

Infertilidad

Misoprostol em altas doses nos casos de aborto retido

Intensive misoprostol regimen in early pregnancy failure

Cerveira I, Lunet C, Santos L, Cabral F

Serviço de Obstetrícia, Hospital de São Teotónio - Viseu - Portugal

Resumo

Introdução: *Existe pouca informação em relação ao uso intensivo de altas doses de misoprostol em casos de aborto retido precoce.*

Métodos: *A eficácia terapêutica do nosso protocolo de misoprostol foi testada estatisticamente para várias variáveis num grupo de 274 mulheres que apresentavam um quadro de aborto retido antes das 12 semanas de gestação.*

Resultados: *A taxa cumulativa de sucesso foi de 28,8% (79/274) no 1º dia, 61,3% (168/274) no 2º dia e 90,5% no 3º dia, com necessidade de curetagem uterina em apenas 9,5% dos casos e com efeitos secundários mínimos.*

Palavras chave: Aborto precoce. Misoprostol. Curetagem.

Summary

Background: *There's scarce information about intensive misoprostol regimen in early pregnancy failure. Methods: Our therapeutic protocol efficacy was tested for several variables in a 274 women group who had an early pregnancy failure before 12 weeks of gestation. Results: Cumulative success rate was 28,8% (79/274) in day 1, 61,3% (168/274) in day 2 and 90,5% in day 3, with only 9,5% of curettage and minimal side-effects. Conclusions: Misoprostol was considered a safe, effective and acceptable method.*

Key words: Early pregnancy failure. Misoprostol. Medical management. Curettage.

Correspondencia: Isabel Cerveira,
R. Camilo Castelo Branco, 3,
Viso Sul, 3500-393
Viseu - Portugal
isabelcerveira@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O abortamento espontâneo é uma complicação comum da gravidez, pois numa em cada quatro mulheres ocorre esse evento (1, 2). Desde há muito que o tratamento padrão para as situações de aborto retido passa pelo esvaziamento uterino cirúrgico. Contudo, este procedimento foi associado a algumas complicações, tais como infecção pélvica, lesão no colo uterino, perfuração uterina, hemorragia e riscos anestésicos (3).

O tratamento médico com misoprostol (análogo da prostaglandina E₁), como alternativa à curetagem, foi descrito como sendo eficaz. De acordo com a literatura, a taxa de sucesso situa-se entre os 50-99% em mulheres com aborto retido até à 14^a semana de gravidez (4-6).

Contudo, os estudos relacionados com o uso de altas doses de misoprostol nesta situação ainda são escassos.

MATERIAIS E MÉTODO

Foi efectuado um estudo retrospectivo no Serviço de Obstetrícia do nosso hospital compreendendo as datas entre Janeiro de 2004 e Dezembro de 2006.

Todas as mulheres com o diagnóstico de aborto retido antes das 12 semanas de gestação durante o período acima referido, que tenham efectuado o protocolo de misoprostol para esvaziamento uterino foram incluídas neste estudo.

A idade gestacional foi determinada por ecografia.

Foi atribuído o diagnóstico de aborto retido quando ecograficamente era verificado um saco gestacional com diâmetro médio superior a 20 mm e sem ecos embrionários visíveis, ou um embrião com mais de 5 mm de comprimento sem actividade cardíaca, ou se inferior a 5 mm, sem alterações após uma semana.

O protocolo de esvaziamento uterino efectuado no nosso serviço para as situações de aborto retido até às 12 semanas de gestação consiste na introdução de 800µg de misoprostol no fundo de saco vaginal a cada 6 horas, em regime hospitalar. A eficácia do tratamento é avaliada a cada 24h por ecografia transvaginal, sendo considerada bem sucedida perante a ausência de saco gestacional intra-uterino e na presença de eco intra-uterino com diâmetro antero-posterior inferior a 15 mm.

A curetagem uterina é efectuada após 72 horas no caso de insucesso com a terapêutica médica. As utentes Rh negativas efectuem imunoprofilaxia com anti-

D. Como terapêutica de suporte usa-se Paracetamol e Loperamida. O protocolo não contempla o uso de antibióticos profiláticos.

Não são incluídas no protocolo utentes hemodinamicamente instáveis, com doença inflamatória pélvica, alergia ao misoprostol ou com suspeita de mola hidatiforme.

O estudo em causa pretendeu analisar o protocolo seguido para as seguintes variáveis: idade materna, existência de abortamento anterior, idade gestacional, efeitos secundários, duração do tratamento com misoprostol, necessidade de curetagem e duração do internamento. Procurou-se ainda averiguar a existência de relação entre a presença de hemorragia genital de origem uterina antes do tratamento e a duração do tratamento com misoprostol bem como a necessidade de curetagem.

Finalmente, o grupo de mulheres com gravidezes com idade gestacional inferior a 9 semanas (Grupo 1) foi comparado com o grupo com mais de 9 semanas (Grupo 2) para a variável curetagem uterina.

A análise estatística foi efectuada com o programa Statistical Package for Social Sciences. As comparações entre os grupos foram feitas usando o teste do X² e o de Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS

Foram incluídas no estudo um total de 274 mulheres. A idade materna média foi de 30,55 anos (17;47) e 24,1% (66/274) tinham antecedentes de abortamento. A idade gestacional média foi de 8,62 semanas com uma mínima de 5 e uma máxima de 12. Sessenta e um por cento (167/274) apresentavam hemorragia genital de origem uterina antes do início do tratamento.

A presença de náuseas foi o efeito gastrointestinal mais frequente (8%). Vômitos e diarreia foram raros. Foi registada uma temperatura superior a 37,5°C em 27% dos casos, com atribuição do diagnóstico de endometrite em 7 casos. Não sendo encontradas complicações significativas em qualquer caso. A tolerância ao misoprostol foi considerada boa em 92% dos casos. Apenas 2 casos tiveram necessidade de suspender o tratamento por intolerância ao fármaco.

A duração média do tratamento foi de 2,1 dias (1;3). A taxa cumulativa de sucesso foi de 28,8% ao 1º dia, 61,3% ao 2º dia e 90,5% ao 3º dia. Apenas 9,5% dos casos necessitaram de curetagem uterina. A duração média de internamento foi de 2,7 dias (1;7).

Não foi encontrada relação entre a presença de

hemorragia genital de origem uterina e a duração do tratamento ou a necessidade de curetagem.

Não existiu diferença estatisticamente significativa entre os grupos 1 e 2 para a variável curetagem uterina.

CONCLUSÃO

O protocolo de misoprostol de altas doses em regime intensivo, como alternativa à curetagem, permitiu o esvaziamento uterino completo em 90,5 % dos casos de aborto retido até à 12ª semana de gestação, com efeitos secundários reduzidos.

Consideramos o tratamento médico com misoprostol um método aceitável, seguro e eficaz. A maior vantagem sobre a curetagem parece ser a sua fácil e directa aplicação, oferecendo uma terapêutica imediata sem os riscos de uma intervenção cirúrgica. É necessária mais investigação para definir se o uso de misoprostol em ambulatório será também tão seguro e eficaz.

BIBLIOGRAFIA

1. Warburton D, Fraser FC.: Spontaneous abortion risks in man: data from reproductive histories collected in a medical genetics unit. *Hum Genet* 1964, 16: 1-25
2. Edmonds DK, Lindsay KS, Miller JF, Williamson E, Wood PJ.: Early embryonic mortality in women. *Fertil Steril* 1982, 38; 447-453
3. Chipchase J, James D.: Randomised trial of expectant versus surgical management of spontaneous miscarriage. *Br J Obstet Gynaecol* 1997, 104: 840-841
4. Muffley PE, Stitely ML, Gherman RB.: Early intrauterine pregnancy failure: a randomized trial of medical versus surgical treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2002, 187: 321-325
5. Creinin MD, Moyer R, Guido R.: Misoprostol for medical evacuation of early pregnancy failure. *Obstet Gynecol* 1997, 89: 768-772.
6. Herabutya Y, Prasetsawat P.: Misoprostol in management of missed abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 1997, 56: 263-266.