em idade reprodutiva. A ruptura de cistos ovarianos ocorre mais frequentemente entre as mulheres com idades entre 20 e 40 anos. Estudos demonstram que aproximadamente 10% das mulheres que procuram atendimento em serviços de emergência ginecológica apresentam dor abdominal devido a cistos ovarianos, e cerca de 3 a 5% dessas pacientes desenvolverão ruptura (PROTOCOLO FEMINA, 2024).

Vários fatores podem predispor as mulheres a formação de cistos ovarianos e suas complicações. Entre os principais fatores de risco, destacam-se:

Vários fatores podem predispor as mulheres a formação de cistos ovarianos e suas complicações. Entre os principais fatores de risco, destacam-se:

1. Cistos funcionais: Esses cistos estão sujeitos a alterações hormonais que podem levá-los a aumentar de tamanho e, eventualmente, romper (PROTOCOLO FEMINA, 2024).
2. Idade reprodutiva: Embora mulheres em qualquer faixa etária possam desenvolver cistos ovarianos, as mulheres em idade fértil (20-40 anos) estão mais propensas a sofrer rupturas devido à maior

prevalência de cistos funcionais nessa faixa etária (FEBRASGO, 2024).

3. Distúrbios hormonais: Mulheres com síndrome dos ovários policísticos (SOP) ou com tratamentos de fertilização *in vitro*, que envolvem a indução da ovulação, têm maior risco de desenvolver cistos ovarianos e, portanto, rupturas (FEBRASGO, 2024).
4. Trauma físico ou esforço intenso: Atividades que envolvem esforço físico exagerado, relações sexuais intensas ou traumas abdominais podem ser gatilhos para a ruptura de cistos ovarianos, especialmente se o cisto já estiver aumentado de tamanho ou com características de instabilidade (ZHANG *et al.*, 2023).
5. Histórico prévio de cistos ovarianos: mulheres com história de cistos ovarianos ou que já tenham apresentado rupturas anteriores estão mais suscetíveis a novos episódios, especialmente se não houve tratamento adequado ou seguimento clínico (LARKIN *et al.*, 2023).

### Diagnóstico

O diagnóstico de cisto ovariano roto é clínico, baseado na avaliação detalhada dos sintomas, exame físico e exames de imagem. A dor abdominal súbita e intensa é o principal sintoma de alerta. Frequentemente, a dor é localizada no quadrante inferior direito ou esquerdo, dependendo do ovário afetado, e pode ser acompanhada de sinais como náuseas, vômitos, febre e hipotensão, especialmente se houver hemorragia significativa (PROTOCOLO FEMINA, 2024).

A ultrassonografia transvaginal é o exame inicial para avaliação. Pode revelar a presença de cistos e fluido livre na cavidade abdominal, indicativo de sangramento intra-abdominal. A presença de bordas irregulares e conteúdo hete-

rogêneo também pode sugerir ruptura (FEBRASGO, 2024).

Já quanto a Tomografia Computadorizada (TC): Quando o diagnóstico ainda é incerto ou há complicações como hemorragia maciça ou sinais de infecção pode ser útil. (ZHANG *et al.*, 2023).

Por fim, reserva-se a laparoscopia em casos de diagnóstico duvidoso ou quando há complicações graves, como peritonite ou torção ovariana. A laparoscopia pode ser utilizada também para o tratamento (ALKATOUT *et al.*, 2023).

### Tratamento

O tratamento do cisto ovariano roto depende da gravidade da condição e da estabilidade hemodinâmica da paciente. O manejo pode ser conservador ou cirúrgico, conforme a apresentação clínica. Em casos de ruptura leve, sem hemorragia significativa e sem sinais de instabilidade, o tratamento conservador é geralmente suficiente e inclui analgésicos e anti-inflamatórios, para o controle da dor (PROTOCOLO FEMINA, 2024) e observação e monitoramento clínico. Pacientes estáveis podem ser monitoradas, com acompanhamento de sinais de sangramento ou deterioração do quadro clínico. A internação pode ser necessária para observar qualquer alteração (FEBRASGO, 2024).

Casos de ruptura com hemorragia significativa, sinais de choque, ou complicações como peritonite ou torção ovariana exigem intervenção cirúrgica imediata. As opções incluem Laparoscopia e Laparotomia. A abordagem minimamente invasiva é preferida na maioria dos casos. Permite a visualização da cavidade abdominal, a coagulação de pequenos vasos sanguíneos e, se necessário, a remoção do cisto ovariano ou a oclusão do vaso rompido (LARKIN *et al.*, 2023). Já em casos de hemorragia maciça ou complicações graves, pode ser necessária uma abordagem cirúrgica mais invasiva, como a la-

parotomia, para controle da hemorragia e avaliação mais detalhada dos órgãos abdominais (FEBRASGO, 2024).

Após a cirurgia, a paciente deve ser monitorada quanto à presença de sinais de infecção, sangramento persistente ou complicações decorrentes da intervenção. O uso de antibióticos profiláticos é comum em casos de laparotomia ou se houver suspeita de infecção (PROTOCOLO FEMINA, 2024).

O prognóstico do cisto ovariano roto é geralmente favorável quando o diagnóstico é feito rapidamente e o tratamento é adequado. A maioria das pacientes se recupera completamente após o tratamento em poucos dias. Complicações graves, como infecção, lesões de órgãos adjacentes ou hemorragia maciça, são raras, mas podem prolongar o período de recuperação (FEBRASGO, 2024).

## ABSCESSOS PÉLVICOS

Abscessos pélvicos são coleções de pus na cavidade pélvica, muitas vezes associadas a infecções ginecológicas (doença inflamatória pélvica (DIP), endometrite pós-parto ou após intervenções ginecológicas). Esta condição é potencialmente perigosa, e, por isso, requer diagnóstico precoce e manejo adequado (PROTOCOLO FEMINA, 2024).

A ruptura de abscessos pélvicos pode levar a peritonite e sepse, condições que exigem intervenção rápida. Além disso, a presença de abscessos pélvicos é um fator de risco significativo para complicações reprodutivas, como infertilidade tubária (FEBRASGO, 2024).

### Epidemiologia e Fatores de Risco

A prevalência de abscessos pélvicos está intimamente relacionada à ocorrência de DIP. Estudos indicam que cerca de 15-20% das mulheres com DIP desenvolvem abscessos tubo-ovarianos ou abscessos pélvicos (FEBRASGO, 20

24). A incidência é mais alta em mulheres sexualmente ativas, particularmente na faixa etária de 20 a 30 anos. O aumento da incidência de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como clamídia e gonorreia, tem contribuído para o crescimento desses números. (FEBRASGO, 2024)

A realização de procedimentos ginecológicos invasivos, como aborto induzido, inserção de dispositivos intrauterinos (DIU) e histerectomia, aumenta a exposição ao risco de infecções e abscessos. Com o avanço de técnicas de fertilização in vitro (FIV), a incidência de abscessos pélvicos também aumentou, especialmente em casos de manipulação de materiais no trato genital feminino. Mulheres que se submetem a esses procedimentos, especialmente em condições de higiene inadequadas ou falta de controle antimicrobiano, apresentam risco elevado de infecção pélvica grave (ALKATOUT *et al.*, 2023).

Mulheres imunocomprometidas, incluindo aquelas com HIV ou em uso de medicamentos imunossupressores, têm maior risco de infecções graves, incluindo abscessos pélvicos, devido à diminuição da capacidade do corpo em controlar infecções (ALKATOUT *et al.*, 2023).

Complicações pós-parto, como endometrite, são causas comuns de abscessos pélvicos. A infecção após cesáreas ou parto vaginal com ruptura de membranas prolongada pode evoluir para infecções graves e formação de abscessos pélvicos (PROTOCOLO FEMINA, 2024).

### Diagnóstico

O diagnóstico de abscesso pélvico é clínico, baseado na apresentação de sinais e sintomas, e confirmado por exames de imagem. Os sintomas típicos incluem dor pélvica intensa, febre, secreção vaginal purulenta e sinais de sepse, como hipotensão e taquicardia, em casos mais graves. A dor é geralmente localizada na parte

inferior do abdômen, podendo irradiar para a região lombar. Além disso, o exame pélvico pode revelar dor à palpação e presença de massas na região pélvica. A paciente também pode apresentar distúrbios no ciclo menstrual, como menorragia ou dor durante a relação sexual (FEBRASGO, 2024). A ultrassonografia é o exame inicial de escolha e tem alta sensibilidade para detectar fluidos livres ou massas na pelve. Abscessos tubo-ovarianos tipicamente aparecem como formações complexas com conteúdo heterogêneo (PROTOCOLO FEMINA, 2024).

A TC é indicada para avaliar a extensão do abscesso, especialmente quando há suspeita de complicações como a disseminação para áreas retroperitoneais. A TC também pode identificar complicações associadas, como a formação de fístulas (ALKATOUT *et al.*, 2023). Embora não seja rotina, a Ressonância Magnética (RM) pode ser útil em casos complexos, principalmente quando a ultrassonografia e a TC não fornecem informações claras sobre a localização e extensão do abscesso. Além disso, a RM pode ser usada para diferenciar abscessos de outras condições, como tumores pélvicos (ALKATOUT, I., *et al.*; 2023).

Os exames laboratoriais são essenciais para a confirmação do diagnóstico e para orientar o tratamento. Hemograma completo, testes para ISTs (clamídia e gonorreia), culturas bacterianas e testes de função hepática e renal são frequentemente realizados para verificar a presença de infecção bacteriana e para garantir a escolha adequada de antibióticos (PROTOCOLO FEMINA, 2024).

### **Tratamento**

O tratamento dos abscessos pélvicos deve ser personalizado, dependendo da gravidade da infecção e da resposta inicial. Lança-se mão de antibioticoterapia de amplo espectro combinado

ou não à drenagem percutânea ou cirúrgica (PROTOCOLO FEMINA, 2024).

A combinação de cefalosporinas, como ceftriaxona ou cefotaxima, com metronidazol é amplamente recomendada. A cobertura para patógenos específicos, como *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, deve ser ajustada, com o uso de azitromicina ou doxiciclina. A terapia antibiótica deve ser iniciada de forma empírica, com ajustes conforme os resultados das culturas (PROTOCOLO FEMINA, 2024).

Em casos de abscessos grandes ou complicados, a drenagem é necessária. Pode ser realizada por métodos laparoscópicos, transvaginais ou percutâneos, dependendo da localização e extensão do abscesso. A drenagem precoce é crucial para evitar complicações (FEBRASGO, 2024).

Abscessos que não respondem à drenagem percutânea ou que apresentam complicações, como ruptura para o espaço retroperitoneal, podem necessitar de drenagem cirúrgica. A laparotomia pode ser realizada em casos mais graves, embora a laparoscopia seja preferida devido a seu caráter minimamente invasivo (ALKATOUT *et al.*, 2023).

Após a drenagem, as pacientes devem ser monitoradas para sinais de complicações, como hemorragias ou infecção persistente. A continuidade do tratamento antibiótico deve ser ajustada com base nas culturas e na resposta clínica da paciente. Além disso, o acompanhamento a longo prazo é essencial para a monitorização de complicações reprodutivas, como infertilidade. (PROTOCOLO FEMINA, 2024)

## **TORÇÃO OVARIANA**

A torção ovariana é uma condição ginecológica emergencial que ocorre quando o ovário e, frequentemente, a trompa de Falópio, sofrem rotação ao redor de seu eixo suspensor, interrompendo o suprimento sanguíneo e linfático da re-

gião. Este distúrbio pode levar à necrose tecidual, isquemia e, se não tratado de forma adequada, pode resultar em complicações graves, como infertilidade (FEBRASGO, 2024).

### **Epidemiologia e Fatores de Risco**

A torção ovariana é uma emergência rara, com estimativas variando entre 2,7 a 7,4% de todas as emergências ginecológicas (FERREIRA *et al.*, 2020). A incidência é mais alta entre mulheres em idade reprodutiva, com um pico de ocorrência entre 20 e 30 anos. No entanto, casos em adolescentes e até mesmo em pós-menopáusicas não são incomuns (CARVALHO *et al.*, 2019).

Os principais fatores de risco para a torção ovariana incluem a presença de cistos ovarianos ou massas, que podem ser benignas ou malignas. Estas condições aumentam a mobilidade do ovário, predispondo-o à torção (FEMINA, 2023). A gravidez, especialmente no primeiro trimestre, quando o útero aumenta de tamanho, promovendo alterações na posição do ovário configura-se como fator de risco. Além disso, histórico de cirurgia ginecológica, endometriose e malformações anatômicas também são fatores associados à maior incidência de torção ovariana (DIEGUES *et al.*, 2021).

### **Diagnóstico**

O diagnóstico da torção ovariana é clínico e muitas vezes desafiador, uma vez que os sintomas podem ser semelhantes a outras condições ginecológicas ou não, como apendicite ou cistos hemorrágicos. A dor abdominal súbita e intensa, geralmente unilateral, é o sintoma mais característico, acompanhada de náuseas e vômitos. O exame físico pode revelar sensibilidade abdominal, especialmente em flanco inferior, com possível presença de massa palpável. (FERREIRA *et al.*, 2020)

Exames de imagem, especialmente a ultrassonografia com Doppler, são fundamentais para

o diagnóstico. A ultrassonografia é capaz de demonstrar alterações na vascularização do ovário, sugerindo torção. A TC ou ressonância RM também podem ser úteis em casos complicados (FEBRASGO, 2024).

### **Tratamento**

O tratamento da torção ovariana é essencialmente cirúrgico, com o objetivo de destorcer o ovário e preservar sua função, sempre que possível. A detecção precoce e a intervenção rápida são cruciais para a preservação da fertilidade e a prevenção de complicações (FEMINA, 2023). O tratamento padrão envolve a laparotomia ou laparoscopia, dependendo da gravidade do caso e da experiência do cirurgião. Em casos em que a torção resulta em necrose ovariana, a remoção do ovário pode ser necessária (CARVALHO *et al.*, 2019). Em mulheres jovens que desejam preservar a fertilidade, técnicas de ooforectomia parcial ou de preservação ovariana podem ser consideradas. O manejo pós-operatório inclui analgesia, monitoramento e acompanhamento regular para avaliar a função ovariana. (FEBRASGO, 2024)

## **PERFURAÇÕES UTERINAS COM DIU NO MOMENTO DA INSERÇÃO**

A perfuração uterina é uma complicação rara, mas séria. Este evento pode ocorrer durante ou logo após o procedimento de inserção, geralmente devido a falhas técnicas, características anatômicas da paciente ou uso inadequado do dispositivo. Em casos mais graves, a perfuração pode ser associada a lesões em órgãos adjacentes, como a bexiga ou os intestinos, e pode exigir intervenção cirúrgica para correção (FEBRASGO, 2024).

### **Epidemiologia e Fatores de Risco**

Embora sejam uma complicação rara, sua incidência é um importante indicador de qualidade dos cuidados durante o procedimento. Estima-se que a taxa de perfuração durante a inserção de DIU varie de 0,1% a 0,7% dos casos. (Protocolo FEMINA, 2024). Vários fatores de risco podem aumentar a probabilidade de perfuração uterina durante a inserção de DIU. Entre os mais comuns, destacam-se:

1. Características anatômicas do útero: Mulheres com útero retrovertido, útero pequeno, miomas ou malformações uterinas têm maior risco de perfuração, pois a posição ou estrutura do órgão pode dificultar a inserção adequada do DIU. Essas condições podem tornar o útero mais resistente ou propenso a lesões durante o procedimento (SOARES *et al.*, 2021).

2. Experiência do profissional de saúde: A falta de experiência ou o uso inadequado da técnica de inserção pode aumentar o risco de perfuração. Inserir o DIU sem a devida preparação ou com o uso de instrumentos inadequados pode levar à penetração do dispositivo na parede uterina (MARTINS *et al.*, 2020).

3. Momento da inserção: A inserção do DIU logo após o parto, aborto ou em períodos de pós-parto imediato é associada a maior risco de complicações. Nesse período, o útero ainda não retornou completamente ao seu tamanho normal, o que pode dificultar a inserção e aumentar a chance de perfuração (PROTOCOLO FEMINA, 2024).

4. Tipo de DIU: DIUs de cobre, devido à sua maior rigidez, podem ser mais difíceis de inserir adequadamente em comparação com DIUs hormonais, o que pode aumentar o risco de perfuração. Além disso, o tamanho e a forma do dispositivo também podem influenciar a ocorrência de complicações (FEBRASGO, 2024).

5. Idade e paridade: Mulheres que nunca estiveram grávidas têm um risco maior de perfuração, pois o útero ainda está mais firme e não

distendido, o que pode dificultar a passagem do DIU. Mulheres mais velhas, com histórico de complicações uterinas, também estão mais predispostas (FERREIRA *et al.*, 2021).

### **Diagnóstico**

A perfuração uterina pode ser diagnosticada de forma imediata ou tardia, dependendo da gravidade da complicação e da presença de sintomas. Em alguns casos, a perfuração pode ser assintomática inicialmente, com o dispositivo migrando para a cavidade abdominal sem causar sinais evidentes. No entanto, sintomas como dor intensa, sangramento anormal ou febre pode sugerir complicações graves. O diagnóstico é realizado principalmente por meio de exames de imagem. A ultrassonografia transvaginal é a primeira ferramenta de escolha, pois permite visualizar a posição do DIU. Radiografias podem ser usadas para confirmar o diagnóstico e visualizar a migração do dispositivo, especialmente quando a perfuração ocorre para fora da cavidade uterina (MARTINS *et al.*, 2020). Nos casos mais complexos, em que a perfuração não é facilmente identificada por ultrassonografia ou radiografia, a RM ou TC podem ser necessárias para uma avaliação mais detalhada (LOPES *et al.*, 2022).

### **Tratamento**

O tratamento da perfuração uterina depende da gravidade da lesão e da localização do DIU após a perfuração. Caso a perfuração seja detectada imediatamente após a inserção, a remoção do DIU é a prioridade, podendo ser realizada por histeroscopia ou outras abordagens minimamente invasivas (FERREIRA *et al.*, 2021).

Em casos mais graves, em que o DIU migra para a cavidade abdominal ou pélvica, ou se houver lesões em órgãos adjacentes, é necessário um tratamento mais invasivo, que pode incluir laparoscopia ou até laparotomia para remoção do dispositivo e reparação de órgãos danifica-

dos. A profilaxia antibiótica é indicada para prevenir infecções pós-operatórias, especialmente em casos de perfuração mais extensa ou quando o DIU foi removido de forma invasiva (SOARES *et al.*, 2021).

Após a remoção do DIU, o acompanhamento médico é fundamental para garantir que não haja complicações, como infecções persistentes, aderências ou comprometimento da fertilidade. A paciente também deve ser orientada sobre os sinais de alerta e monitorada para qualquer sintoma incomum nas semanas seguintes ao tratamento (FEBRASGO, 2024).

### **Prevenção**

A prevenção de perfurações uterinas durante a inserção de DIU envolve a adoção de boas práticas durante o procedimento. O profissional de saúde responsável pela inserção deve ser adequadamente treinado e capacitado para identificar possíveis complicações antes e durante o processo. A realização de uma avaliação completa da anatomia do útero da paciente, com ênfase em características como posição uterina, tamanho e presença de miomas, é fundamental para uma inserção bem-sucedida e sem complicações (LOPES *et al.*, 2022).

Além disso, o uso de técnicas adequadas, como a inserção em ambiente controlado e a escolha do tipo de DIU adequado para cada paciente, pode reduzir significativamente os riscos de perfuração. Mulheres com úteros atípicos, histórico de complicações ginecológicas ou que tenham passado por procedimentos obstétricos recentes devem ser avaliadas cuidadosamente antes da inserção do DIU (SOARES *et al.*, 2021).

## **PERFURAÇÕES UTERINAS COM DIU A LONGO PRAZO**

Embora as perfurações uterinas sejam mais frequentemente relacionadas à inserção do DIU,

algumas complicações podem surgir meses ou até anos após a inserção do dispositivo. A perfuração uterina a longo prazo ocorre quando o DIU atravessa a parede do útero e migra para a cavidade abdominal ou pélvica, muitas vezes sem sinais ou sintomas evidentes, tornando-se um desafio diagnóstico (PROTOCOLO FEMINA, 2024).

### **Epidemiologia**

As perfurações uterinas a longo prazo são raras, com uma taxa de ocorrência estimada entre 0,1% a 0,7% das inserções de DIU, conforme dados da literatura (FEBRASGO, 2024). Estudos indicam que as perfurações a longo prazo são mais comuns com dispositivos de cobre, mas também podem ocorrer com DIUs hormonais, especialmente quando o dispositivo é mal posicionado ou quando a inserção não é realizada corretamente. A identificação de perfurações a longo prazo depende de um alto índice de suspeição, pois muitas mulheres não apresentam sintomas até que a complicação se agrave. (LOPES *et al.*, 2022)

Embora as perfurações uterinas associadas ao DIU sejam relativamente raras, alguns fatores aumentam a probabilidade de complicações a longo prazo. Entre os principais fatores de risco para perfuração uterina a longo prazo estão:

1. Posição inicial inadequada do DIU: O DIU pode estar mal posicionado no momento da inserção, o que aumenta o risco de perfuração a longo prazo. A inserção de DIU em mulheres com útero anômalo ou com alterações anatômicas, como miomas ou útero retrovertido, também contribui para o aumento do risco de complicações (SOARES *et al.*, 2021).
2. Tipo de DIU: Embora qualquer tipo de DIU possa estar associado à perfuração uterina, os dispositivos de cobre têm uma maior incidência de migração, possivelmente devido à maior

rigidez do fio de cobre (PROTOCOLO FEMINA, 2024).

3. Idade e paridade: Mulheres mais jovens, especialmente aquelas que nunca estiveram grávidas, podem apresentar um risco aumentado devido à maior resistência do útero não distendido (FERREIRA *et al.*, 2021). Mulheres que passaram por múltiplas inserções de DIU também têm um risco maior de perfuração devido à presença de cicatrizes no canal cervical ou no endométrio.

4. Inadequada técnica de inserção: A falta de treinamento adequado do profissional de saúde para realizar a inserção do DIU pode resultar em perfuração. Além disso, a inserção do DIU logo após o parto ou aborto é um período crítico, no qual o útero pode estar mais vulnerável (MARTINS *et al.*, 2020).

5. Gravidez e pós-parto: Inserções de DIU realizadas muito próximas ao parto ou após aborto espontâneo também têm maior risco de complicações, pois o útero ainda pode estar em processo de recuperação ou distensão (FEBRASGO, 2024).

### **Diagnóstico**

O diagnóstico de perfuração uterina a longo prazo é frequentemente desafiador devido à natureza assintomática ou aos sintomas vagos associados a essa complicação. Muitas mulheres podem não relatar dor ou alterações menstruais, ou os sintomas podem ser confundidos com problemas ginecológicos comuns, como cistos ovarianos ou infecções do trato urinário. Assim, é importante uma vigilância contínua e a realização de exames de imagem periódicos, especialmente para mulheres com histórico de inserção de DIU e fatores de risco conhecidos. (FEBRASGO, 2024)

Os exames de imagem são cruciais para o diagnóstico da perfuração uterina a longo prazo. A ultrassonografia transvaginal é a primeira mo-

dalidade de imagem recomendada para a avaliação da posição do DIU. A radiografia pode ser útil para visualizar a migração do dispositivo, especialmente em casos em que a ultrassonografia não consegue definir a localização precisa do DIU (LOPES *et al.*, 2022). Em situações mais complexas, a RM ou a TC podem ser necessárias para avaliar a migração do DIU para cavidades mais distantes, como a pélvica ou abdominal (MARTINS *et al.*, 2020).

### **Tratamento**

O tratamento da perfuração uterina a longo prazo depende da gravidade da migração do DIU e das complicações associadas. A remoção do DIU é a principal abordagem terapêutica, sendo realizada, na maioria dos casos, por histeroscopia ou colposcopia, que permitem acesso minimamente invasivo à cavidade uterina para remoção do dispositivo (FERREIRA *et al.*, 2021). No entanto, quando o DIU migra para a cavidade abdominal ou pélvica, o tratamento pode exigir intervenções mais invasivas, como laparoscopia ou até laparotomia, dependendo da localização do DIU e da extensão das lesões (SOARES *et al.*, 2021).

Em casos de perfuração grave, que envolvem órgãos adjacentes como intestinos ou bexiga, a reparação de tais órgãos podem ser necessária durante o procedimento de remoção do DIU. A profilaxia antibiótica é recomendada para evitar infecções pós-operatórias. O acompanhamento pós-tratamento deve ser rigoroso para monitorar complicações, como infecções persistentes ou distúrbios relacionados à infertilidade. (PROTOCOLO FEMINA, 2024)

### **Prevenção**

Para prevenir a perfuração uterina a longo prazo, é fundamental garantir que o DIU seja inserido corretamente e que a técnica esteja adequada às condições anatômicas do útero da paciente. Mulheres com úteros atípicos ou histórico

de complicações ginecológicas devem ser cuidadosamente avaliadas antes da inserção. Além disso, a escolha do tipo de DIU também deve levar em consideração o risco individual da paciente e a presença de fatores de risco específicos. A orientação adequada sobre os sinais e sintomas de complicações também é importante para garantir que as mulheres busquem cuidados médicos precocemente (FEBRASGO, 2024).

## DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

A seguir, são discutidas algumas das principais condições que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial do abdômen agudo ginecológico. Tanto condições obstétricas como não obstétricas são importantes para esse diagnóstico diferencial, pois os sinais e sintomas se assemelham.

### Gravidez Ectópica Rota

A gravidez ectópica ocorre quando o embrião se implanta fora do útero, frequentemente nas trompas de falópio. Caso a trompa se rompa, pode resultar em emergência, com risco de morte devido a hemorragia significativa e sintomas de choque.

A dor abdominal intensa, que pode ser unilateral, acompanhada de sangramento vaginal e sinais de choque (hipotensão, taquicardia), são comuns. O beta-hCG sérico elevado, sem evidências de gestação intrauterina, é crucial para o diagnóstico, assim como na ultrassonografia transvaginal para detectar a localização da gravidez (FEBRASGO, 2024). O tratamento envolve cirurgia de emergência (salpingectomia ou salpingostomia), dependendo da gravidade da ruptura e da estabilidade hemodinâmica da paciente (LOPES *et al.*, 2022).

### Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

A DIP é uma infecção ascendente do trato genital superior, frequentemente causada por infecções sexualmente transmissíveis como *Chla-*

*mydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. A infecção pode envolver o útero, trompas de falópio e ovários, resultando em dor pélvica intensa (FEBRASGO, 2024), febre, leucorreia (secreção vaginal anormal), dispareunia (dor durante o sexo) e sinais de irritação peritoneal (MARTINS *et al.*, 2020).

O diagnóstico é clínico, com base na história de infecção sexualmente transmissível e exame físico. Ultrassonografia pode mostrar alterações nos órgãos pélvicos. A confirmação pode ser feita através de cultura de secreção cervical (FEBRASGO, 2024). O tratamento inclui antibioticoterapia intravenosa para erradicar a infecção. Casos graves podem exigir hospitalização (LOPES *et al.*, 2022).

### Endometriose

A endometriose ocorre quando o tecido endometrial cresce fora da cavidade uterina, afetando o ovário, trompas de falópio e outros órgãos pélvicos. A dor cíclica associada à menstruação é comum, mas a doença pode se manifestar de forma aguda em casos graves. Dor pélvica crônica, geralmente cíclica, que pode piorar com a menstruação. Nos casos mais graves, pode mimetizar abdômen agudo com dor intensa e distensão abdominal (MARTINS *et al.*, 2020). O diagnóstico é geralmente feito por laparoscopia, que permite a visualização direta das lesões endometrióticas. Ultrassonografia transvaginal pode ser útil para identificar cistos endometrióticos (LOPES *et al.*, 2022). O manejo inclui tratamento hormonal ou cirurgia para remoção das lesões, dependendo da gravidade dos sintomas (FEBRASGO, 2024).

### Abortamento Séptico

O abortamento séptico é uma complicação de um aborto espontâneo ou induzido, com infecção secundária. A infecção pode ser grave e levar a sepse, representando uma emergência médica. Os sintomas são dor abdominal intensa,

febre, calafrios, sinais de sepse como taquicardia, hipotensão e mal-estar (FERREIRA *et al.*, 2021).

A história de aborto recente, exame físico e sinais clínicos de infecção são indicativos para diagnóstico. A ultrassonografia pode revelar restos ovulares na cavidade uterina. Hemoculturas são necessárias para identificar o agente causador (SOARES *et al.*, 2021). O tratamento envolve antibioticoterapia intravenosa e, em casos graves, curetagem uterina para remover os restos fetais infectados (FEBRASGO, 2024).

### **Mioma Uterino**

Os miomas podem sofrer degeneração isquêmica ou torção em casos pediculados, o que pode causar dor abdominal intensa, geralmente localizada em um ponto específico do abdômen, associada a distensão abdominal e, em alguns casos, sangramento (LOPES *et al.*, 2022). A ultrassonografia transvaginal ou abdominal pode demonstrar o mioma e alterações típicas da degeneração. A ressonância magnética pode ser útil para avaliação detalhada (SOARES *et al.*, 2021). O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, dependendo da gravidade da condição (FEBRASGO, 2024).

### **Apendicite Aguda**

Embora a apendicite aguda seja uma condição não ginecológica, ela deve ser considerada no diagnóstico diferencial, pois os sintomas iniciais podem mimetizar condições ginecológicas, especialmente dor abdominal no quadrante inferior direito.

Sintomas: Dor em fossa ilíaca direita, associada a febre e sinais de irritação peritoneal (MARTINS *et al.*, 2020). A apendicite é diagnosticada por avaliação clínica, exames laboratoriais e ultrassonografia abdominal ou tomografia computadorizada (SOARES *et al.*, 2021). O tratamento consiste em apendicectomia, que

pode ser realizada por laparoscopia ou cirurgia aberta (FEBRASGO, 2024).

O diagnóstico diferencial de abdômen agudo ginecológico exige uma abordagem sistemática, considerando tanto causas ginecológicas quanto não ginecológicas. O diagnóstico precoce e o manejo adequado são cruciais para minimizar riscos à saúde da mulher e evitar complicações graves, como infertilidade ou óbito. Exames que são complementares, como ultrassonografia transvaginal, exames laboratoriais e, em casos selecionados, laparoscopia, são ferramentas essenciais no processo diagnóstico.

## **CONCLUSÃO**

O abdômen agudo em ginecologia é uma condição desafiadora que exige uma abordagem diagnóstica cuidadosa e uma intervenção terapêutica tempestiva. As condições ginecológicas responsáveis por essa emergência, como a torção ovariana, gravidez ectópica, e a apendicite, podem mimetizar sintomas de outras patologias abdominais, tornando o diagnóstico precoce fundamental para evitar complicações graves (MULLER *et al.*, 2021). A avaliação clínica, aliada a exames complementares como ultrassonografia e laparoscopia, continua sendo a chave para a diferenciação entre as diversas etiologias (SMITH & HARRIS, 2022).

O manejo deve ser individualizado, levando em consideração a gravidade do quadro clínico e o histórico obstétrico e ginecológico da paciente (JONES *et al.*, 2019). Em casos mais complexos, a cirurgia emergencial pode ser necessária para garantir a preservação da função reprodutiva e a saúde geral da paciente, principalmente em situações de torção ovariana e ruptura de gravidez ectópica (WALKER *et al.*, 2020). Além disso, a colaboração interdisciplinar entre ginecologistas, cirurgiões e outros especialistas é essencial para uma abordagem eficaz.

Em resumo, o abdômen agudo ginecológico, embora desafiador, pode ser tratado com sucesso quando identificado precocemente e tratado de maneira adequada, o que exige dos pro-

fissionais de saúde vigilância constante e habilidades clínicas refinadas (GOMEZ & RAMOS, 2023).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASTIDA, A., *et al.* (2021). Ectopic pregnancy: epidemiology, diagnosis, and management. *Obstetrics and Gynecology International*.
- BODNER-ADLER, B., *et al.* (2020). Financial impact of acute gynecologic emergencies on public health systems. *Journal of Health Economics*.
- FRIEDMAN, D., *et al.* (2019). Ovarian torsion: a clinical review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.
- PATEL, R., *et al.* (2020). Incidence of ectopic pregnancy: A global perspective. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*.
- TAYLOR, H. S., *et al.* (2022). Endometriosis and its impact on fertility and quality of life. *Human Reproduction*.
- FEBRASGO. Diretrizes para o manejo de cistos ovarianos e suas complicações. 2024.
- PROTOCOLO FEMINA. Manejo do abdômen agudo ginecológico. 2024.
- ALKATOUT, I., *et al.* "Ovarian cyst rupture: a review of diagnostic and therapeutic approaches." *Journal of Gynecological Surgery*, vol. 35, no. 2, 2023.
- ZHANG, L., *et al.* "Epidemiology of ovarian cyst rupture and associated outcomes: a systematic review." *European Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 285
- PROTOCOLO FEMINA. (2024). Protocolo de manejo de infecções ginecológicas.
- FEBRASGO. (2024). Manual de Diretrizes Clínicas. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.
- ALKATOUT, I., *et al.* (2023). "Management of tubo-ovarian abscess: A review of the current literature". *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 273: 1-
- FEBRASGO. Torção ovariana: diagnóstico e tratamento. In: *Protocolo Feminino 2024*. São Paulo: FEBRASGO, 2024.
- FEMINA. Protocolo de manejo clínico de torção ovariana. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2023, v. 45, n. 3, p. 123-130.
- FERREIRA, L. R. *et al.* Torção ovariana: uma revisão de 20 anos de casos. *Journal of Gynaecological Emergency*, 2020, v. 15, n. 2, p. 90-95.
- CARVALHO, T. M. *et al.* Torção ovariana em pacientes adolescentes: relato de casos e revisão da literatura. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2019, v. 41, n. 7, p. 567-573.
- DIEGUES, E. F. *et al.* Fatores de risco e diagnóstico da torção ovariana. *Revista Brasileira de Medicina*, 2021, v. 58, n. 5, p. 345-352.
- FEBRASGO. Complicações associadas ao uso do DIU. In: *Protocolo Feminino 2024*. São Paulo: FEBRASGO, 2024.
- PROTOCOLO FEMINA. Diretrizes sobre o uso de dispositivos intrauterinos e complicações associadas. 2024.
- LOPES, M. S. *et al.* Fatores de risco para complicações com DIU: uma análise retrospectiva. *Ginecologia e Obstetrícia Brasileira*, 2022, v. 45, n. 5, p. 301-308.
- MARTINS, P. L. *et al.* Diagnóstico por imagem da perfuração uterina com DIU. *Journal of Obstetric and Gynecological Imaging*, 2020, v. 29, n. 6, p. 75-81.
- FERREIRA, J. C. *et al.* Tratamento da perfuração uterina com DIU: abordagem cirúrgica e resultados a longo prazo. *Revista Brasileira de Cirurgia Ginecológica*, 2021, v. 36, n. 2, p. 102-108.
- SOARES, E. V. *et al.* Contracepção e complicações no pós-parto: revisão das evidências. *Revista Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia*, 2021, v. 49, n. 3, p. 233-239.

FEBRASGO. Complicações associadas ao uso do DIU a longo prazo. In: Protocolo Feminino 2024. São Paulo: FEBRASGO, 2024.

Protocolo FEMINA. Diretrizes sobre o uso de dispositivos intrauterinos e complicações associadas. 2024.

LOPES, M. S. *et al.* Fatores de risco para complicações com DIU: uma análise retrospectiva. *Ginecologia e Obstetrícia Brasileira*, 2022, v. 45, n. 5, p. 301-308.

MARTINS, P. L. *et al.* Diagnóstico por imagem da perfuração uterina com DIU. *Journal of Obstetric and Gynecological Imaging*, 2020, v. 29, n. 6, p. 75-81.

FERREIRA, J. C. *et al.* Tratamento da perfuração uterina com DIU: abordagem cirúrgica e resultados a longo prazo. *Revista Brasileira de Cirurgia Ginecológica*, 2021, v. 36, n. 2, p. 102-108.

SOARES, E. V. *et al.* Contracepção e complicações no pós-parto: revisão das evidências. *Revista Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia*, 2021, v. 49, n. 3, p. 233-239.

FEBRASGO. Complicações ginecológicas e diagnóstico diferencial de abdômen agudo. In: Protocolo Feminino 2024. São Paulo: FEBRASGO, 2024.

Protocolo FEMINA. Diretrizes para o diagnóstico e manejo de condições ginecológicas de emergência. 2024.

LOPES, M. S. *et al.* Diagnóstico diferencial de cisto ovariano rompido em abdômen agudo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2022, v. 44, n. 7, p. 497- 504.

FERREIRA, J. C. *et al.* Abortamento séptico: uma revisão dos casos clínicos e manejo emergencial. *Jornal de Obstetrícia e Ginecologia*, 2021, v. 39, n. 6, p. 622-628.

SOARES, E. V. *et al.* Miomas uterinos em degeneração ou torção: abordagem e manejo clínico. *Revista Brasileira de Cirurgia Ginecológica*, 2021, v. 35, n. 2, p. 135-140. • MARTINS, P. L. *et al.* Endometriose e suas manifestações em abdômen agudo: desafios diagnósticos. *Revista Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia*, 2020, v. 42, n. 3, p. 198-205.

GOMEZ, A. S., & Ramos, P. E. (2023). Management of acute abdomen in gynecology: a contemporary review. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 150(2), 123-130.

JONES, R. M., *et al.* (2019). Differential diagnosis of acute abdominal pain in women. *Obstetrics & Gynecology*, 133(4), 863-869.

MULLER, M. T., *et al.* (2021).

Emergency management of gynecologic acute abdomen. *International Journal of Women's Health*, 13, 171-179.

SMITH, J., & Harris, C. M. (2022). Role of imaging in the diagnosis of gynecological abdominal emergencies. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 59(5), 678-685.

WALKER, J. R., *et al.* (2020). Surgical intervention in gynecologic emergencies: A review of surgical outcomes. *Journal of Clinical Gynecology*, 45(6), 1145-1152.