

A group of four healthcare professionals, including a man and three women, are seated around a table in a meeting. They are dressed in professional attire, such as white lab coats and scrubs. The image is overlaid with a blue tint. The word "ABORTAMENTO" is written in large, white, bold, sans-serif capital letters across the center of the image.

ABORTAMENTO

curso • **Obstetrícia**

• DEFINIÇÃO

Trata-se da **interrupção da gestação com feto pesando menos de 500g ou com idade gestacional inferior a 20 ou 22 semanas** (variando com a literatura). O abortamento é o processo de eliminação, enquanto o aborto é o produto eliminado. Chama-se abortamento subclínico aquele que ocorreu antes da próxima falha menstrual, não tendo sido diagnosticada a gestação, e de abortamento clínico aquele que ocorre após confirmação diagnóstica por meio do beta-hCG e/ou ultrassonografia. Estima-se que cerca de 10 - 15% das gestações diagnosticadas terminam em abortamento. É um importante diagnóstico diferencial mediante queixa de sangramento na primeira metade da gestação.

• ETIOLOGIA

1) Anormalidades Cromossômicas

São as **causas mais comuns** de abortamento, sendo responsáveis por cerca de 50-80% dos abortos. A causa mais frequente são as **aneuploidias**, (destaque para as trissomias do 16, 22, 21, 15, 13, 2 e 14). A segunda causa de alteração cromossômica que se relaciona ao abortamento é a monossomia do cromossomo X. O risco de acontecer é maior conforme a idade materna avançada.

2) Desordens Anatômicas

2.1. Incompetência istmo cervical

É causa de abortamentos tardios (geralmente de segundo trimestre). O colo sofre processo de abertura ao longo da gestação, levando a um comprometimento mecânico da retenção fetal, com conseqüente abortamento.

2.2. Miomas

Principalmente o tipo submucoso ou intramural com distorção importante da cavidade uterina



2.3. Malformações uterinas

Útero bicorno e didelfo - levam à incompetência istmo cervical o que justifica a maior taxa de abortamento, sendo maior a taxa de insucesso no útero bicorno que no didelfo. Útero septado é uma das malformações com maior prevalência e de melhor prognóstico, pode ser corrigido cirurgicamente prévio a gestação.

2.4. Sinéquias uterinas (síndrome de Asherman)

São aderências endometriais, sua formação está ligada a agressões no endométrio, como curetagens de repetição. O diagnóstico e tratamento histeroscópico é possível, revertendo esse fator de risco. As sinéquias uterinas são mais associadas a infertilidade do que a abortamento

2.5. Distopias uterinas

São posições uterinas anômalas.

3) Doenças endócrinas

3.1. Insuficiência lútea

Produção insuficiente de progesterona pelo corpo lúteo o que leva a um desenvolvimento inadequado do endométrio, dado que é esta produção de progesterona que mantém o endométrio nas primeiras 6-7 semanas de gestação, assim falhas na produção podem levar ao abortamento.

3.2. Doenças da tireóide

Tradicionalmente o hipotireoidismo e a presença do anticorpo antitireoperoxidase são fatores de risco para o abortamento

3.3. Diabetes mellitus insulín-dependente com mal controle de doença tem maior chance de abortamento.



3.4. Síndrome dos ovários policísticos

A combinação de altos níveis de hormônio luteinizante (LH), testosterona e androstenediona com a resistência insulínica aumentada, parecem ser fatores associados a maior incidência (20-40%) de abortamento nesse grupo de pacientes.

4) Doenças autoimunes

Síndrome do Anticorpo Antifosfolípídeo (SAAF): é uma trombofilia autoimune que leva a maior incidência de trombose arterial e venosa, sendo causa de abortamento de repetição em cerca de 15-20% das mulheres com abortamento habitual. A fisiopatologia está relacionada a ocorrência de trombose e de infarto placentário.

5) Infecções

Rubéola, parvovirose, citomegalovírus, listeriose, herpes simples, hepatite B, HIV, infecção do trato urinário (ITU), infecções ascendentes (vaginose, clamídia, gonorréia), sífilis, toxoplasmose, malária, estreptococos do grupo B no trato genital inferior.

• FATORES DE RISCO

- Idade materna avançada
- Uso de álcool
- Uso de cocaína
- Uso excessivo de cafeína
- Tabagismo materno (e paterno)



- Nova gestação nos primeiros três meses após o parto anterior
- Uso de DIU
- Medicamentos: misoprostol, retinoides, metotrexate, AINEs
- Abortamentos provocados prévios
- Radiação em altas doses
- Peso paterno (IMC < 18.5 ou > 25 kg/m²)
- Doença celíaca

• CLASSIFICAÇÃO

1) Abortamento precoce

Interrupção de gestação até a 12^a semana gestacional

2) Abortamento tardio

Ocorrendo após a 12^a semana gestacional (e antes da 20^a/22^a semanas).

3) Abortamento habitual

Ocorrência de 3 ou mais episódios consecutivos de abortamento. Deve ter sua etiologia investigada.



• APRESENTAÇÃO CLÍNICA E CONDUTA

1) Ameaça de abortamento (ou abortamento evitável)

Ainda não ocorreu o abortamento de forma definitiva e pode ou não se concretizar

1.1. Apresentação clínica

Paciente refere sangramento vaginal de pequena intensidade associado a dor abdominal tipo cólica leve que pode estar ausente. Ao exame físico: colo uterino encontra-se fechado e tamanho uterino compatível com a idade gestacional.

1.2. Exames laboratoriais

Valores de beta-hCG encontram-se dentro da normalidade (na presença do saco gestacional deve estar >1000 mUI/ml e na dosagem seriada deve aumentar cerca de 66% a cada 48h).

1.3. Ultrassonografia (USG)

Sem alterações significativas, com saco gestacional íntegro e, a depender da idade gestacional, presença de batimentos cardíofetais.

* Caso não seja encontrado gestação intrauterina na USG, considerar a possibilidade de gestação ectópica e investigar de acordo (a gravidez ectópica é um dos diagnósticos diferenciais dos sangramentos da primeira metade).

1.4. Conduta

Repouso relativo, abstinência sexual, prescrever antiespasmódicos, se necessário (Hioscina: 1 comprimido VO até de 6/6 horas em caso de cólicas), acompanhamento ambulatorial e avaliar necessidade de USG seriada.



*A administração de progesterona exógena é ainda controversa

2) Abortamento inevitável

É a progressão da ameaça de abortamento para a concretização desse, assim, há um ovo inviável, ainda não houve saída de todo material pelo colo, mas esta será inevitável.

2.1. Apresentação clínica

Paciente refere sangramento vaginal de moderada a grande quantidade, sempre associado a dor abdominal em cólica, cíclica em hipogastro. Ao exame especular observa-se o colo uterino aberto (permeável), com saída de sangue (pode ter outros achados, como bolsa amniótica herniada).

2.2. Exames laboratoriais

Beta-hCG pode ainda estar positivo, mas menor que o esperado para a idade gestacional. A dosagem seriada demonstra valores decrescentes.

2.3. Ultrassonografia

Há sinais de descolamento decidual, com hematoma retro ovular, saco gestacional irregular, mas ainda presente, e pode ou não ser detectado BCF.

2.4. Conduta:

- Para todas as pacientes: internação, monitorizar sinais vitais a cada 6h, hidratação venosa, solicitar hemograma (anemia? infecção?) tipagem sanguínea e coombs indireto (se ambos negativo, deve ser realizada imunoglobulina anti-Rh para prevenção da aloimunização). Atentar para necessidade de antibioticoterapia nos casos de abortamento provocado.



- Gestação < ou = 12 semanas: opções devem ser discutidas com a gestante e avaliar as indicações e benefícios de cada uma
 - **Abordagem farmacológica:** misoprostol (800 mcg a cada 12h ou 400 mcg a cada 8h via vaginal) - opção de menor custo, isenta dos riscos de dilatação cirúrgica do colo uterino, da perfuração uterina, da possibilidade de sinéquia e risco anestésico, mas tem como desvantagens o maior tempo para resolução e os efeitos colaterais até a expulsão (cólica, sangramento, náusea, calafrio). Pode ainda ser necessária a abordagem cirúrgica.

OU

- **Abordagem cirúrgica:** por aspiração manual intrauterina (AMIU) ou curetagem uterina (se colo fechado pode ser usado misoprostol 400 ou 600 mcg via vaginal 3h antes do procedimento para amolecer colo uterino).
- Gestação > 12 semanas:
 - Estimular a **expulsão do ovo** com tratamento medicamentoso (Misoprostol 200µg via vaginal de 6 em 6 horas) - é obrigatória a expulsão do ovo devido ao grau de desenvolvimento da gestação que dificulta o esvaziamento da cavidade.

+

- **Esvaziamento da cavidade** uterina por curetagem

+



- **Inibição da lactação** com cabergolina (1 mg - 2 comprimidos (de 0,5mg) VO em dose única).

3) Abortamento completo

Já ocorreu a **eliminação total do feto e anexos fetais**. É mais frequente quando a perda gestacional acontece até oito semanas de gravidez.

3.1. Apresentação clínica

Ocorre sangramento e cólica, mas esses cessam espontaneamente. Ao exame o tamanho uterino é menor para a idade gestacional, e ao exame especular, o colo encontra-se fechado (ou ainda entre aberto).

3.2. Exames laboratoriais

Dosagem do beta-hCG negativa ou decrescente

3.3. Ultrassonografia

Cavidade uterina vazia, podendo haver apenas coágulos.

*Atenção para gestação ectópica como um importante diagnóstico diferencial.

3.4. Conduta

Não é necessário **nenhum tipo de tratamento**, mas deve ser solicitada tipagem sanguínea e coombs indireto e caso Rh negativo, administrar imunoglobulina anti-Rh. Encaminhar paciente para acompanhamento ambulatorial.

4) Abortamento incompleto

Ocorre quando o **abortamento está em curso** e há somente eliminação parcial do conteúdo uterino.



4.1. Apresentação clínica

Paciente apresenta história de sangramento e cólica, ambos de intensidades variáveis. Ao exame o tamanho uterino encontra-se menor que o esperado para a idade gestacional, o colo uterino pode estar ainda aberto, (podendo ser observado o sangramento ativo) ou já fechado.

4.2. Exame laboratorial

Dosagem do beta-hCG negativa ou decrescente.

4.3. Ultrassonografia

Observa-se a presença de restos ovulares compondo um material amorfo e mal definido (descrição de espessamento endometrial ao exame). Nos casos onde ao exame observa-se o colo fechado, o diagnóstico de abortamento incompleto demanda a análise ultrassonográfica.

4.4. Conduta

É idêntica ao abortamento inevitável, ou seja, é necessário o **esvaziamento uterino**, devendo ser avaliado o melhor método mediante a idade gestacional, as indicações clínicas e escolhas da gestante.

5) Abortamento infectado (ou séptico)

É uma complicação do abortamento incompleto, geralmente associada a tentativas de provocar abortamento. Ocorre infecção por ascensão das bactérias do trato genital inferior provocando infecção polimicrobiana e de extensão e comprometimento clínico variáveis. As bactérias envolvidas são: cocos anaeróbios, gram negativos, *Clostridium perfringens* e bacterioides.

5.1. Apresentação clínica

A infecção se inicia como uma endometrite, podendo se manter restrita a cavi-



dade uterina, se demonstrando por cólica e febre baixa; pode se estender para miométrio, paramétrio, anexos e peritônio pélvico, provocando quadro de febre alta (>39°C), taquicardia, desidratação, dor importante que dificulta o exame clínico, útero amolecido e colo entre aberto com saída de secreção fétida, associada ao sangramento; pode se estender provocando peritonite, sepse e choque séptico.

5.2. Ultrassonografia

Restos ovulares e presença de coleções purulentas em fundo de saco de Douglas.

5.3. Conduta

Internar todas as pacientes, coletar exames laboratoriais (hemograma, ABO/Rh, VDRL, anti-HIV, provas de função hepática e renal, EAS) e culturas (avaliar a necessidade individualmente), iniciar reposição da volemia, iniciar antibioticoterapia e realizar o esvaziamento uterino 1h após o início do antibiótico.

- Antibioticoterapia: manter por 7-10 dias - **Gentamicina** (1,5mg/kg/ dose IV de 8/8h) + **Clindamicina** (600-900 mg IV a cada 6 a 8h) ou metronidazol. Acrescentar ampicilina (500mg a 1g 6/6h) ou penicilina cristalina (20-40 milhões UI/dia) caso falha. Alterar antibioticoterapia de acordo com a cultura. Para casos restritos de endometrite, manter o esquema antibiótico descrito acima por 48 a 72 horas após final dos sintomas.
- Esvaziamento uterino: Há risco de perfuração uterina aumentado durante o procedimento, assim indica-se a administração de ocitocina 1h antes e durante o procedimento. Se possível, realizar o procedimento de esvaziamento guiado por USG.
 - < ou = 12 semanas : deve ser realizado **AMIU ou curetagem** (se colo fechado pode ser usado misoprostol 400 ou 600 mcg via vaginal 3h antes do procedimento para amolecer colo uterino)



- 12 semanas: Estimular a **expulsão do ovo** com tratamento medicamentoso (Misoprostol 200µg via vaginal de 6 em 6 horas) + **Esvaziamento da cavidade** uterina por curetagem + **Inibição da lactação** com cabergolina (1 mg - 2 comprimidos VO em dose única).
- Realizar a profilaxia antitetânica: administrar antitoxina 10.000 UI IV de soro antitetânico (SAT), se a paciente não for adequadamente vacinada; se vacinação em dia não é necessário o SAT, realizar nova dose da vacina se a última foi há mais de 5 anos.
- Evolução : Melhora clínica: após completar esquema terapêutico, alta hospitalar X Manutenção ou piora do quadro clínico: Investigar se há persistência de restos ovulares (realizar novo esvaziamento), presença de abscessos (realizar drenagem), tromboflebite séptica (administrar heparina em doses terapêuticas); nos casos graves se não houver melhora clínica em 48h pode ser necessária a histerectomia e lavagem da cavidade abdominal.

6) Abortamento retido

Houve a interrupção da gestação, mas o ovo morto permaneceu retido na cavidade uterina, por um período de pelo menos 4 semanas.

6.1. Apresentação clínica

Paciente geralmente assintomática, pode haver episódio de sangramento vaginal. Observam-se sinais de regressão dos sintomas de gravidez (melhora das náuseas, vômitos, sonolência, polaciúria etc). Ao exame: colo encontra-se fechado e tamanho uterino está mantido estável ou involui.

6.2. Laboratório

Beta HCG em níveis decrescentes



6.3. Ultrassonografia

É o que define o diagnóstico. Observa-se embrião/feto sem vitalidade ou ausência de embrião (ovo anembrionado). A USG deve ser repetida em 15 dias para ter o diagnóstico confirmado caso a idade gestacional estimada seja menor que 7 semanas.

6.4. Conduta

Pode ser expectante ou pode ser procedido com a internação e esvaziamento uterino.

- Gestação < ou = 12 semanas: misoprostol (800 mcg a cada 12h ou 400 mcg a cada 8h via vaginal) OU AMIU ou curetagem uterina (se colo fechado pode ser usado misoprostol 400 ou 600 mcg via vaginal 3h antes do procedimento para amolecer colo uterino).
- Gestação > 12 semanas: Estimular a **expulsão do ovo** com misoprostol 200µg via vaginal de 6 em 6 horas + **Esvaziamento da cavidade** uterina por curetagem + **Inibição da lactação** com cabergolina (1 mg - 2 comprimidos VO em dose única).

• CONSIDERAÇÕES FINAIS:

1) Contraindicações absolutas para o uso de misoprostol

Alto risco de rotura uterina (mais de uma cesárea anterior ou cirurgias uterinas prévias e indução no 2º ou 3º trimestre); placenta prévia; gestação ectópica suspeita ou confirmada; doença trofoblástica gestacional; alergia; presença de DIU (retirá-lo antes).

2) Conduta expectante

Maior risco associado de complicações maternas como sangramento, coagula-



ção intravascular disseminada, infecções, etc. Por isso, não é um método bem aceito pela maioria dos autores.

Na alta hospitalar, o médico deverá fornecer à paciente licença médica para repouso domiciliar pelo período de 14 (quatorze dias) a contar da data do abortamento, em formulário próprio ou no receituário da instituição.

