**PÓS OPERATÓRIO EM ABDOME AGUDO E SEUS CUIDADOS CLÍNICOS DENTRO DA GINECOLOGIA**

**Thiago Ruam Nascimento**Enfermagem - Uninassau/Recife
thiago.ruan19@gmail.com

**Maríllia Gomes Valeriano Rocha**Faculdade Morgana potrich
Gomesmarilliagvr@gmail.com

**Jefferson Araujo de Souza**FAMP
jeffaraujo67@gmail.com

**Isabelle Hiromi Satori**Universidade Nove de Julho
Isa.hiromisatori@uni9.edu.br

**Stefani Lorraine Borges de Macedo Caneppele**
FAMP
slb\_macedo@hotmail.com

**TAINAN GOMES FERREIRA**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
tainanferreira@uni9.edu.br

**CHARLIZE DIAS ROCHA**Universidade Estácio de Sá
charlizerochamed@gmail.com

**Wilson Cazarim Neto**Univerdade Presidente Antônio Carlos
wilson.cazarim1@gmail.com

**Felipe Gaudie Gurian**FAMP - Faculdade Morgana Potrich
gaudiemd@gmail.com

**Mateus Provete de Andrade**Faculdade Morgana Potrich
mateusprovete@outlook.com.br

**Any kelry rodrigues ferreira**Faculdade Morgana Potrich
any\_kelry.rodrigues@hotmail.com

**RESUMO**

O leiomioma é um tumor benigno de miométrio, sendo a neoplasia uterina mais comum. Há cerca de 27 anos, a incidência de leiomiomas uterinos durante a gravidez, tem variado de 2,7 a 12,6%. Neste caso, tem-se primigesta de 22 anos com idade gestacional de 7 semanas e 6 dias datada por ultrassom, negra, sem comorbidades pregressas com queixa de dor intensa em fossas ilíacas bilaterais de início súbito associada à lombalgia e à êmese recorrente. Ao exame físico, possui sinais vitais estáveis, abdome gravídico, dor difusa em abdome inferior, sem sinais de peritonite, altura uterina de 25 cm e sinal de Giordano ausente; ao toque vaginal apresentava colo grosso, posterior e fechado. A Ressonância Magnética do Abdome Total detectou volumosa massa expansiva intra-peritonial junto à parede anterior do útero, com aparente pedúnculo vascular com aspecto de torção junto à serosa uterina anterior. A partir dessa suspeita, foi indicada miomectomia de leiomioma subseroso, a qual ocorreu sem intercorrências. Paciente prosseguiu com a gestação e parto ocorreu via cesárea a termo, sem complicações. Conclui-se que durante a gestação com leiomiomas, o diagnóstico por sua maioria é favorável e sem complicações, entretanto estes podem manifestar-se raramente de maneira aguda em casos de torção do pedúnculo necessitando de intervenção cirúrgica rápida.

**Palavras-chave:** pedúnculo leiomiomatoso, leiomioma, gestantes, miomectomia.

* **INTRODUÇÃO**

Os leiomiomas são as formas mais comuns de tumores uterinos benignos, especificamente do miométrio. Possuem origem monoclonal de células musculares lisas uterinas com grande quantidade de matriz extracelular constituída por colágeno, proteoglicanas e fibronectina (1–3).

Os leiomiomas atingem cerca de 20 a 40% das mulheres em idade reprodutiva, possuindo maior prevalência em nulíparas, mulheres de ascendência africana seguidas por ascendência europeia (2,4–7). Contudo, é provável que sua incidência relatada seja subestimada, pois cerca de 70 a 75% dos tumores são assintomáticos ou levemente sintomáticos e, portanto, permanecem sem diagnóstico (8). A incidência de leiomiomas uterinos durante a gravidez há cerca de 27 anos variava de 0,09 a 3,9% (9). Estudo retrospectivo e descritivo descreveu uma baixa incidência de leiomiomas uterinos associados à gestação, mesmo com o uso rotineiro da ultrassonografia (USG) (10). Tem sido observado aumento desses números por diversas razões, entre elas a tendência da mulher moderna em postergar suas gestações após os 30 anos, em que os leiomiomas são mais comuns. Outra razão é a difusão da USG obstétrica durante o pré-natal (10,11). Atualmente, esse número varia entre 2,7 a 12,6% e pode representar um risco relativo durante a gestação (3,6,12).

Postula-se que esses tumores surgem sob influência de hormônios gonadais (progesterona e 17b-estradiol). (5). Neste aspecto, condições hormonais, como menarca precoce, são fatores de risco para o leiomioma, assim como raça negra, história familiar, fatores hormonais, metabólicos e dietéticos como a ingestão de álcool e cafeína (2,3,13), como ilustra a **Figura 1**.

Figura 1: Ilustração de fatores de risco e quadro clínico do leiomioma, criada pelas autoras a partir de BioRender.com.



Fonte: próprio autor.

Muitos miomas são assintomáticos, mas em 30 a 40% dos casos apresentam uma variedade de sintomas, dependendo da localização anatômica (subserosos, intramurais ou submucosos) e tamanho. Os miomas podem causar hipermenorreia, com anemia subsequente, que pode ser fatal. Mulheres afro-americanas têm sintomatologia mais grave em termos de sangramento intenso e anemia, em comparação com mulheres brancas. Miomas grandes podem resultar em sintomas de volume, que podem desencadear disfunção intestinal e disfunção vesical, incluindo urgência, aumento de frequência urinária diurna e incontinência urinária (1).

Em relação as gestantes que possuem leiomioma, grande parte possui prognóstico favorável sem complicações, entretanto podem cursar com aborto precoce ou tardio, mal formação fetal, apresentação pélvica, descolamento prematuro de placenta, sangramento no primeiro trimestre, trabalho de parto disfuncional e prematuro e, hemorragia pós-parto, além de aumentar a demanda para o parto via cesárea (3,5,12,14). Ademais, é possível que ocorra a torção do leiomioma pedunculado e torção uterina, ocasionando abdome agudo isquêmico. (15–17).

* **DISCUSSÃO**

O caso descrito acima corrobora a maior incidência de leiomioma em mulheres nulíparas e que possuem ascendência africana (2,7). Além disso, a descoberta inicial da patologia foi feito por USG obstétrico pregresso, fator que têm aumentado a incidência do diagnóstico mundial (10). Além das manifestações clínicas clássicas, pode ocorrer sintomas urinários e gastrointestinais consequentes à compressão de órgãos adjacentes (17,18). Em cenário gestacional, indica-se conduta conservadora em casos de leiomioma uterino sem evidências de complicações que justifiquem intervenção precoce (10).

A evolução do leiomioma em gestantes é diversa, de acordo com a singularidade de cada mulher, porém, neste caso, nota-se que para a no início do primeiro trimestre (idade gestacional de 7 semanas e 6 dias) apresentava-se com USG com aumento uterino anormal inesperado (3,12). Além das manifestações clínicas clássicas, pode ocorrer sintomas urinários e gastrointestinais consequentes à compressão de órgãos adjacentes (17). Encontra-se na anamnese da paciente, sintomatologia de êmese recorrente a qual pode estar associada ao cenário inicial.

O quadro apresentou-se como abdome agudo e dor pélvica intensa, sem sinais de peritonite, necessitando de Ressonância Nuclear Magnética do Abdome Total da paciente, que detectou volumosa massa expansiva intraperitonial junto à parede anterior do útero, com aparente pedúnculo vascular com aspecto “torcido” junto à serosa uterina anterior. A partir dessa suspeita, foi indicada miomectomia de leiomioma subseroso, a qual ocorreu sem intercorrências. (20,21). Apenas 2% dos leiomiomas presentes nas gestantes necessitam de intervenção cirúrgica, sendo em especial os casos clínicos de abdome agudo causados por torção dos leiomioma pedunculado (20).

* **CONCLUSÃO**

Os leiomiomas correspondem à forma mais comum de neoplasia uterina benigna que variam em sintomatologia de acordo com sua localização nas camadas uterinas. Das gestantes que possuem leiomioma, a maior parte possui prognóstico favorável sem complicações. Os leiomiomas uterinos podem, ainda, se manifestar raramente de maneira aguda em casos de torção do pedículo, porém deve ser considerado nos casos das pacientes com a patologia sabiamente conhecida, induzindo inevitavelmente à intervenção cirúrgica.

**REFERÊNCIAS**

* Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: From the present to the future. Hum Reprod Update. 2016;22(6):665–86.
* Khan AT, Shehmar M, Gupta JK. Uterine fibroids: Current perspectives. Int J Womens Health. 2014;6(1):95–114.
* Cabrita JA. Miomas Uterinos na Gravidez – Caso Clínico Miomas Uterinos na Gravidez

– Caso Clínico. 2018;

* Pron G, Cohen M, Soucie J, Garvin G, Vanderburgh L, Bell S. The Ontario Uterine Fibroid Embolization Trial. Part 1. Baseline patient characteristics, fibroid burden, and impact on life. Fertil Steril. 2003;79(1):112–9.
* Lewis TD, Malik M, Britten J, San Pablo AMA, Catherino WH. A Comprehensive Review of the Pharmacologic Management of Uterine Leiomyoma. Biomed Res Int. 2018;2018.
* Gandolfo JL, Miranda S da S, Almeida CCS de, Faria TV. Gestante de alto risco com diagnóstico de leiomiomas em atendimento na atenção primária: Relato de caso / High-risk pregnant woman with diagnosis of leiomyomas in primary care: Case report. Brazilian J Heal Rev. 2020;3(6):19332–41.
* Pilio T de PS, Dos Santos AC, De Oliveira AC, Ferreira EPA, Miranda GL, De Oliveira ICM, et al. Evidências atuais acerca da terapia medicamentosa utilizada em mulheres com leiomioma uterino / Current evidence on drug therapy used in women with uterine leiomyoma. Brazilian J Heal Rev. 2021;4(5):21039–48.
* Yang Q, Ciebiera M, Bariani MV, Ali M, Elkafas H, Boyer TG, et al. Comprehensive Review of Uterine Fibroids: Developmental Origin, Pathogenesis, and Treatment. Endocr Rev. 2022;43(4):678–719.
* Simon SM, Nogueira AA, Carvalho E, Ana S. Leiomiomas uterinos e gravidez Pacientes e Métodos. Rev Bras Ginecol Obs. 2005;27(2):80–5.
* Lev-Toaff AS, Coleman BG, Arger PH, Mintz MC, Arenson RL. Leiomyomas in pregnancy: Sonographic study. Radiology. 1987;164(2):375–80.
* Laughlin SK, Schroeder JC, Baird DD. New directions in the epidemiology of uterine fibroids. Semin Reprod Med. 2010;28(3):204–17.
* Coronado GD, Marshall LM, Schwartz SM. Complications in pregnancy, labor, and

delivery with uterine leiomyomas: A population-based study. Obstet Gynecol. 2000;95(5):764– 9.

* Peixoto S, Tomioka ES, Anzai RY. Abdome Agudo Ginecologico. Riv Neurol. 1986;56(1):237–42.
* Erdogdu E, ArIsoy R, Tugrul S, Pekin O. Third trimester uterine torsion. Arch Gynecol Obstet. 2012;286(5):1333–4.
* Basso A, Catalano MR, Loverro G, Nocera S, Di Naro E, Loverro M, et al. Uterine Fibroid Torsion during Pregnancy: A Case of Laparotomic Myomectomy at 18 Weeks’ Gestation with Systematic Review of the Literature. Case Rep Obstet Gynecol. 2017;2017:1– 11.
* Domenici L, Di Donato V, Gasparri ML, Lecce F, Caccetta J, Panici PB. Laparotomic Myomectomy in the 16th Week of Pregnancy: A Case Report. Case Rep Obstet Gynecol. 2014;2014(Figure 2):1–5.
* Lolis DE, Kalantaridou SN, Makrydimas G, Sotiriadis A, Navrozoglou I, Zikopoulos K, et al. Successful myomectomy during pregnancy. Hum Reprod. 2003;18(8):1699–702.