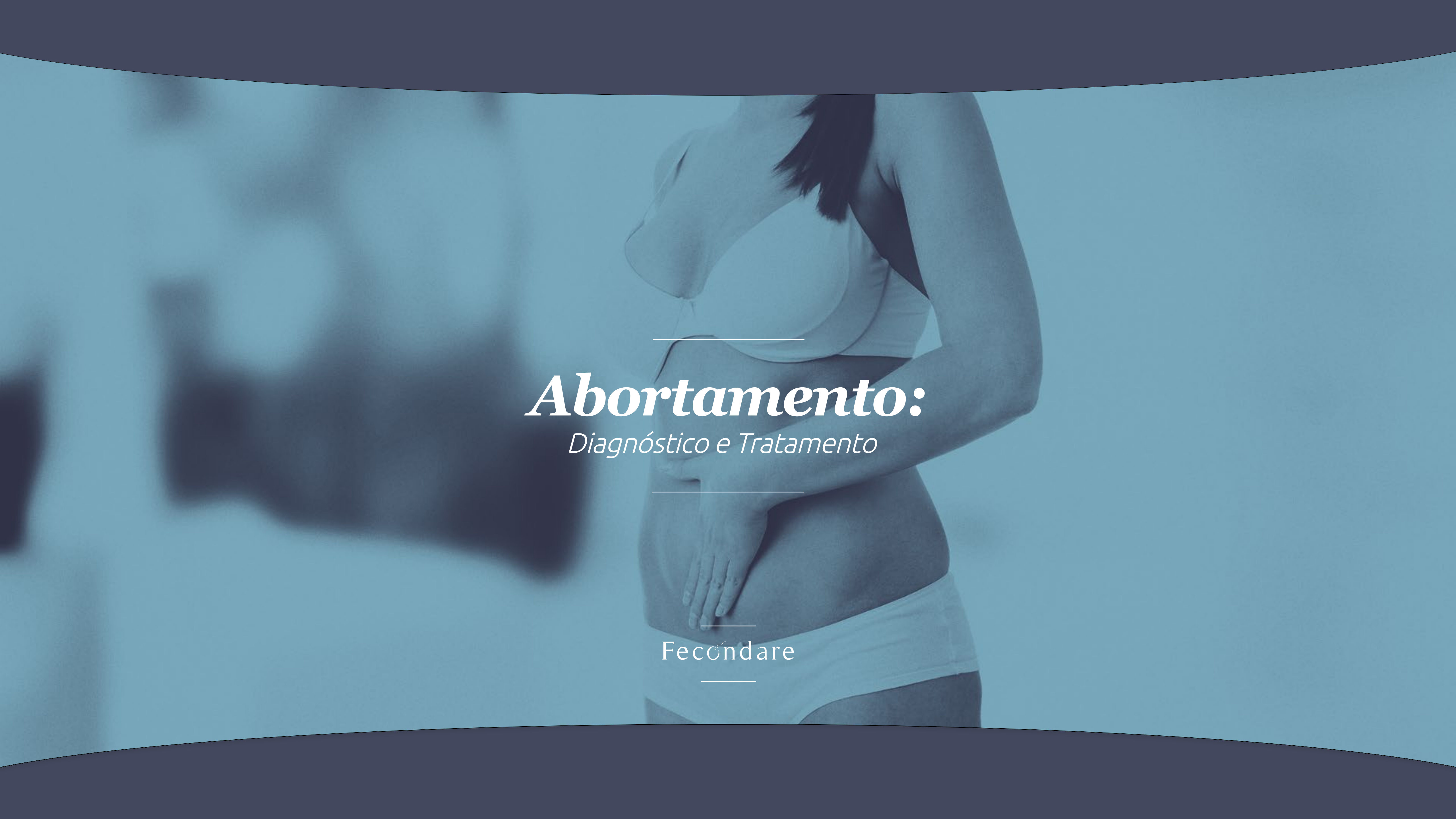




Abortamento:

Diagnóstico e Tratamento

Fecundare

Sumário

<i>Conceito</i>	<i>04</i>
<i>Incidência</i>	<i>06</i>
<i>Etiologia</i>	<i>08</i>
<i>Formas Clínicas</i>	<i>15</i>
<i>Ameaça de Abortamento</i>	<i>16</i>
<i>Abortamento Inevitável</i>	<i>19</i>
<i>Abortamento Incompleto</i>	<i>32</i>
<i>Abortamento Completo</i>	<i>34</i>
<i>Abortamento Retido</i>	<i>36</i>
<i>Abortamento Infectado</i>	<i>39</i>
<i>Abortamento Habitual</i>	<i>45</i>
<i>Questões</i>	<i>61</i>
<i>Bibliografia</i>	<i>77</i>
<i>Sobre</i>	<i>76</i>

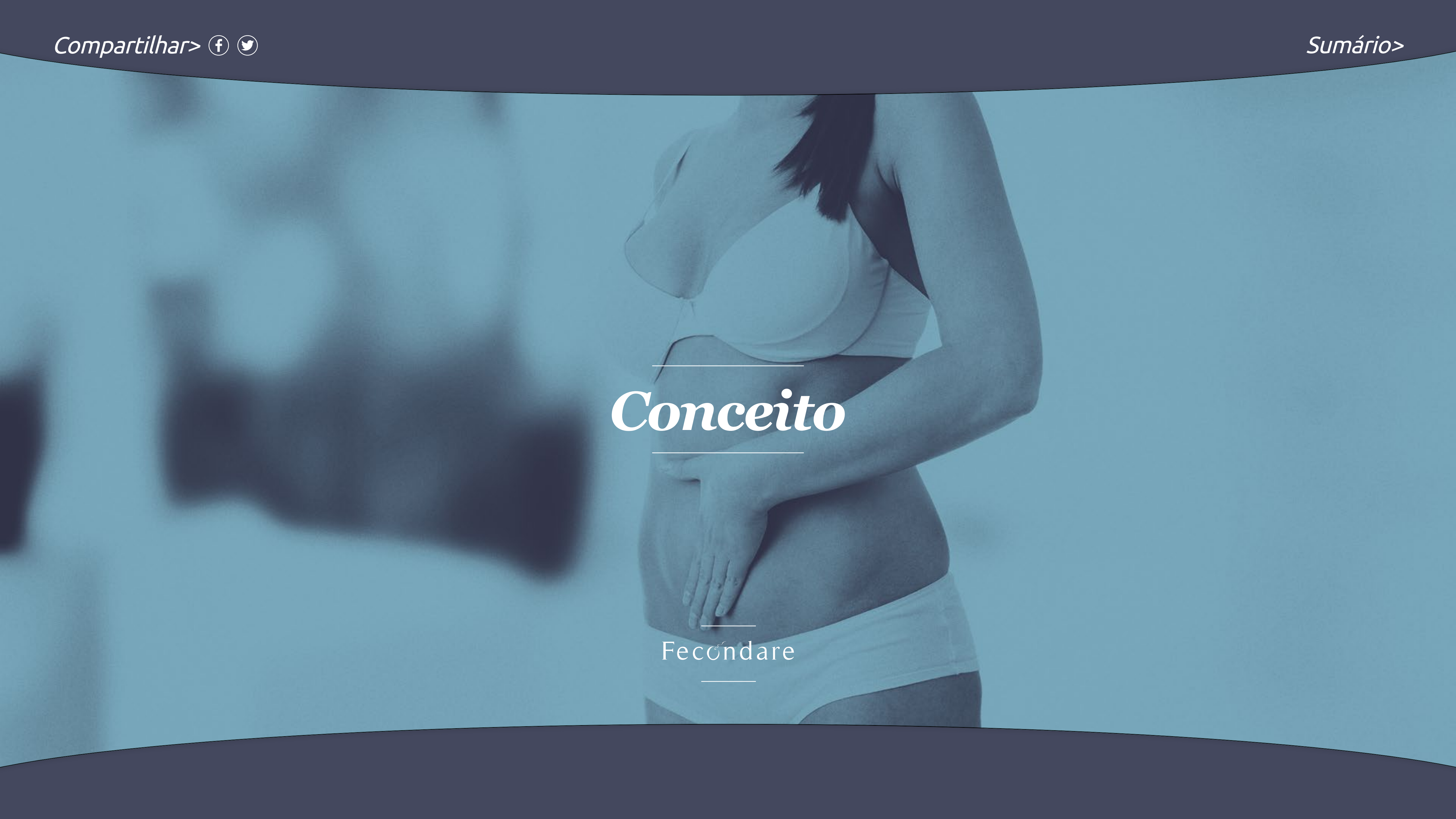
Introdução

Fecõndare

Esse artigo foi desenvolvido pelo Dr. Jean Louis Maillard (CRM-SC 9987 , CRM-RS 13107 e RQE 5605), ginecologista da Clínica Fecondare, com ênfase em reprodução humana e especialização em Laparoscopia e Histeroscopia.

*Abortamento:
Diagnóstico e Tratamento*

03



Conceito

Fecundare

Conceito

Fecúndare

Considera-se abortamento a interrupção da gravidez antes do concepto atingir sua viabilidade. Pela Organização Mundial da Saúde este limite seria entre 20 – 22 semanas, a partir do qual ocorreria a prematuridade. Nos casos de idade gestacional desconhecida é aceito o limite de 500g. Acima deste não será mais considerado abortamento.



Incidência

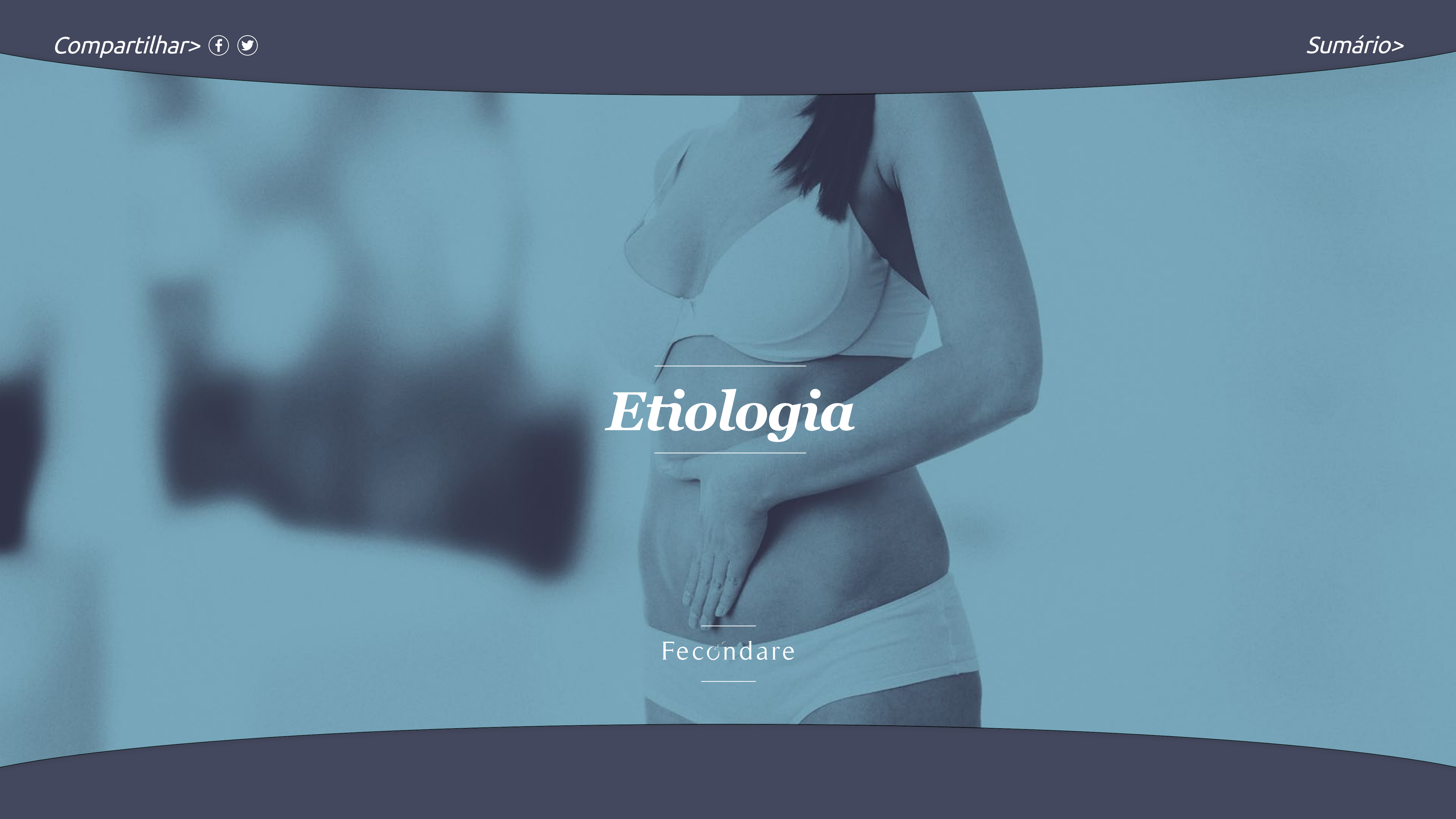
Fecundare

Incidência

Fecundare

Sua incidência real não é conhecida devido aos abortamentos subclínicos, ou seja, ocorridos antes do atraso menstrual e decorrente diagnóstico. Estes quadros denominados de gestações bioquímicas poderiam trazer taxas de até 60% de casos de interrupção. Nos casos clinicamente diagnosticados, de 8 a 20% terminarão em abortamentos. Taxa esta que será maior a medida que avance a idade materna. Teremos incidência entre 9 e 17% até os 30 anos, 20% aos 35 anos, 40% aos 40 e 80% aos 45 anos.

Oitenta por cento das interrupções ocorrem antes das 12 semanas. Após as 15 semanas a incidência geral é muito baixa (cerca de 0,6%) podendo variar com a idade materna e a etnia.



Etiologia

Fecundare

Etiologia

Fecúndare

“A grande maioria [dos abortamentos] ocorre nas primeiras 12 semanas de gestação e dependendo dos autores tem a causa cromossômica de 50 a 80% das vezes.”

Temos uma gama de causas de abortamento sendo algumas evidentes e outras no campo das hipóteses. A grande maioria ocorre nas primeiras 12 semanas de gestação e dependendo dos autores tem a causa cromossômica de 50 a 80% das vezes. As trissomias ocorrem em cerca de 52%, seguidas pela poliploidia – 21% e a monossomia X (Turner) em 13% dos casos. As anormalidades estruturais cromossômicas são causas infrequentes de abortamento adquirindo importância somente nos casos de abortamentos de repetição. A presença de translocação balanceada em um dos membros do casal pode estar presente entre 4 a 5% dos casais com abortamento recorrente.

Etiologia

Fecúndare

A medida que a gestação avança, a proporção causada por alterações cromossômicas diminui podendo responder por cerca de 7% dos abortamentos tardios. Nos casos mais tardios temos que pensar em fatores imunológicos que são divididos em auto-imunes e aloimunes. Nos primeiros estão envolvidos anticorpos antifosfolípides, principalmente o anticoagulante lúpico e a cardiolipina envolvidos nos quadros de abortamentos recorrentes, doença hipertensiva específica da gravidez, descolamento prematuro da placenta e restrição do crescimento fetal.

Etiologia

Fecúndare

Esses anticorpos são responsáveis por fenômenos trombóticos e encontram-se presentes entre 15 a 20% dos casos de abortamento recorrente. Já nas causas aloimunes baseia-se na teoria da diferença genética entre os indivíduos. Teoricamente teríamos uma resposta materna exacerbada contra antígenos paternos o que causaria abortamentos de repetição. Desta forma a imunoterapia seria benéfica nestes casos. O problema ainda hoje é a falta de evidência científica que nos autorize a utilizar tal terapia. Há, na literatura, vários estudos não evidenciando a superioridade da imunoterapia quando comparada com placebo.

Etiologia

Fecúndare

A trombofilia, termo utilizado para descrever alterações que predisponem a trombose, consistem nas deficiências de antitrombina III e das proteínas C e S e as mutações 20210C do gene da protrombina, do fator V de Leiden e 677C dos genes da enzima metilenotetraidrofolato-redutase.

Várias causas sistêmicas podem, teoricamente, resultarem em abortamentos, apesar de uma relação causal ainda não ter sido estabelecida. Entre elas temos algumas infecções – bacterianas e virais. Dentre as de maior relevo destacam-se: sífilis, toxoplasmose, rubéola, listeriose, brucelose além das infecções por *Chlamidia trachomatis* e *Ureaplasma urealyticum*.

Etiologia

Fecúndare

Como causa uterina, as malformações uterinas, representadas principalmente pelos septos uterinos representantes da alteração mulleriana mais freqüente. Discute-se ainda as vantagens na ressecção histeroscópica destes septos mas parece ter-se uma menor chance de abortamento.

Do ponto de vista endócrino, os defeitos da fase lútea parecem ser o de maior importância, apesar de ainda não termos estudo prospectivo randomizado comprovando esta afirmativa.

Etiologia

Fecúndare

“Do ponto de vista endócrino, os defeitos da fase lútea parecem ser o de maior importância [...].”

Não podemos deixar de citar as drogas e agentes nocivos sendo o tabagismo, o álcool e a cafeína os mais frequentemente utilizados. Entre as drogas ilícitas, talvez a cocaína seja a de maior importância na interrupção da gestação.



Formas Clínicas

Fecundare

Formas Clínicas

Fecúndare

O abortamento apresenta-se sob muitas facetas com diversos sinais e sintomas, caracterizando várias formas clínicas.

AMEAÇA DE ABORTAMENTO

Complicação que pode ocorrer de 15 a 20% das gestações clinicamente diagnosticadas. É o abortamento com chances de reversão, aproximadamente 40 a 50% dos casos evolui para a interrupção. Nos casos em que a atividade cardíaca fetal for detectada a taxa de abortamento cai para 5 a 10%. É representado clinicamente por dor em cólica e sangramento discreto, traduzindo anomalia decidual e/ou descolamento do ovo.

Formas Clínicas

Fecúndare

“Complicação que pode ocorrer de 15 a 20% das gestações clinicamente diagnosticadas.”

Abortamento:
Diagnóstico e Tratamento

17

Nem a quantidade ou o aspecto, nem a seqüência da perda sanguínea permitem o diagnóstico diferencial e o prognóstico. De regra, o fluxo sanguíneo na fase de ameaça é menor do que na interrupção inevitável. Ao exame clínico temos o útero compatível com a idade gestacional, o colo é fechado e no exame especular o sangramento vem do orifício interno do colo uterino, afastando-se outros tipos de sangramentos de origem ginecológica. O ultrassom evidencia atividade cardíaca do conceito ou se a idade gestacional for inferior a 6 semanas vê-se o saco gestacional regular. Entre 4 e 40% dos casos existe hematoma subcoriônico sendo sua extensão um excelente fator prognóstico.

Formas Clínicas

Fecúndare

Seu tratamento é clínico e objetiva a manutenção da gestação. Ele é baseado em repouso relativo evitando-se atividade física e sexual. Tranqüilizar a paciente sem passar otimismo excessivo e nas que tem cólicas usar antiespasmódicos e analgésicos. O uso da progesterona natural por via vaginal é controverso porém devemos considerar o contexto de cada caso pois nada usar pode gerar mais ansiedade para a paciente. Pessoalmente recomendamos o uso na dose de 400 mg/dia divididos em 2 aplicações.

Formas Clínicas

Fecúndare

ABORTAMENTO INEVITÁVEL

Não mais compatível com o prosseguimento da gestação. Geralmente precedido por quadro de ameaça de abortamento; excepcional manifestar-se diretamente no estágio de iminente expulsão. O quadro clínico apresenta-se com cólicas e com sangramento mais intensos – sangue de cor viva – do que na ameaça de abortamento. Ao exame o útero tem o tamanho correspondente à idade gestacional enquanto que no exame especular observamos sangramento ativo proveniente do orifício cervical com presença eventual de restos ovulares. O quadro clínico dispensa exames complementares podendo o ultrassom evidenciar o deslocamento ovular com saco gestacional baixo. Suspeitos de abortamento.

Formas Clínicas

Fecúndare

Talvez aqui tenhamos o maior avanço neste capítulo com o advento da ultrasonografia. Hoje existem aspectos muito precisos que nos dão o diagnóstico de interrupção muito antes de qualquer sintoma. Visto que o ultrassom apresenta alta especificidade e sensibilidade associada à dopplercolorfluxometria tem-se muita segurança na predição de um abortamento antes de qualquer alteração que a paciente possa notar. Qual a vantagem disto? Talvez assim possamos preparar melhor a perda do casal e não prolongar muito o desfecho. Com seus parâmetros muito bem estudados e com os aparelhos cada vez mais precisos já temos diagnóstico de gestação a partir do 28º ao 32º dia do ciclo – 4ª semana.

Formas Clínicas

Fecúndare

Abordaremos a seguir alguns dos sinais ultrasonográficos:

- Bradicardia embrionária (< 100bpm)

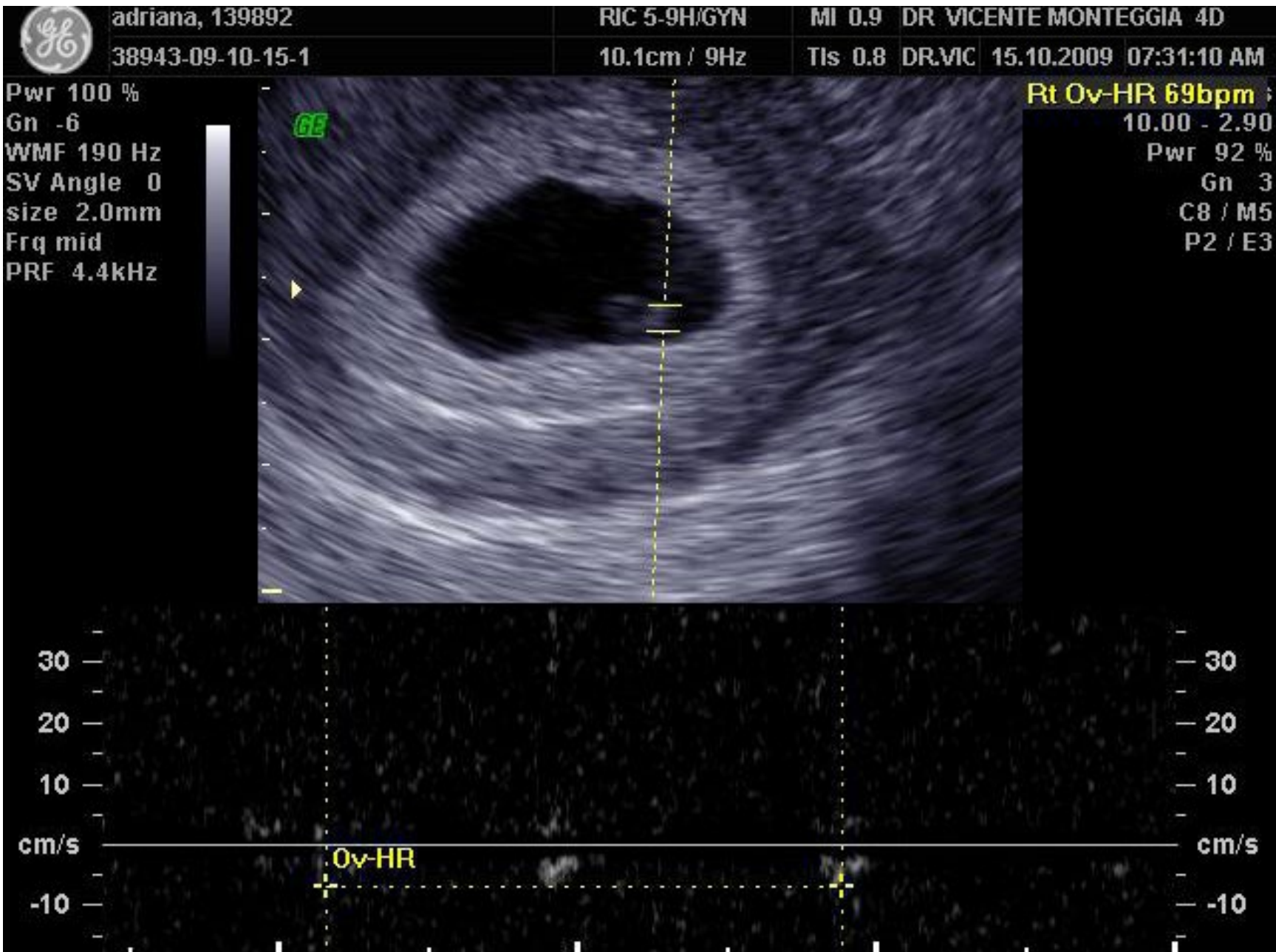


Foto Dr. Vicente Monteggia

Formas Clínicas

Fecúndare

- Retardo no crescimento embrionário (CCN < 2 DP para a IG)



Embrião de 5 semanas e amenorréia de 7 semanas – Foto Dr. Vicente Monteggia

Formas Clínicas

Fecúndare

- Aumento de volume , opacificação ou irregularidade nos contornos da vesícula vitelina.



Foto Dr. Vicente Monteggia

Formas Clínicas

Fecúndare

- Irregularidade e/ou implantação baixa do saco gestacional.



Foto Dr. Vicente Monteggia

Formas Clínicas

Fecúndare

- Desproporção ou descompasso entre o tamanho do saco gestacional e do saco amniótico em relação ao tamanho do embrião.

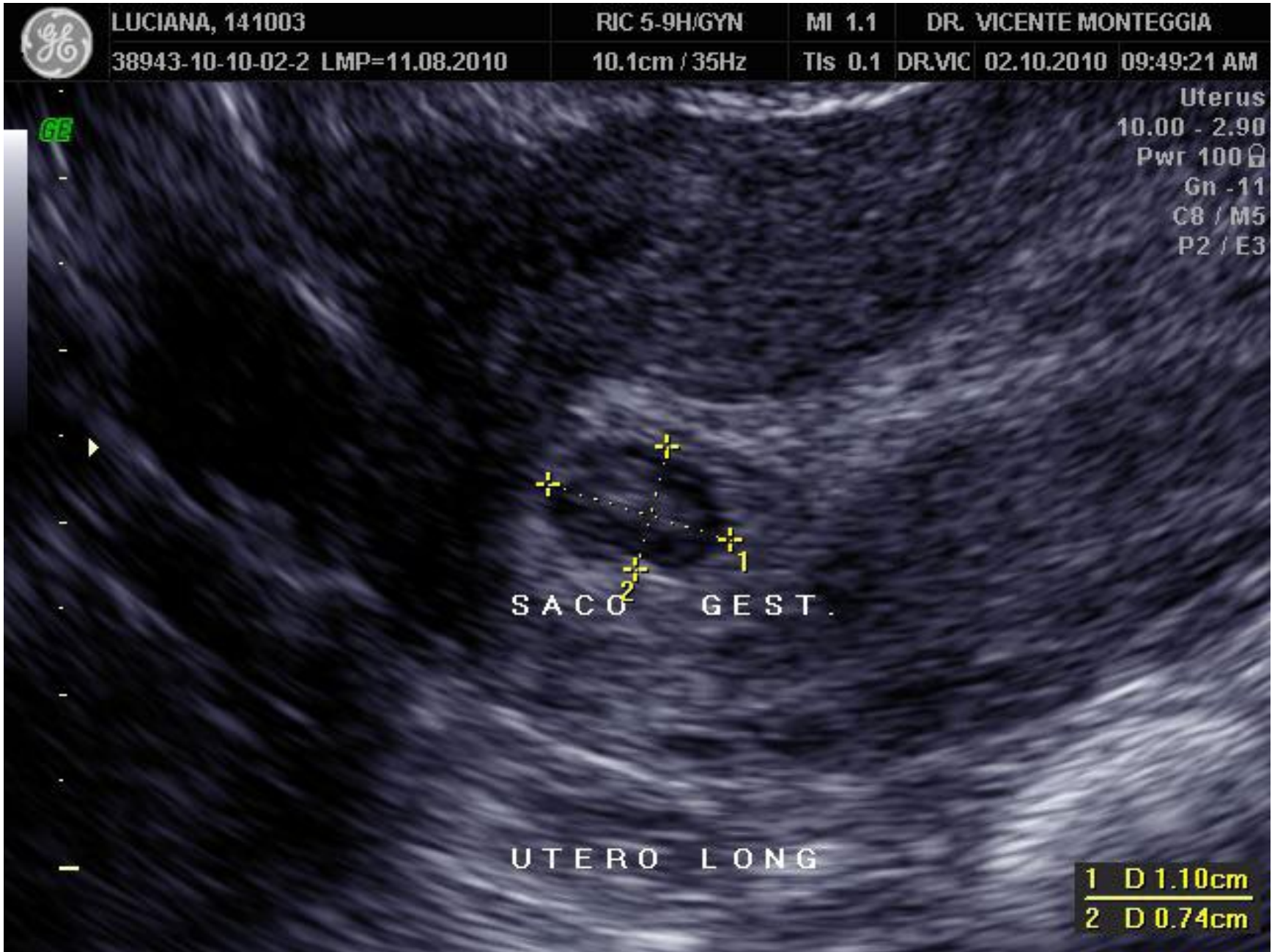


Foto Dr. Vicente Monteggia

Formas Clínicas

Fecúndare

- Em gestações múltiplas, dicoriônicas ou mais (tri , quadri, ...) a desproporção entre o volume dos sacos gestacionais e dos embriões podem sugerir má evolução “seletiva”. Pode ocorrer interrupção de um ou mais embriões e a continuação normal dos demais sem comprometer a evolução final. Porém a presença de embriões em órbita e seus sacos gestacionais próximos ao OCl aumentarão o risco de interrupção total da gestação.

Formas Clínicas

Fecúndare

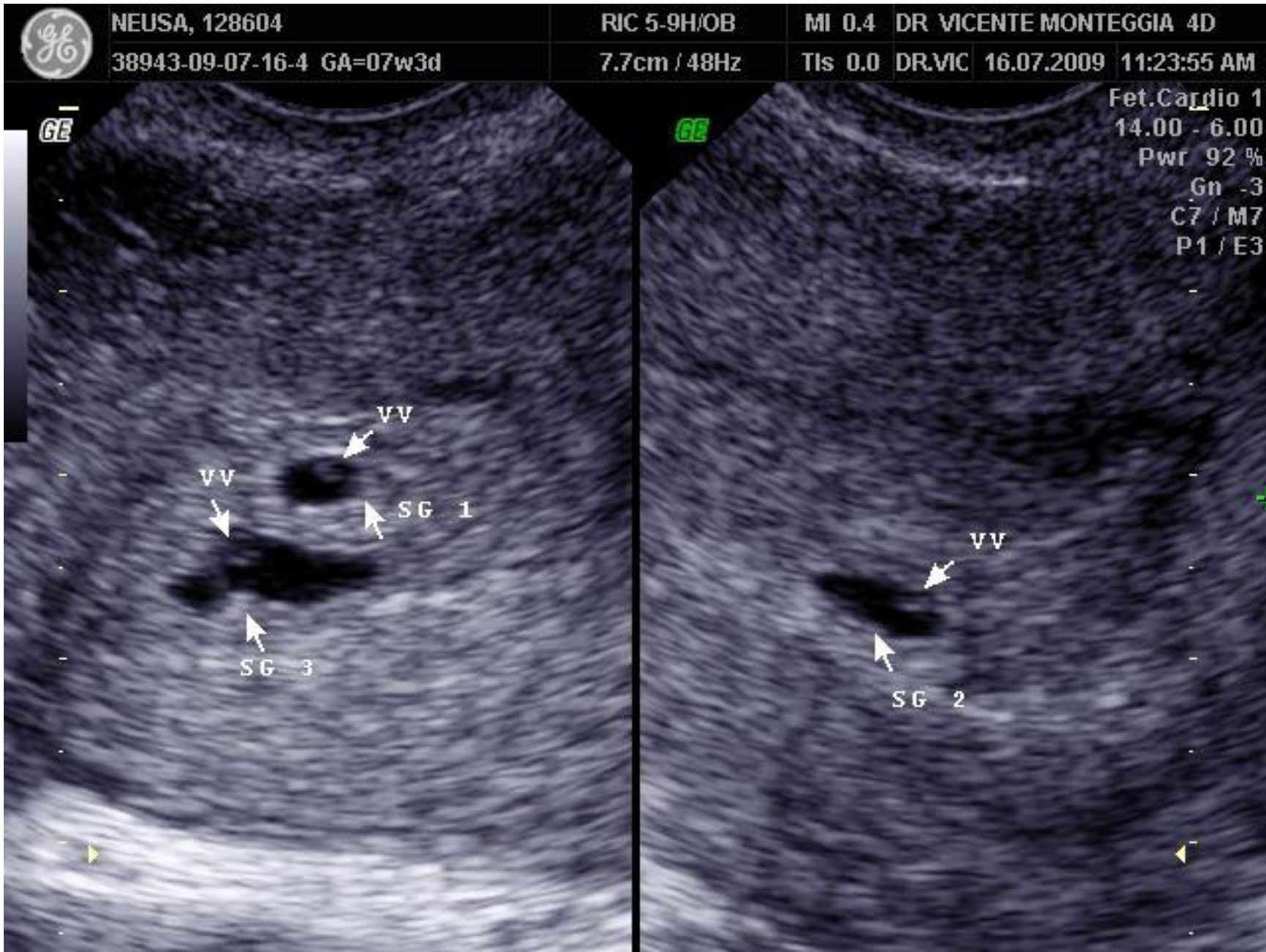
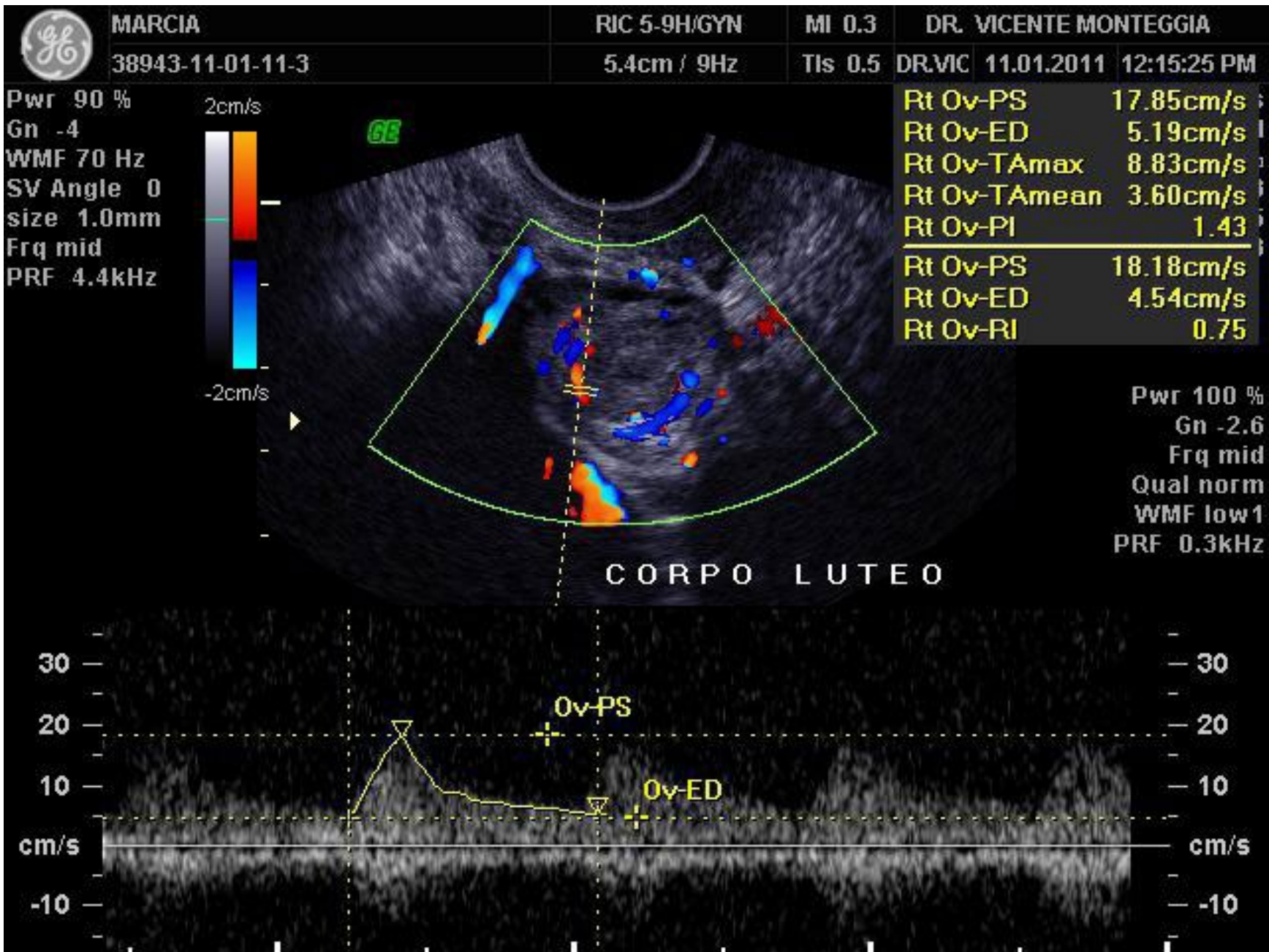


Foto Dr. Vicente Monteggia

Formas Clínicas

Fecúndare

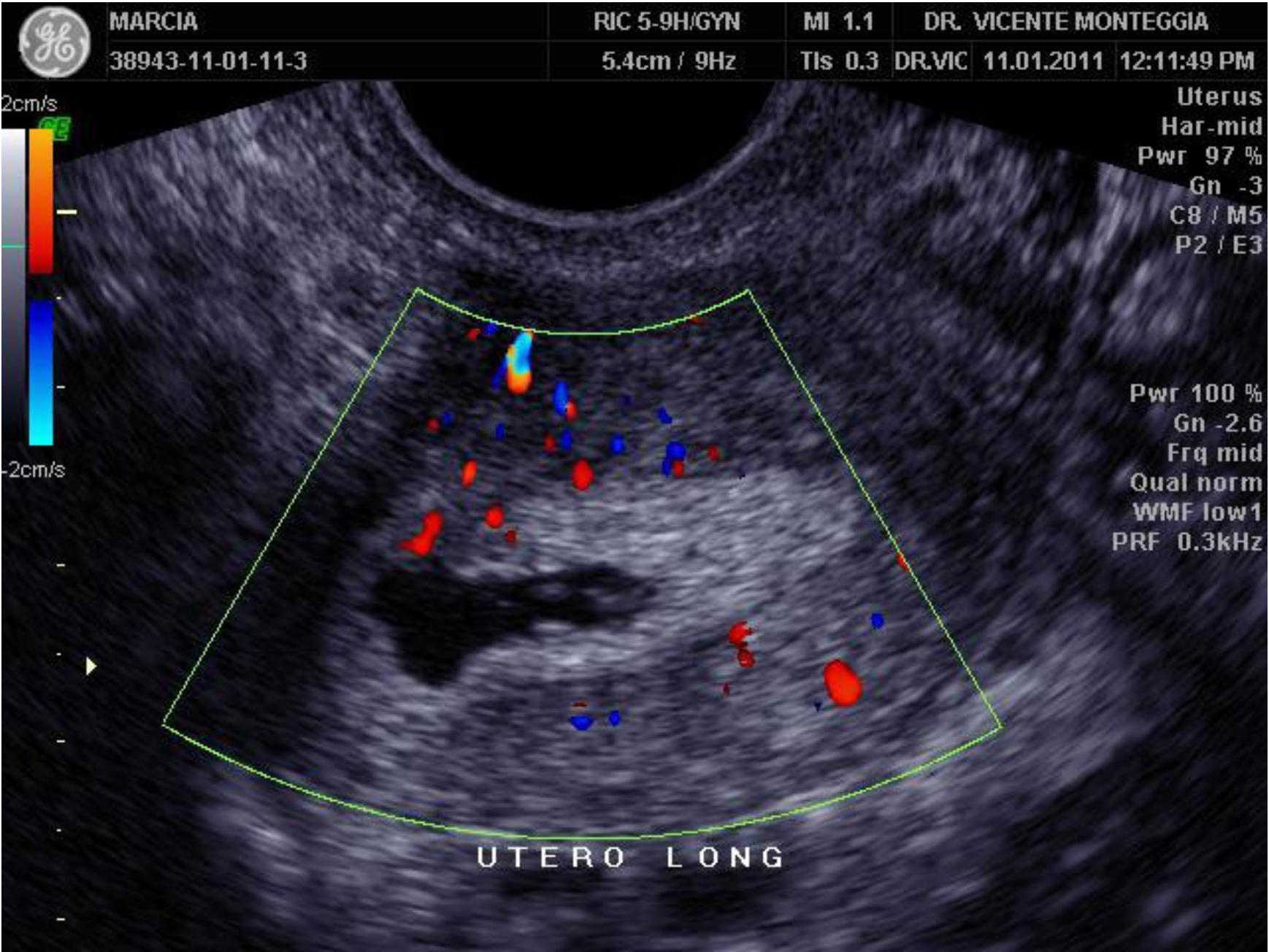
- Alterações na circulação do corpo-lúteo e/ou do trofoblasto.



Corpo lúteo hipofuncionante – Foto Dr. Vicente Monteggia

Formas Clínicas

Fecúndare



Trofoblasto com fluxos escassos – Foto Dr. Vicente Monteggia

Formas Clínicas

Fecúndare

Placenta com vesículas anecóicas sugerindo degeneração molar.

- Restos de trofoblasto podem ser avaliados com Doppler para verificarmos fluxos de implantação.

O tratamento dependerá da idade gestacional, do quadro hemodinâmico da paciente e do tempo de jejum. Até as 12 semanas o procedimento de escolha será o esvaziamento da cavidade uterina, através de curetagem ou vácuo-aspiração. Atualmente, a preferência dá-se pela AMIU (Aspiração Manual Intra-Uterina) onde acopla-se cânulas plásticas semi-rígidas ou rígidas a uma seringa de 60 ml para aspiração. As cânulas variam de 3 a 12 mm e sua escolha depende da idade gestacional.

Formas Clínicas

Fecúndare

Alguns trabalhos recentes mostram resultados excelentes em 79% das pacientes onde a conduta expectante foi empregada. É evidente que as pacientes devem estar devidamente esclarecidas e concordando com este tipo de conduta. Por outro lado, em casos de gestações anembrionadas ou abortamentos retidos, os resultados da conduta expectante não são tão animadores – 25% contra os 90% do tratamento cirúrgico. Acima das 12 semanas, pelo volume uterino devemos administrar ocitocina em grandes doses – 10 a 20 unidades em 500 ml se solução fisiológica – ou misoprostol por via vaginal na dose de 400 µg a cada 4 horas até a eliminação do feto.

Formas Clínicas

Fecúndare

“É mais frequente após as 10 semanas de gestação quando as vilosidades coriônicas ficam aderidas ao útero.”

ABORTAMENTO INCOMPLETO

Neste caso ocorre a eliminação parcial do tecido fetal e placentário. Normalmente expulsa-se o feto e permanece a placenta. É mais frequente após as 10 semanas de gestação quando as vilosidades coriônicas ficam aderidas ao útero. A gestante pode relatar perda de vilosidades. Ao exame, o útero encontra-se de volume menor ao esperado para a idade gestacional, o sangramento vaginal persiste assim como as cólicas. Na dúvida diagnóstica a ultrasonografia mostrará material intra-uterino de aspecto amorfo e heterogêneo com presença ou não de líquido.

Formas Clínicas

Fecúndare

A medida da espessura endometrial acima de 15 mm tem sido considerada indicativa de abortoamento incompleto.

Aqui não se tem dúvida quanto ao tratamento. Este baseia-se unicamente no esvaziamento cirúrgico seja ele por AMIU ou por clássica curetagem uterina onde daremos preferência às curetas rombas, não cortantes, no intuito de evitarmos seqüelas como as sinéquias uterinas.

Formas Clínicas

Fecúndare

ABORTAMENTO COMPLETO

Ocorrência mais comum até as 10 semanas de gestação. Neste caso há eliminação integral do ovo. O quadro é pensado quando após todo o processo cessam as cólicas e diminui sensivelmente o sangramento. Geralmente segue o abortamento inevitável. Ao exame físico o colo uterino encontra-se fechado. O diagnóstico definitivo é feito pela ultrasonografia que mostra o “útero vazio”. A medida endometrial não deve exceder os 15 mm e a dopplerfluxometria colorida mostra fluxos escassos ou ausentes.

Formas Clínicas

Fecúndare

A conduta nestes casos deve ser apenas expectante. Usualmente sua evolução é satisfatória não necessitando de esvaziamento.



Foto Dr. Vicente Monteggia

Formas Clínicas

Fecúndare

ABORTAMENTO RETIDO

Aqui, o útero retém o produto da concepção morto com a cérvix fechada. Após a morte fetal ocorre diminuição gradativa dos sintomas de gravidez. O quadro clínico é variável, podendo ter sintomas de ameaça de abortamento ou ser apenas um achado casual de um ultrassom transvaginal de controle. Neste caso, temos ausência da vesícula vitelina com saco gestacional (SG) maior do que 8mm ou embrião não visto quando o SG mede mais de 18mm. Nos casos onde temos a presença embrionária, é obrigatória a presença de BCF quando o CCN for maior de 5mm.

Formas Clínicas

Fecúndare

“O abortamento é considerado retido quando ocorreu há mais de 4 semanas. O HCG tende a diminuir progressivamente.”

Abortamento:
Diagnóstico e Tratamento

37

Além disso, temos todos os detalhes já vistos no item de abortamento inevitável. O abortamento é considerado retido quando ocorreu há mais de 4 semanas. O HCG tende a diminuir progressivamente.

O tratamento expectante pode, de início, ser instituído dependendo da tranquilidade e do entendimento da paciente visto que a grande maioria das gestações interrompidas iniciam trabalho de abortamento cerca de 3 semanas após a interrupção.

Formas Clínicas

Fecúndare

Após este período sem resolução, o esvaziamento uterino deverá ser instituído. Assim como no abortamento inevitável, abaixo das 12 semanas, estando o colo aberto pode-se realizar a AMIU ou a curetagem sem problemas. Nos casos de colo fechado o uso de macroindução com ocitocina ou o uso de misoprostol via vaginal, estão indicados.

Nas pacientes com idade gestacional acima das 12 semanas deveremos induzir o trabalho de abortamento até conseguirmos o máximo de expulsão do conteúdo uterino. Nas retenções prolongadas (mais de 4 semanas) a complicação maior são os distúrbios da coagulação com a queda importante do fibrinogênio. Ocorrência clínica infrequente antes das 20 semanas de gestação.

Formas Clínicas

Fecúndare

“ Calcula-se em 13% de mortes maternas ocorrendo no mundo devido a abortamentos clandestinos. ”

Abortamento:
Diagnóstico e Tratamento

39

ABORTAMENTO INFECTADO

Quadro geralmente associado à interrupção ilegal de gestação indesejada. Situação onde a manipulação uterina é realizada em más condições técnicas e de condições de assepsia e anti-sepsia ideais. Calcula-se em 13% de mortes maternas ocorrendo no mundo devido a abortamentos clandestinos.

Formas Clínicas

Fecúndare

Além disto tem-se cerca de 20% de morbidade nessas mulheres com infecção do trato genital sendo a mais freqüente a infertilidade. As bactérias envolvidas são os anaeróbios e aeróbios da flora vaginal e intestinal, merecendo destaque: estreptococos beta-hemolíticos, Enterococcus, Escherichia coli, Peptostreptococcus, Bacteroides fragilis e Clostridium.

A infecção inicia-se, geralmente, no endométrio com possível disseminação para o paramétrio, peritônio, linfáticos e circulação sistêmica (sepse).

Formas Clínicas

Fecúndare

O quadro clínico associa, aos sinais clássicos de abortamento, febre, piora do estado geral, dor à palpação do hipogástrio e mobilização uterina, empastamento uterino, sangramento com odor fétido mais hemograma com leucocitose e desvio à esquerda. Nos casos de abdômen agudo teremos o sinal de Blumberg positivo com a paciente apresentando sepse e risco de choque séptico. Nestes casos o estado geral é muito pior levando a hipotensão podendo evoluir ao óbito.

Formas Clínicas

Fecúndare

Previamente ao esvaziamento uterino ou à cirurgia mais radical nos casos avançados, devemos compensar a paciente do ponto de vista hemodinâmico e instituir antibioticoterapia prévia. Idealmente, isto deve ser feito cerca de 2h antes da manipulação cirúrgica. Usam-se antibióticos de amplo espectro.

Formas Clínicas

Fecúndare

Os de primeira linha são a Clindamicina 600 a 900mg EV de 8/8 hs podendo-se utilizar uma dose única de 2.700mg – esquema de Livingston et al., 2003. Esse anaerobicida poderá associar-se a um aminoglicosídeo sendo mais utilizada a gentamicina na dose de 3 a 5 mg/kg de peso/dia. Geralmente a dose é diluída e aplicada EV uma vez ao dia. Associa-se ao esquema a Ampicilina 1g a cada 6 horas caso a paciente esteja em mau estado geral, persista com febre após 48h de antimicrobianos, piora ou não melhora do estado clínico ou na presença de abscesso tubo-ovariano.

Formas Clínicas

Fecúndare

Assim que a pacientes tiver condições de esvaziamento uterino este deverá ser feito por pessoa experiente pelo alto risco de perfuração uterina. Nos casos onde a perfuração for evidente impõe-se a laparotomia exploradora com total inventário da cavidade abdominal. Nesses casos a resolução do quadro passa pela histerectomia total. Esta tem indicação também nos quadros localizados refratários ao tratamento clínico.

Assim que completar 48 horas apirética a paciente poderá receber alta com esquema igual ao da doença inflamatória pélvica, Classicamente a associação da doxiciclina 100mg 2x/dia e metronidazol 500mg de 12/12h até completar 14 dias de tratamento total.

Formas Clínicas

Fecúndare

“ Sua incidência ocorre entre 0,4 e 1% dos casais que tentam engravidar. ”

Abortamento:
Diagnóstico e Tratamento

45

ABORTAMENTO HABITUAL

Entidade também conhecida como aborto de repetição que consiste na ocorrência sucessiva de 3 ou mais abortamentos, consecutivos, sem qualquer feto vivo viável intercalado entre eles. Sua incidência ocorre entre 0,4 e 1% dos casais que tentam engravidar. Trabalho de Alberman mostra que o risco de um novo aborto após um, dois ou três abortamentos espontâneos gira na casa de 16%, 36% e 60% respectivamente. As causas do abortamento habitual são várias podendo ser divididas em anatômicas, genéticas, endócrinas, infecciosas e imunológicas.

Formas Clínicas

Fecúndare

“Estima-se que de 15 a 30% das pacientes com sinéquias podem apresentar abortamentos de repetição.”

Abortamento:
Diagnóstico e Tratamento

46

- Causas anatômicas:

Sinéquias: aderências intra-uterinas geralmente secundárias a manipulações uterinas prévias principalmente abortamentos sépticos que interferem no processo de implantação embrionária. Estima-se que de 15 a 30% das pacientes com sinéquias podem apresentar abortamentos de repetição. Seu diagnóstico é feito pela histerosalpingografia (HSG) e o tratamento é facilmente realizado pela histeroscopia.

Formas Clínicas

Fecúndare

“As portadoras de septo tem cerca de 85% de chances de abortar.”

Abortamento:
Diagnóstico e Tratamento

47

Malformações uterinas: estas, tem prevalência entre 0,1 a 10% da população geral. Nas mulheres com abortamentos de repetição sua incidência pode estar na casa dos 30%. Dentre as malformações mullerianas possíveis, a mais freqüente, o septo uterino, ocorre em cerca de 80% dos casos. As portadoras de septo tem cerca de 85% de chances de abortar. Com o advento da histeroscopia, a septoplastia passou a ser uma fácil intervenção trazendo grande benefício com baixo risco às pacientes.

Formas Clínicas

Fecúndare

“ Revisão apoiada em estudos não controlados mostrou incidência de 41% de abortamentos em pacientes com miomas. ”

Mioma uterino: sem dúvidas fatores importantes na causa do abortamento quando são submucosos ou intramurais causando deformidade da cavidade endometrial. Revisão apoiada em estudos não controlados mostrou incidência de 41% de abortamentos em pacientes com miomas. Esta incidência cai para 19% após miomectomia reforçando a impressão deletéria dos miomas na gestação.

Formas Clínicas

Fecúndare

“ Sua incidência é de 4,5:1000 partos, o que corresponde entre 8 e 15% dos casos de abortamento habitual. ”

Incompetência istmocervical: incapacidade da cérvix em manter a gestação até o final levando à interrupção precoce da gestação, normalmente a partir das 16 semanas de gestação. Pode existir de causa congênita ou adquirida pós cirurgias de manipulação cervical – conizações, septoplastias, etc. Sua incidência é de 4,5:1000 partos, o que corresponde entre 8 e 15% dos casos de abortamento habitual. O diagnóstico é basicamente clínico pela história de perdas consecutivas em idade gestacional cada vez mais precoce e sem sintomas dolorosos.

Formas Clínicas

Fecúndare

A paciente chega com o colo em dilatação avançada e muitas vezes com a bolsa amniótica protruindo pelo orifício cervical cujo concepto nasce vivo e com morfologia normal. O tratamento consiste na cerclagem uterina, técnica onde oclui-se o colo uterino com ponto de sutura inabsorvível nas primeiras 12 semanas de gestação. As técnicas mais conhecidas são a de Shirodkar – pioneira – e a de Mc Donald, mais utilizada. Nos últimos 5 anos a cerclagem laparoscópica em pacientes fora do período gestacional tem galgado espaço mas ainda faltando estudos prospectivos para estabelecer-se como procedimento padrão. A desvantagem incide no fato da retirada do ponto só ser viável via abdominal mas a sutura pode permanecer para uma próxima gestação.

Formas Clínicas

Fecúndare

“ Entre 3 e 10% dos casais com abortamento de repetição apresentam anomalias cromossômicas, isto corresponde a uma prevalência de 10 a 20 vezes maior do que na população geral. ”

Abortamento:
Diagnóstico e Tratamento

51

- Causas genéticas:

Entre 3 e 10% dos casais com abortamento de repetição apresentam anomalias cromossômicas, isto corresponde a uma prevalência de 10 a 20 vezes maior do que na população geral. Geralmente são defeitos cromossômicos intrínsecos dos genitores que fenotipicamente são normais. Sendo assim as translocações cromossômicas, os mosaicismos e as inversões tem sido apontadas como a principal causa de perda repetitiva do conceito. Nas translocações ocorre a quebra em dois cromossomos não homólogos com troca de porções de cromatina. Caso não tenha perda de material genético ocorrem translocações balanceadas onde o fenótipo do portador será normal.

Formas Clínicas

Fecúndare

Nos mosaicismos o indivíduo tem duas ou mais linhagens de células decorrentes de erro de mitoses do zigoto. Caso a linhagem anormal envolva as células germinativas os conceitos serão cromossomicamente anormais. As inversões são alterações decorrentes da quebra de um filamento da cromatina com sua rotação. Isto predispõe a maior incidência de crossing-over entre as cromátides, com conseqüentes anomalias incompatíveis com a vida. Sua real participação nos abortamentos habituais ainda é controversa.

Nos casos de perdas recorrentes com o cariótipo, inclusive do conceito normal, temos que pensar nas mulheres portadoras da mutação do gene da metilenotetrahidrofolato redutase, homozigótica e que está associada a uma elevação da homocisteinemia.

Formas Clínicas

Fecúndare

- Causas endócrinas:

De todas as causas de abortamento habitual as origens endócrinas são as mais controversas. Entre elas temos:

Insuficiência Lútea: sabidamente a qualidade do corpo lúteo está intimamente ligada a manutenção da gestação nas suas primeiras semanas. Talvez a deficiência já venha da pouca estimulação hipofisária , diminuindo FSH e LH com consequente esteroidogenese inadequada e defeito nos receptores endometriais.

Formas Clínicas

Fecúndare

“ [...] a qualidade do corpo lúteo está intimamente ligada a manutenção da gestação nas suas primeiras semanas. ”

Vale lembrar o papel da hiperprolactinemia que, traz aumento do efeito dopaminérgico com conseqüente ação luteolítica. O tratamento consiste na reposição de progesterona natural dando-se preferência pela via vaginal. Alguns autores advogam o uso associado à progesterona de doses de 1.500 a 5.000 UI de gonadotrofina coriônica (HCG) a cada 3 dias.

Formas Clínicas

Fecúndare

“ Entre 3 e 10% dos casais com abortamento de repetição apresentam anomalias cromossômicas, isto corresponde a uma prevalência de 10 a 20 vezes maior do que na população geral. ”

Abortamento:
Diagnóstico e Tratamento

55

Diabetes mellitus: Tem-se discreto aumento nas taxas de abortamento em pacientes descompensadas. Em contrapartida nas subclínicas e nas compensadas não existe índice maior de perdas.

Tireoidopatias: existe certa controvérsia entre a presença de anticorpos antitireoidianos e abortamento. Mais evidente é a relação entre mulheres com hipotireoidismo não tratado e perdas fetais precoces.

Formas Clínicas

Fecúndare

- Causas infecciosas:

Na teoria, infecções maternas (bacterianas e virais) podem causar abortamentos por lesões da decídua, da placenta e do próprio embrião ou feto. Patógenos como *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Streptococcus agalactiae*, *Cytomegalovirus* e *Listeria monocytogenes*. Para um evento único fica até fácil o entendimento da ação infecciosa no abortamento. Nos casos de abortamento de repetição a influencia fica menos evidente ou pelo uso de tratamento específico ou pelo fato de algumas dessas doenças serem auto-limitadas com resolução espontânea.

Formas Clínicas

Fecúndare

- Causas imunológicas:

Bastante relacionadas com as perdas gestacionais de repetição. Podem ser divididas em auto-imunes e aloimunes.

Causas auto-imunes: como já citado anteriormente o anticoagulante lúpico e a anticardiolipina estão relacionados com várias complicações obstétricas entre as quais encontra-se o abortamento habitual. Os anticorpos antifosfolípedes são famílias heterogêneas de imunoglobulinas – IgG e IgM – que reagem contra fosfolípedes de membrana e contra fosfolípedes envolvidos na coagulação.

Formas Clínicas

Fecúndare

“ [...] o anticoagulante lúpico e a anticardiolipina estão relacionados com várias complicações obstétricas entre as quais encontra-se o abortamento habitual. ”

Abortamento:
Diagnóstico e Tratamento

58

Sua principal manifestação clínica é a tendência ao tromboembolismo. Por muito tempo essas alterações eram relacionadas a perdas fetais tardia. Hoje estão relacionadas a perdas precoces devido a seus efeitos deletérios no trofoblasto causando prejuízos na implantação e no desenvolvimento embrionário. O tratamento atual preconizado passa pelo uso de ácido acetilsalicílico – AAS - (1 mg/Kg/dia) associado à heparina de baixo peso molecular. Alguns autores preconizam a associação de AAS com corticóides. Apesar dos bons resultados são comuns complicações como crescimento fetal restrito, hipertensão e parto prematuro.

Formas Clínicas

Fecúndare

Causas aloimunes: termo que diz respeito a diferenças genéticas entre indivíduos da mesma espécie. Neste ponto a gravidez humana sempre foi um desafio ao sistema imunológico de reconhecimento e rejeição. Como se processa a tolerância imunológica da mãe ao organismo fetal continua ainda um mistério. A teoria aloimune para abortamentos de repetição está baseada numa resposta materna anormal contra antígenos estranhos vindos do pai. Recentemente descobriram-se anticorpos produzidos pela grávida com função protetora em relação à gravidez – Anticorpo Antilinfocitotóxico, Fator Bloqueador da Reação Linfocitária Mista e Anticorpo contra receptores para a fração Fc das imunoglobulinas. Estes, ao contrário do que entendemos por função de anticorpo, fariam oposição à rejeição materno-fetal.

*Abortamento:
Diagnóstico e Tratamento*

Formas Clínicas

Fecúndare

Baseado no conhecimento de que a transfusão de sangue prévia do doador nos transplantes renais diminuíram as rejeições, acredita-se que transfusão prévia de linfócitos paternos estimule a formação desses anticorpos protetores na mãe. Apesar de alguns trabalhos terem mostrado quase o dobro de casos com bom resultado em casais com uso de vacinas, existem muitas controvérsia no real papel dos anticorpos protetores na etiologia do abortamento de repetição além da eficácia e inocuidade da transfusão de linfócitos paternos.



Questões

Fecundare

Questões

Fecundare

1) Paciente com ciclos menstruais longos e irregulares com media de 35 dias. Apresenta-se com atraso menstrual de 8 dias. Faz HCG plasmático quantitativo mostrando resultado de 80 UI/ml. Realiza Ultrassom transvaginal que traz como resultado saco gestacional sem embrião visível, compatível com 4,5 semanas. Qual a melhor conduta?

- a) indicar repouso absoluto e iniciar com progesterona vaginal
- b) encaminhar a paciente para AMIU.
- c) não fazer nada
- d) alertar a paciente do risco de estar interrompida e repetir US em 7 dias.

R: letra D. Como a paciente tem ciclos longos, sua provável ovulação deve ocorrer por volta do 20º ao 22º dia do ciclo o que acarreta num tempo de gestação menor em relação a data da última menstruação. Desta forma, como trata-se de uma gestação normal não tem nada a fazer

Questões

Fecundare

2) Paciente com gestação de 8 semanas apresentando sangramento vaginal discreto mais colicas leves. Ao exame de toque o utero e compativel com a IG, fechado e conservado. O US apresenta-se compativel com IG e minima área de descolamento placentário (cerca de 15%). Qual a melhor conduta?

- a) encaminhar para AMIU por tratar-se de um abortamento inevitável
- b) deixar a paciente em repouso absoluto com membros inferiores elevados usando anti-espasmódicos de 6/6h
- c) indicar repouso relativo podendo-se associar progesterona via vaginal
- d) não fazer nada

R: letra C. Visto que a paciente apresenta um quadro de ameaça de abortamento com pequena área de descolamento o repouso associado ao uso de progesterona tem sido a conduta mais aceita e com melhores resultados nestes casos. Há controvérsias quanto ao uso da progesterona mas visto que esta tem ação na diminuição da contração do miométrio somos a favor de sua utilização.

Questões

Fecundare

3) Qual a melhor conduta numa paciente com abortamento retido, sendo que pela DUM está com 11 semanas e pelo US a gestação corresponde a 7 semanas? Ao toque o colo esta conservado, longo e fechado.

- a) expectante aguardando iniciarem as contrações uterinas para depois curetar.
- b) AMIU ou curetagem direto
- c) macroindução seguida de AMIU ou curetagem.
- d) misoprostol vaginal e oral, seguido de macroindução e curetagem assim que o colo uterino trabalhar.

R: Letra D. Em úteros com colo fechado e longo, mesmo quando a gestação interropeu-se nas primeiras 8 semanas, portanto o volume uterino não é excessivo, a tentativa de trabalhar o colo para facilitar a sua dilatação com posterior curetagem traz menor morbidade para a paciente.

Questões

Fecundare

4) Paciente 19 anos com quadro clínico de abortamento incompleto com sangramento importante mais intensa dor pélvica, febre, secreção vaginal fétida, oligúria e obnubilada. Ao exame clínico apresenta pressão arterial 40x20 mmHg, hipocorada e desidratada. Ao toque o colo está aberto, útero compatível com cerca de 10 semanas, dor intensa à mobilização uterina. A melhor conduta será:

- a) instituir fluidoterapia e sangue emergencial com curetagem imediata iniciando junto antibioticoterapia visto que a paciente está chocada
- b) iniciar imediatamente com antibiótico mais soroterapia e aguardar 6 a 12h até curetar.
- c) usar macroindução associada a antibióticos e sangue, curetar em 6h
- d). internar para solicitar exames laboratoriais e após iniciar antibioticoterapia.

R: letra A. Neste caso, não temos como iniciar antibioticoterapia por mais de 12h previamente ao procedimento cirúrgico pois devemos estancar o sangramento em paciente chocada. Desta forma a curetagem será realizada com muito cuidado, por mãos experientes e com seguimento da paciente em CTI pelo grande risco de morte que a mesma corre.

Questões

Fecundare

5) Qual a conduta num casal com 4 abortamentos consecutivos, todos antes das 12 semanas de gestação apresentando embrião com BCF nas 8 sem, cariótipo do ultimo concepto normal e com alteração da anticardiolipina, do anticoagulante lúpico e da proteína S?

- a) encaminhar para a doação de gametas ou adoção pois trata-se de uma causa genética.
- b) indicar nova tentativa com uso prévio de AAS e heparina de alto peso molecular.
- c) fazer 3 doses de vacina preparada com linfócitos paternos independente do resultado do cross match já que foram 4 eventos e o cariótipo é normal
- e) indicar nova gestação com suplementação de progesterona assim que atrasar a menstruação.

R. letra B. Trata-se com certeza de um caso de abortamento de repetição de causa auto-imune pelo aspecto da anamnese e das alterações dos exames de cardiolipina, anticoagulante lúpico e Proteína S. Nestes casos está bem comprovado que o uso de anti agregador plaquetário mais anticoagulante aumentam muito as chances de uma gestação evoluir ao termo.

Questões

Fecundare

6) Em ultrassom precoce, quais seriam os 3 principais sinais de má evolução?

- a) descolamento de córion, vesícula vitelina aumentada e taquicardia embrionária.
- b) saco gestacional aumentado, vesícula vitelina opacificada e taquicardia embrionária.
- c) saco gestacional irregular, vesícula vitelina com contorno espessado e taquicardia fetal
- d) vesícula vitelina aumentada de volume, bradicardia embrionária e saco gestacional diminuído em relação ao CCN do embrião.

R: letra D. As três características citadas, associadas a um erro na cronologia medida, ou seja, gestação com data da concepção conhecida e a idade gestacional ultrasonográfica não correspondente dá diagnóstico de má evolução da gestação.

Questões

Fecundare

7) Quando podemos considerar um hematoma subcoriônico de mau prognóstico??

- a) quando é hiperecogênico e excede 20% do volume do saco gestacional
- b) quando está localizado na zona de implantação e seu volume excede 50% do volume do saco gestacional
- c? quando localiza-se junto ao OCI (colo uterino) e excede 30% do volume do saco gestacional
- d) quando está localizado dentro do celoma extraembrionário e tem volume de 40% do saco gestacional.

R: letra B. Quanto menor a idade gestacional, maior é o dano para a gestação no caso de descolamento da decídua. A grande maioria dos casos evolui para a interrupção quando a área descolada excede 50% do volume do saco gestacional. Todas as outras situações, apesar de também apresentarem risco de interrupção, esta é menor.

Questões

Fecundare

8) Qual exame mais indicado na suspeita de um abortamento incompleto?

- a) dosagem de HCG quantitativo
- b) ultrassom pélvico.
- c) ultrassom transvaginal com doppler colorfluxometria.
- d) ultrassom pélvico + HCG quantitativo

R: letra C. A melhor forma de avaliarmos se ainda existem restos placentares para termos diagnóstico de abortamento incompleto ou não é pela ultrasonografia via transvaginal associada ao doppler colorido onde pesquisa-se a presença ou não de fluxo sanguíneo nos restos.

Questões

Fecundare

9) Em caso de gestação múltipla, que sinais ultrasonográficos sugerem má evolução?

- a) diferenças marcantes no volume dos sacos gestacionais com CCNs francamente distintos (1 sem ou +).
- b) bradicardia embrionária.
- c) localização baixa dos sacos gestacionais
- d) malformações embrionárias.

R: letra A. Diferença maior do que 1 semana entre as idades gestacionais em gestação múltipla representa um péssimo prognóstico configurando, o descompasso de cronologia dos embriões um péssimo prognóstico gestacional.

Questões

Fecundare

10) Acima de qual dosagem de HCG plasmático é obrigatória a identificação de saco gestacional tópico e em que diâmetro médio do saco gestacional é obrigatória a identificação de embrião e de seus batimentos cardíacos?

- a) HCG acima de 1500 e SG de 10mm.
- b) HCG acima de 1000 e SG de 12mm.
- c) HCG acima de 300 e SG acima de 16mm
- d) HCG acima de 100 e SG de 10mm

R: letra C. São dados da literatura mundial. Acima de 300 U/ml de HSG deve-se ver o saco gestacional. A sua ausência na cavidade endometrial deve-nos alertar para gestação ectópica. Para prognóstico de viabilidade da gestação todo o saco gestacional maior do que 16mm deve conter o embrião com seus BCFs presentes



Bibliografia

Fecundare

Bibliografia

Fecundare

1. Zugaib M – Zugaib Obsterícia, seção 5. 1ª edição – 2005; 534-548
2. Costa C F F; Costa H L F F. Abortamento. Tratado de Obstetrícia da Febrasgo 2009; 413-421
3. Montenegro C A B, Filho J R, Abortamento, Obstetrícia Rezende 11ª edição, 2010; 354-368.
4. Vinatier D, Dufour P, Bérard J et Leroy JL. Avortements spontanés à repetition. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Gynécologie, 770-A-20, 1988
5. Tulandi D, et all - Spontaneus abortion: risk factors, etiology, clinical manifestations and diagnostic evaluation – UpToDate Inc. – 2010
6. Bromley B et all. Small sac size in the first trimester: a predictor of poor fetal outcome. Radiology 1991; 178:375-377

Bibliografia

Fecundare

7. Coulam CB (34-56 days from last menstrual period) ultrasonographic measurements in normal pregnancies. Hum Reprod 1996; 11: 1771-74

8. Kurjak A, Kupesic S. Doppler assessment of the intervillous blood flow in normal and anormal early pregnancy. Obstet Gynecol 1997;89:252-256

9. Neto J A S, Nascimento R, Silveira S K, Abortamento - Manual de Rotinas em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Carmela Dutra 2009; 12-20

10. Savaris R F, Abortamento – Rotinas em Obstetrícia, Freitas e col. 5ª edição; 70-77

11. Kurjak A, et all, Recent advances in the Doppler study of early pregnancy: rational and clinical potential. J Perinat Med 1994; 22:475-82

12. Goldstein SR et all. Very early pregnancy detection with transvaginal ultrasound. Obstet gynecol 1988;72:200-4

Bibliografia

Fecundare

13. Lindsay Dj. Yolk Sac diameter and shape at endovaginal US: predictors of pregnancy outcome in the first trimester. Radiology 1992; 183:115-18.
14. Nicolaides K et al 11-14 scan: the diagnosis of fetal anomalies. Cosenza editoriale BI OS s.a.s 2000 194 p.
15. Tulandi D, et al – Spontaneous Abortion: Management - UpToDate Inc. 2010.



Sobre a Clínica Fecondare

Fecondare

Sobre

Fecõndare

A Clínica Fecondare é especializada em medicina reprodutiva. Multidisciplinar, a equipe é constituída por profissionais da área da ginecologia, psicologia e embriologia.

Abortamento:
Diagnóstico e Tratamento





Dra. Ana Lúcia Bertini Zarth
Ginecologista
CRM-SC 8534 e RQE 10334



Dr. Jean Louis Maillard
Ginecologista
CRM-SC 9987, CRM-RS 13107 e RQE 5605



Dr. Marcelo Costa Ferreira
Ginecologista
CRM 7223 e RQE 2935



Dr. Ricardo Nascimento
Ginecologista
CRM-SC 3198 e RQE 2109



Fernanda Souza Peruzzato
Embriologista
CRBM-5 0934



Maria Gabriela Pinho Peixe
Psicóloga
CRP – 12/06513



Ivani Bielak
Técnica em Enfermagem



Jussara do Nascimento Flores
Secretária

Siga nossas redes sociais



www.fecondare.com.br

Responsável técnico: Ricardo Nascimento - CRM 3198 - RQE 2109

Fecondare
