



## Degeneração Leiomiomatosa evoluindo com Abdome Agudo Perfurativo em gestante

Leiomyomatous Degeneration evolving with Perforative Acute Abdomen in a pregnant woman

Degeneración Leiomiomatosa evolutiva con Abdomen Agudo Perfurativo en embarazada

Ana Emirene Montes<sup>1</sup>, Cíntia Sousa Lucas de Andrade<sup>1</sup>, Jonas de Lara Fracalozzi<sup>1</sup>, Thaynara Cristina de Freitas<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente gestante que evoluiu com abdome agudo perforativo secundário a leiomiomas uterino com degeneração hialina, revisando cientificamente sobre o diagnóstico e suas interrelações. **Detalhamento do caso:** Paciente gestante, 35 anos, primigesta, sem acompanhamento de pré natal, procura atendimento médico com queixa de dor lombar e abdominal difusa, náuseas, vômitos e constipação intestinal. Exames laboratoriais evidenciando leucocitose, exame de urocultura com infecção, radiografia de abdome indicativo de abdome agudo perforativo. Foi iniciado antibioticoterapia e abordagem cirúrgica com laparotomia exploratória, evidenciado mioma subseroso degenerado com aderências em intestino delgado e com perfuração de alça intestinal. Foi realizado miomectomia, enterectomia e ileostomia, acompanhamento de pós operatório em UTI e após alta hospitalar em pré natal de alto risco. **Considerações finais:** A miomatose uterina é a neoplasia benigna mais frequente do trato reprodutivo feminino, podendo ser classificado em intramural, submucoso, subseroso. Os subserosos podem crescer para dentro da cavidade peritoneal, podendo provocar compressão de órgãos como intestino ou bexiga, podendo haver torção, isquemia e necrose.

**Palavras-chave:** Leiomioma, Abdome agudo perforativo, Gestação.

### ABSTRACT

**Objective:** To report the case of a pregnant patient who developed acute perforating abdomen secondary to uterine leiomyomas with hyaline degeneration, scientifically reviewing the diagnosis and its interrelationships. **Case detail:** Pregnant patient, 35 years old, primigravidae, without prenatal care, seeks medical care complaining of diffuse lumbar and abdominal pain, nausea, vomiting and intestinal constipation. Laboratory tests showing leukocytosis, urine culture with infection, abdominal X-ray indicative of perforating acute abdomen. Antibiotic therapy and surgical approach with exploratory laparotomy were started, revealing degenerated subserosal myoma with adhesions in the small intestine and perforation of the intestinal loop. Myomectomy, enterectomy and ileostomy were performed, postoperative follow-up in the ICU and after

<sup>1</sup> Grupo Santa Casa de Misericórdia de Franca. Franca – SP.

hospital discharge in high-risk prenatal care. **Final considerations:** Uterine myomatosis is the most frequent benign neoplasm of the female reproductive tract, and can be classified as intramural, submucosal, subserosal. The subserosal can grow into the peritoneal cavity, which can cause compression of organs such as the intestine or bladder, causing torsion, ischemia and necrosis.

**Keywords:** Leiomyoma, Perforating acute abdomen, Pregnancy.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Reportar el caso de una paciente embarazada que desarrolló abdomen agudo perforante secundario a leiomiomas uterinos con degeneración hialina, revisando científicamente el diagnóstico y sus interrelaciones. **Detalle del caso:** Paciente embarazada, 35 años, primigrávida, sin control prenatal, consulta por dolor lumbar y abdominal difuso, náuseas, vómitos y estreñimiento intestinal. Exámenes de laboratorio que muestran leucocitosis, cultivo de orina con infección, radiografía de abdomen indicativa de abdomen agudo perforante. Se inició antibioticoterapia y abordaje quirúrgico con laparotomía exploradora, evidenciándose mioma subseroso degenerado con adherencias en intestino delgado y perforación de asa intestinal. Se realizó miomectomía, enterectomía e ileostomía, seguimiento postoperatorio en UCI y posterior al alta hospitalaria en control prenatal de alto riesgo. **Consideraciones finales:** La miomatosis uterina es la neoplasia benigna más frecuente del aparato reproductor femenino, pudiendo clasificarse en intramural, submucosa, subserosa. La subserosa puede crecer hacia la cavidad peritoneal, lo que puede provocar la compresión de órganos como el intestino o la vejiga, provocando torsión, isquemia y necrosis.

**Palabras clave:** Leiomioma, Abdomen agudo perforante, Embarazo.

---

## INTRODUÇÃO

A miomatose uterina é a neoplasia benigna mais frequente do trato reprodutivo feminino, que se desenvolve a partir das células musculares lisas do miométrio, acometendo aproximadamente um quarto das mulheres a partir da terceira década de vida (SACRAMENTO SIG, 2011).

Pode ser também conhecida por mioma uterino ou leiomioma, assume grande importância no contexto obstétrico, visto que o seu crescimento está intimamente associado aos esteroides sexuais femininos e habitualmente caracterizada de acordo com a sua localização anatômica (MARTINS WP, et al., 2009; SINATRA KC, 2011).

Os miomas são classificados em subgrupos de acordo com a sua posição e relação com as camadas uterinas, podendo ser intramurais, submucosos, subserosos e pediculados. Os intramurais é o tipo mais comum, são miomas bem delimitados devido à compressão pelo miométrio com posterior formação de uma pseudocamada (TEIXEIRA AC, et al., 2008). O termo submucoso refere-se ao local do tumor, bem próximo ao endométrio, tendem a ser mais sintomáticos devido à distorção que provocam no miométrio.

Quando estão ligados por um pedículo da cavidade uterina até o miométrio, são designados de pediculados. Já os subserosos estão localizados sob o peritônio que recobre o corpo uterino, também pode se tornar pediculado, crescendo para dentro da cavidade peritoneal, podendo provocar compressão de órgãos como intestino ou bexiga (BRASIL, 2005). Assim como os miomas submucosos, os miomas subserosos pediculados correm o risco de torção, isquemia e necrose (FARIA J, et al., 2008).

É observado também a associação entre miomas e infertilidade, sobretudo em miomas que distorcem a cavidade uterina e em particular miomas intramurais maiores. Em cerca de 3-12% das mulheres grávidas é observado a presença de miomatose uterina. Esses miomas podem alterar o curso e resultado final da gravidez (PARAZZINI F, et al., 2016).

A difusão na atualidade da ultrassonografia obstétrica durante o pré-natal aumentou o índice de diagnóstico da miomatose uterina na gravidez. Tal descoberta pode gerar um impacto desfavorável na evolução normal desta gravidez, como risco aumentado de aborto espontâneo, restrição de crescimento fetal,

parto pré-termo, apresentação anômala, má adaptação fetal, descolamento de placenta, placenta prévia, aumento na taxa de parto cesárea, hemorragia periparto, podendo também apresentar quadros de dor abdominal, complicação mais comum, conhecida por síndrome dolorosa dos leiomiomas na gravidez (BOCLIN KLS, 2013 e LEITE GKC, et al., 2010).

A Síndrome dolorosa dos leiomiomas na gravidez está presente em 10% dos casos e consiste classicamente de dor localizada, náuseas, vômitos, febre baixa, leucocitose e aumento da atividade uterina, sobretudo no segundo e início do terceiro trimestre de gravidez, geralmente cessa em até 10 dias após o início da dor (SIMON SM, et al., 2005).

O tratamento dos miomas em gestantes é essencialmente clínico, com realização de controle da dor com analgésicos, monitorização fetal e repouso relativo. Porém, a indicação cirúrgica como tratamento pode ser possível, mas sempre deve ser avaliado os riscos associados ao procedimento durante a gestação, como riscos anestésicos e cirúrgicos para a mãe e riscos de pior prognóstico fetal (SACRAMENTO SIG, 2011 e PAIVA SPC, et al., 2020).

Este trabalho teve como objetivo relatar um estudo de caso de uma paciente gestante que após quadro de degeneração de mioma uterino subseroso e aderências intestinais evoluiu com perfuração de intestino delgado, revisando cientificamente cada diagnóstico e suas interrelações. O estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número de CAAE 64587622.0.0000.5438 e parecer 5.787.358.

## DETALHAMENTO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 35 anos, casada, branca, primigesta, atendida em setor de urgência em Hospital de referência no interior do estado de São Paulo, com queixa de dor lombar e abdominal difusa há cerca de 3 dias. Referiu associação a náuseas e vômitos, negou diminuição da movimentação fetal, febre, disúria, poliúria, sangramento ou corrimento vaginal e outras queixas. Paciente relatou perda de peso nos últimos meses, porém não soube quantificar perda. Negou vícios e alergias. Referiu uso de Levotiroxina 25mcg para tratamento de hipotireoidismo e uso de Sulfato ferroso uma vez ao dia.

De acordo com caderneta da gestante, a paciente não havia realizado acompanhamento adequado de pré-natal. Segundo data da última menstruação a idade gestacional era referente a treze semanas e dois dias. No entanto, após realização de ultrassonografia obstétrica no serviço, foi constatado idade gestacional de vinte e uma semanas e dois dias.

Ao exame físico paciente apresentava-se em bom estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, corada, hidratada, anictérica, acianótica e afebril, abdome gravídico com altura uterina de 20 cm, doloroso à palpação em parte inferior de abdome, apresentando Teste de Blumberg negativo, Giordano negativo, com dinâmica uterina ausente, tônus uterino normal, movimentação fetal ainda não detectável pela paciente e ao exame físico.

Exame especular apresentando colo rosado, trófico com secreção fisiológica e sem evidências de sangramento ativo ou coletado, ao toque vaginal apresentando colo posterior, grosso, impérvio, indolor a mobilização de colo e palpação de anexos e ausência de massas anexiais palpáveis. Diante do caso, paciente foi internada em enfermaria da maternidade para conduzir tratamento clínico com hipótese diagnóstica de hiperêmese gravídica. Após realização de exames laboratoriais iniciais foi evidenciado presença de leucocitose no hemograma e infecção de urina através de urocultura, sendo iniciado tratamento com antibioticoterapia.

Paciente evoluiu estável e sem intercorrências, porém após o sexto dia de internação apresentou piora do quadro de dor abdominal, referindo também associação do quadro de dor com constipação intestinal desde a internação e sem evidências de boa resposta ao tratamento clínico de hiperêmese gravídica.

Devido ao quadro de constipação há seis dias, sem melhora após métodos farmacológicos e associação com piora de dor, foi optado por realização de radiografia de abdome (**Figura 1**) para auxílio e elucidação diagnóstica.

**Figura 1** - Radiografia de abdômen.



**Fonte:** Montes AE, et al., 2023.

Após análise de exame de radiografia, foi evidenciado distensão significativa de alças à montante e ausência de ar em ampola retal. No mesmo dia, paciente evoluiu com alteração do estado geral: apresentando dessaturação, aumento de frequência cardíaca e respiratória, hipotensão e associação com vômitos de aspecto fecalóide. Após quadro de instabilidade hemodinâmica, paciente foi submetida a laparotomia exploradora de urgência devido hipótese diagnóstica de abdome agudo obstrutivo, conforme quadro clínico e exames de imagem.

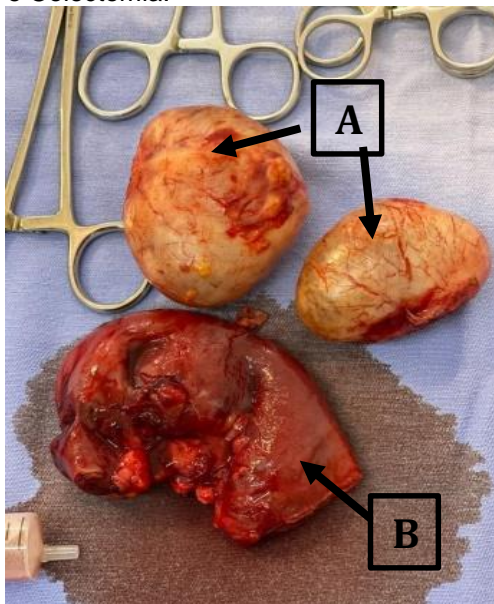
Durante o procedimento, visualizou-se aderências entre intestino delgado e presença de dois miomas subserosos pediculados degenerados (**Figura 2**), sendo evidenciado perfuração de intestino delgado. Em intraoperatorio, foi realizado lise de aderências, miomectomia dos miomas, enterectomia do segmento da alça intestinal perfurada e em seguida ileostomia com drenagem do conteúdo intestinal. Por fim, efetuou-se a lavagem da cavidade abdominal e hemostasia rigorosa. O material coletado (**Figura 3**) foi enviado para anátomo-patológico para seguimento do caso. Durante todo procedimento foi realizado vigilância dos sinais vitais maternos e dos batimentos cardíacos fetais que manteve sem alterações e sem complicações em intraperatorio.

**Figura 2** – Visualização de alça aderida a mioma subseroso degenerado.



**Fonte:** Montes AE, et al., 2023.

**Figura 3** – Peças cirúrgicas Miomectomia e Colectomia.



**Legenda:** A) Miomas degenerados  
B) Segmento do intestino delgado.

**Fonte:** Montes AE, et al., 2023.

Durante o pós-operatório a paciente permaneceu em leito de terapia intensiva por seis dias, com boa resposta ao tratamento instituído, sendo realizado antibioticoterapia e cuidados multidisciplinares, evoluindo sem intercorrências, recebendo alta hospitalar após décimo sexto dia de pós-operatório. Após alta hospitalar, seguiu acompanhamento em pré-natal de alto risco e ambulatório de cirurgia geral, mantendo sem complicações até a resolução da gestação.

A via de parto optada foi o parto cesárea, agendada com idade gestacional de 38 semanas e 2 dias, devido histerorrafia recente. Procedimento foi realizado sem intercorrência, recém-nascido apresentou peso de 2.880g, Apgar 7/8, sexo masculino, manteve em alojamento conjunto durante internação, recebendo alta hospitalar após 48h de pós-parto, mantido acompanhamento puerperal com revisão de parto e em ambulatório de cirurgia geral para seguimento, cuidados com ileostomia e programação futura de reconstrução de trânsito intestinal.

Durante essa pesquisa pode-se destacar alguns benefícios, tais como: Não haverá benefício direto para o participante deste estudo, porém o estudo irá apresentar informações importantes que irão contribuir para melhoria no atendimento e seguimento de pré-natal em gestantes portadoras de leiomiomas, e para discussão do caso clínico como forma de prevenir possíveis complicações desta patologia.

Ao analisarmos os riscos da pesquisa, sabemos que são mínimos, em especial, quebra de sigilo e confidencialidade, dessa forma, os pesquisadores se comprometem a manter esse sigilo e identidade da paciente. No entanto, os resultados, sejam eles positivos ou negativos só serão obtidos após termino do estudo.

## DISCUSSÃO

O leiomioma uterino é uma doença benigna que pode estar presente em 2 a 3% das gestações e em cerca de 10% das gestantes essa condição pode apresentar complicações durante o ciclo gravídico puerperal, como abortamento espontâneo, restrição de crescimento fetal, parto pré-termo, apresentação anômala, descolamento de placenta, aumento na taxa de parto cesárea, podendo também apresentar uma das complicações mais comum, a dor abdominal.

A dor abdominal, conhecida por síndrome dolorosa dos leiomiomas na gravidez, é a principal queixa relatada pela gestante com leiomioma, e uma das complicações é o abdome agudo (SIMON SM, et al., 2005). Para Colognesi LMSM, et al. (2020) a caracterização do abdome agudo ginecológico é uma dor, de origem no aparelho reprodutor feminino, que pode causar peritonite e até mesmo choque, levando a paciente a procurar assistência médica com potencial conduta cirúrgica.

A dor abdominal na gestante com leiomioma uterino, segundo dados da literatura, pode ser decorrente de torção de um tipo pediculado, degeneração ou ainda devido a infarto hemorrágico de alguma parte (SIMON SM, et al., 2005). No caso exposto, a paciente apresentava miomas subserosos que evoluíram com torção e posterior degeneração, ocasionando o quadro de dor abdominal, e, por fim, um quadro de abdome agudo perfurativo. Conforme Moura NCL (2018), muito se tem discutido sobre a dificuldade do diagnóstico correto no quadro de dor abdominal aguda em gestante, devido às alterações fisiológicas e anatômicas inerentes a gravidez, como também pelo baixo índice de suspeição. Como visto na descrição do relato, a paciente apresentou diagnóstico tardio devido tais circunstâncias.

Para fins diagnósticos, a ultrassonografia realizada durante a gestação pode contribuir para avaliar a presença do mioma precocemente, entretanto, a paciente deste caso não fez acompanhamento pré-natal anteriormente à internação. Nesse sentido, a radiografia de abdome foi o exame que possibilitou a análise da distensão de alças, o que levantou a hipótese de possivelmente tratar-se de um caso de abdome agudo, pensando em patologias ginecológicas e/ou gastrointestinais. Como a paciente apresentou instabilidade hemodinâmica, a laparotomia foi a abordagem diagnóstica e terapêutica de escolha diante do caso.

A abordagem laparoscópica em gestantes foi, por muito tempo, contraindicada devido à preocupação com a perfusão fetal. Entretanto, conforme a chegada de novas tecnologias e maior experiência, a cirurgia laparoscópica pôde ser inserida como método de intervenção seguro durante a gestação (KOSMIDIS C, et al., 2015). Ainda não é bem conhecida a eficácia da laparoscopia, laparotomia ou novas modalidades de tratamento dos miomas intramurais. Até o presente momento as escolhas e modalidade de tratamento dos miomas subserosos ou submucosos, devem ser baseadas nas preocupações clínicas e na habilidade de cada centro, e não baseada em evidências sólidas (PARAZZINI F, et al., 2016).

Embora os miomas possam afetar negativamente o resultado da gravidez, o impacto de seu tratamento, particularmente em termos quantitativos, não é claro (PARAZZINI F, et al., 2016). No caso relatado, a abordagem laparotômica foi o método terapêutico de escolha devido a piora do quadro clínico com instabilidade hemodinâmica, juntamente com exames da paciente, recursos disponíveis no momento e habilidade da equipe médica local, possibilitando o diagnóstico e tratamento concomitantemente. A conduta possibilitou a visualização de leiomiomas pediculados degenerados devido à torção, sendo estes a causa do abdome agudo perfurativo. Proporcionando também, a intervenção cirúrgica, a miomectomia, enterectomia e ileostomia associados (TAN YL, 2014).

Diante do caso supracitado, conclui-se que o leiomioma em pacientes gestantes pode ter como complicação o abdome agudo perfurativo. Neste caso, a paciente cursa com sintomas típicos do abdome agudo, e então, exame clínico somado a exames complementares são imprescindíveis para o diagnóstico. Os resultados do estudo sugerem que a excisão laparotômica de leiomioma degenerado durante a gestação pode ser um procedimento seguro e eficaz quando realizado cautelosamente. Por fim, a paciente apresentou um pós-operatório sem intercorrências, dando seguimento à gestação em pré-natal de alto risco.

Dessa forma, ressalta-se a importância de individualizar cada paciente, de modo que cada gestante e gestação são únicas e têm suas próprias peculiaridades. Logo, cabe ao obstetra e a gestante decidirem sobre a melhor abordagem, podendo ser conservadora ou cirúrgica, em relação aos miomas, analisando possíveis riscos e benefícios maternos e fetais

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Grupo Santa Casa de Misericórdia de Franca e a paciente e seus familiares pela colaboração e fornecimento dos dados e informações para que esse relato fosse realizado.

**REFERÊNCIAS**

1. BRASIL. Ministério da Saúde, 2005. Miomas uterinos. Biblioteca Virtual em Saúde, 2005. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/miomas-uterinos/>. Acessado em: 15 de julho de 2022.
2. BOCLIN KLS e FAERSTEIN E. Prevalência de diagnóstico médico auto-relatado de miomas uterinos em população brasileira: Padrões demográficos e socioeconômicos no Estudo Pró-Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2013; 2: 301-13.
3. CENGIZ H, et al. A diagnostic dilemma of acute abdomen in pregnancy: Leiomyoma of the small intestine. *J Turk Ger Gynecol Assoc.*, 2014; 15(1): 60-2.
4. COLOGNESI LMSM, et al. Abdome agudo de origem ginecológica em paciente gestante: relato de caso/ Abdome agudo de origem ginecológica em paciente gestant: case report. *Brazilian Journal of Development*, 2020; 6(10): 83922–83932.
5. FARIA J, et al. Miomas uterinos - revisão da literatura Uterine fibroids - a review. *Acta Obstetrica e Ginecologica Portuguesa*, 2008; 2(3): 131-142.
6. KOSMIDIS C, et al. Laparoscopic Excision of a Pedunculated Uterine Leiomyoma in Torsion as a Cause of Acute Abdomen at 10 Weeks of Pregnancy. *Am J Case Rep.*, 2015; 16: 505-8.
7. LEITE GKC, et al. Miomectomia em gestação de segundo trimestre: relato de caso. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2010; 32: 198-201.
8. MARTINS WP, et al. Leiomiomas uterinos na gestação. *Experts in Ultrasound Reviews and Perspectives*, 2009.
9. MOURA NCL. Abdome agudo não obstétrico e ginecológico na gestação: uma revisão de literatura. (Monografia). *Medicina*, 2018.
10. NUNES MMC, et al. Prevalência de miomatose uterina em gestantes atendidas no ambulatório da mulher na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; 40: e2247.
11. PAIVA SPC, et al. Miomas Uterinos e Gravidez: implicações e abordagens. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2020.
12. PARAZZINI F, et al. Pregnancy outcome and uterine fibroids, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2016; 34: 74-84.
13. SACRAMENTO SIG. Miomas uterinos, infertilidade e gravidez uma problemática actual. Instituto de Ciências Biomédicas Aber Salazar (ICBAS), 2011.
14. SINATRA KC. Gestação de termo na vigência de mioma uterino gigante. (Tese) – Secretária de Saúde, 2011.
15. SIMON SM, et al. Leiomiomas uterinos e gravidez. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2005; 2: 80-5.
16. TAN YL e NAIDU A. Rare postpartum ruptured degenerated fibroid: a case report. *J Obstet Gynaecol Res.*, 2014; 40(5): 1423-5.
17. TEIXEIRA AC, et al. Degeneração cística maciça de leiomioma uterino em gestante simulando neoplasia ovariana: relato de caso. *Radiologia Brasileira*, 2008; 41: 277-279.