15 minutos

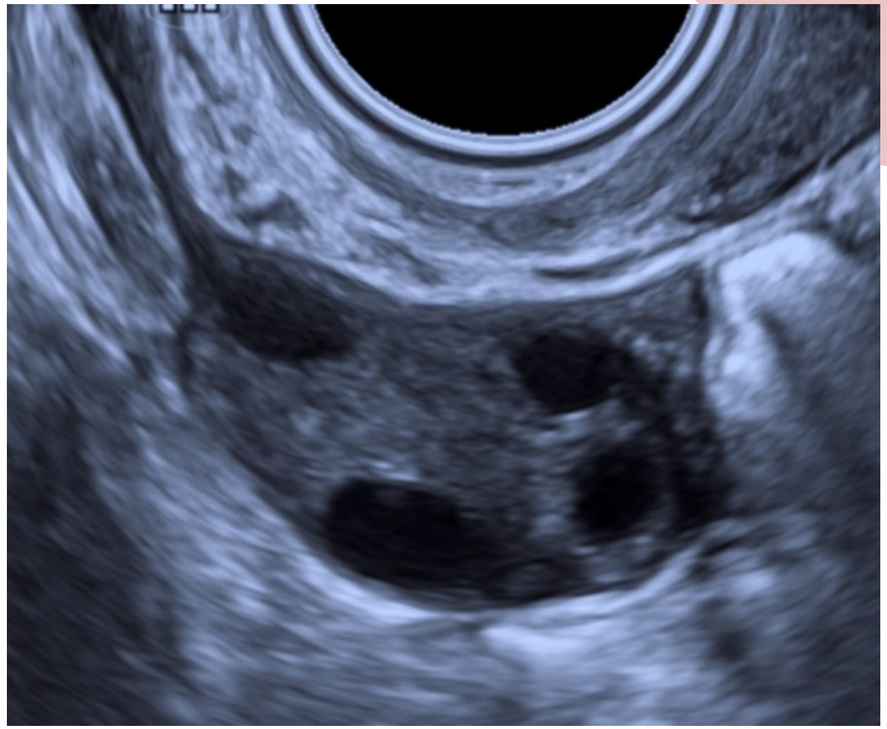
Dor pélvica aguda na emergência

Caso rápido · ambulatório de GO

CASO | DOR QUE COMEÇOU HÁ 6 HORAS

Carla, 27 anos, recepcionista, G1P1.
DUM há 18 dias.

Chega à emergência com dor em fossa ilíaca direita de início súbito há 6 horas, em cólica intensa, com náuseas e dois episódios de vômito. Já teve 'uma dor parecida' há 1 mês, que passou sozinha em 2 horas.
PA 118/76, FC 104, Tax 36,8 °C. Abdome doloroso em FID, sem descompressão franca. Toque: dor anexial direita, sem dor à mobilização do colo, sem leucorreia. Beta-hCG qualitativo negativo. Leucócitos 11.800.
USTV: ovário direito com 7,2 cm, cisto unilocular de 5 cm, estroma edemaciado com folículos na periferia; Doppler com fluxo arterial e venoso presentes. Pequena quantidade de líquido livre.



USTV: cisto anexial unilocular

Doppler com fluxo 'presente' libera a Carla para casa? O que você faz agora?

FLUXO | BETA-hCG + USTV DECIDEM

Dor pélvica aguda: sinais vitais, βhCG, hemograma, EAS, toque bimanual, USTV

βhCG POSITIVO: gestação ectópica até prova em contrário. Saco intrauterino na USTV? Massa anexial? Líquido livre? Instável = laparoscopia/laparotomia agora

Estável, sem saco intrauterino e βhCG < 3.500: gestação de localização indefinida — repetir βhCG em 48 h. Elevação < 50% ou queda lenta e massa anexial: ectópica. Metotrexato se massa < 3,5–4 cm, βhCG < 5.000, sem BCF, sem contraindicação; senão, cirurgia

βhCG NEGATIVO: torção, DIP, cisto roto/hemorrágico, apendicite, litíase, ITU. Dor súbita + massa = torção; colo doloroso + corrimento = DIP

TORÇÃO: Doppler normal NÃO exclui (fluxo presente em até 60%). Clínica + ovário aumentado e edemaciado = laparoscopia e destorção. DIP: critérios mínimos (dor pélvica + dor à mobilização do colo ou anexial) já autorizam tratar

Em 10 minutos: βhCG, USTV, toque e sinais vitais separam as três. Dúvida com dor forte e massa: laparoscopia é diagnóstico e tratamento

Fontes: ACOG Practice Bulletin 193 (gestação ectópica, 2018); ACOG Committee Opinion 783 (torção anexial, 2019); CDC STI Treatment Guidelines 2021; MS, PCDT para Atenção Integral às Pessoas com IST, 2022.

DIP | TRATAR, E ONDE TRATAR

Situação	Conduta	Detalhes
Critérios mínimos	Dor pélvica ou hipogástrica + dor à mobilização do colo OU dor anexial	Não espere febre, leucocitose ou USG: trate. Febre, leucorreia mucopurulenta e VHS/PCR só reforçam.
Ambulatorial (MS/PCDT 2022)	Ceftriaxona 500 mg IM dose única + doxiciclina 100 mg VO 12/12 h por 14 dias + metronidazol 500 mg VO 12/12 h por 14 dias	Reavaliar em 48–72 h. Sem melhora: internar. Tratar parcerias dos últimos 60 dias; testar HIV, sífilis, hepatites.
Internar quando	Abscesso tubo-ovariano Gestante Quadro grave: febre alta, vômitos, peritonite Falha ambulatorial em 72 h ou intolerância VO Emergência cirúrgica não excluída (apendicite) Imunossupressão, adolescente sem adesão	Hospitalar: ceftriaxona 1 g IV 1x/dia + doxiciclina 100 mg 12/12 h + metronidazol 400 mg IV 12/12 h; VO após 24 h afebril, completando 14 dias.
Abscesso tubo-ovariano	Antibiótico IV; drenagem guiada ou cirurgia se > 8–10 cm, rotura ou falha em 48–72 h	Rotura = abdome agudo, laparotomia. DIU pode ser mantido se melhora em 48–72 h.

Fontes: MS, PCDT IST 2022; CDC STI Treatment Guidelines 2021; FEBRASGO, Doença inflamatória pélvica (2018).

Resolução do caso

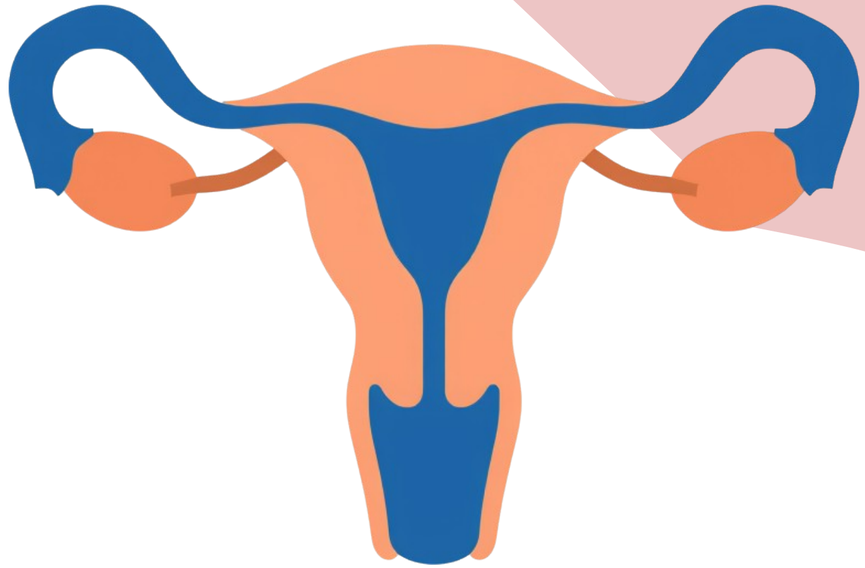
Torção anexial até prova em contrário — e a prova é a laparoscopia, não o Doppler.

Por quê: dor súbita em cólica com vômitos, episódio prévio autolimitado (torção intermitente), ovário de 7 cm com cisto de 5 cm, estroma edemaciado e folículos periféricos. βhCG negativo tirou a ectópica; colo indolor e sem corrimento tiram a DIP.

O Doppler: a irrigação ovariana é dupla (artéria ovariana e ramo da uterina) e a torção é venosa antes de ser arterial — fluxo presente em até 60% das torções confirmadas. Um Doppler normal não manda ninguém para casa com essa clínica.

Conduta: analgesia, jejum, laparoscopia nas próximas horas. Destorcer e preservar o ovário mesmo que pareça escuro e necrótico — ele se recupera na maioria das vezes. Cistectomia se possível; ooforectomia não se indica pela aparência. Ooforopexia é discutível.

Se fosse ectópica: estável, massa < 3,5 cm, βhCG < 5.000 e sem BCF: metotrexato 50 mg/m² IM dose única, βhCG no D4 e D7 (queda ≥ 15% entre eles). Qualquer instabilidade: cirurgia.



Súbita + massa: torção

Doppler não exclui

Laparoscopia: destorcer

Preservar o ovário

Fontes: ACOG CO 783 (2019); ACOG PB 193 (2018); FEBRASGO, Abdome agudo em ginecologia (2018).

Pegadinha de prova

Mulher de 30 anos, com atraso menstrual de 6 semanas, dor pélvica leve e sangramento discreto. Estável hemodinamicamente. Beta-hCG quantitativo: 1.800 mUI/mL. USTV: útero sem saco gestacional, anexos sem massa, sem líquido livre. A conduta mais adequada é:

A Metotrexato 50 mg/m² IM em dose única.

B Laparoscopia diagnóstica.

C Curetagem uterina para pesquisa de vilosidades coriônicas.

D Repetir beta-hCG em 48 horas e nova USTV conforme a evolução.

E Alta com orientação de retorno em 2 semanas para USG.

Pegadinha de prova

Mulher de 30 anos, com atraso menstrual de 6 semanas, dor pélvica leve e sangramento discreto. Estável hemodinamicamente. Beta-hCG quantitativo: 1.800 mUI/mL. USTV: útero sem saco gestacional, anexos sem massa, sem líquido livre. A conduta mais adequada é:

A Metotrexato 50 mg/m² IM em dose única.

B Laparoscopia diagnóstica.

C Curetagem uterina para pesquisa de vilosidades coriônicas.

D Repetir beta-hCG em 48 horas e nova USTV conforme a evolução.

E Alta com orientação de retorno em 2 semanas para USG.

PARA LEVAR

1

βhCG primeiro, sempre. Positivo e sem saco intrauterino: ectópica até prova em contrário; instável = centro cirúrgico.

2

Torção: dor súbita com vômitos e ovário aumentado. Doppler normal não exclui; laparoscopia e destorção preservando o ovário.

3

DIP: critérios mínimos bastam para tratar. Interne o abscesso, a gestante, a grave e quem falhou em 72 horas.