

CONCEITO FISIOPATOLÓGICO NO DIAGNÓSTICO DA PRENHEZ ECTOPICA COMPLICADA

(Contribuição aos Temas Livres do III Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em Belo Horizonte, em Julho de 1951).

Fradique Corrêa Gomes

Na avaliação clínica da evolução da prenhez ectópica distinguem-se três etapas: assintomática, etapa visceral pura, etapa peritoneal, respectivamente correspondentes a — gravidez intáta, hemorragia ovular (hematosalpingo sintomático), e acidente de ruptura ou aborto tubário (hemorragia interna).

A extrauterina progride sem sintomas próprios até um momento variável determinado por condições anatômicas do órgão sede da implantação viciosa. O crescimento lento do ovo é assintomático porque condiciona uma distensão gradual e lenta dos tecidos envolventes, compatível com a adaptação dos elementos vasculares e nervosos.

O processo de desprendimento ovular com a hemorragia focal, embora pequena, provê a distensão mais ou menos aguda dos tecidos, origem da dor. Cessando a hemorragia é possível a estabilização do processo, atenua-se a crise, extingue-se a dor. Prosseguindo a hemorragia, ou sucedendo-se novos surtos hemorrágicos locais, mantém-se ou reproduz-se o quadro clínico.

Nestas circunstâncias, em dado momento sobrevém o acidente: ruptura ou aborto, geralmente iniciando-se a hemorragia interna.

O clássico quadro clínico de abdomen agudo, em que domina a dor intensa-sincopal muitas vezes, com todo o sequito de sintomas satélites de origem sensitivo-visceral habitualmente é atribuído à hemorragia interna, erroneamente denominado Síndrome de Anemia Aguda, quando em realidade a hemorragia ainda não se processou, sendo a verdadeira causa a distensão aguda cavitária.

Expulso o ovo para a cavidade peritoneal, ou rompida a trompa ou o ovário que o acolhia, costumam surgir os sintomas de hemorragia interna. Isto ocorre logo após a crise inicial de distensão visceral aguda, ou posteriormente por ocasião de novos surtos hemorrágicos focais ou de reação da musculatura tubária aumentando abruptamente a tensão intracavitária.

As víceras percebem, reagem e emitem associações sensitivas ante variados estímulos dolorosos, tais como os induzidos por espasmos, compressões, torsões, trações, distensões, processos de isquemia, acidificação e dessecação, e também pelas alterações de natureza metabólica estabelecidas nas zonas de reação inflamatória.

As características quantitativas e qualitativas do estímulo constituem o conceito prévio a definir, e de cujo conhecimento depreende-se o essencial para identificar o estímulo adequado, elemento primário na solicitação e obtenção das sensações no âmbito da fisiopatologia vegetativa.

A condição "subitaneidade" da hemorragia ovular é uma qualidade no estímulo que provoca a dor. Esta qualidade pode ser aproximada de uma outra qualidade que é condição de dor — a coordenação das contrações, como se vê no resultado das experiências de Woodbury com as contrações uterinas. Outras condições, entre elas o espasmo vascular e a anoxia parecem estar decisivamente ligados à produção do fenômeno dor. Assim, os estudos em torno das reações hormonais e neurovasculares que contribuem ao esclarecimento

da dismenorréia, insinuam que os estrógenos por seus efeitos simpaticomiméticos agem favoravelmente sobre a dor, bloqueando os impulsos simpáticos e diminuindo o espasmo que dá a vaso-constricção e a anoxia dolorosa subsequente do útero. Entretanto a reação ótima dos vasos não decorre do nível absoluto dos estrógenos, mas da relação estrógeno-progesterona. Mais certo é o que representa o nível máximo de estrógenos no que tange à retenção de água e outras trocas metabólicas associadas, em relação com o estabelecimento da tensão pré-menstrual.

Os reflexos víscero-viceais agrupam todo um conjunto de associações originadas ao estímulo de sensações dolorosas intensas. Assim, nas grandes irritações esplâncicas, na cólica hepática, nas perfurações e rupturas de órgãos ôcos, os centros superiores diencefálicos e a cortex emitem uma resposta complexa, massiça e global — a eferência em avalanche, de Cajal, donde resulta um quadro clínico caracterizado por manifestações múltiplas e intensas, onde sobressaem a instabilidade do pulso e da pressão arterial, extrassístoles, palidez, dilatação pupilar, resfriamento, transtôrno da sudação e salivação, náuseas, vômitos, incontinência dos esfínteres, em suma, acentuada perturbação do equilíbrio vegetativo.

A experimentação e a clínica provam o acêrto desta interpretação, mostrando que o síndrome apontado decorre de hiperexcitabilidade de estímulos vegetativos: o bloqueio dos esplâncicos pela novocaina extingue ou reduz consideravelmente a violência da sintomatologia.

As sensações dolorosas da esfera visceral e as dôres superficiais dependentes da sensibilidade geral, devem ser individualizadas no curso da avaliação dos sintomas para o diagnóstico da extrauterina.

Com relação à sensibilidade da trompa e do ovário, o processo elementar que a acorda é, principalmente a distensão abrupta operada dentro da cavidade ou no espaço intersticial das paredes do órgão. No caso particular da ectopia gravídica, o reativo elementar específico da sensibilidade visceral é a distensão aguda, sob todos os moldes que a patologia e a clínica oferecem.

O labor clínico comprova freqüentemente que a excitação adequada à manifestação da sensibilidade dolorosa visceral reside na dis-

tensão dos tecidos que encerram a malha neuro-vegetativa, e que o síndrome grave inicial não decorre da hemorragia interna. Quando na prática da salpingografia ou do teste de Rubin o elemento injetado sob pressão determina a distensão cavitária do útero e da trompa, com a condição da manobra ser suficientemente abrupta, provoca-se um quadro típico de sofrimento tubário agudo, idêntico ao da crise abdominal por extrauterina complicada. No entanto, não há hemoperitônio. Também não é lícito imputar ao elemento injetado a responsabilidade da sintomatologia, porque, se a manobra não for intempestiva, i.é., se não houver distensão brusca, não se estabelece o quadro típico imediato. Por outro lado, é freqüente o achado operatório de sangue ou líquido sanguinolento em quantidade variável, às vezes apreciável, na cavidade pélvica, sem que estas pacientes tenham manifestado sinais de crise abdominal. Também não se pode atribuir a dor siderante ao volume de sangue, à inundação peritoneal, pois o aspecto clínico dêste episódio em si é bem caracterizado pelo quadro de hemorragia pós-operatória das primeiras horas, decorrente de afrouxamento de ligadura. Aqui, na hemorragia pura, não há nenhuma das lesões chocantes produtoras de sintomas ruidosos: não há dor. A sintomatologia é tranquila: pulso, respiração, coloração da pele e mucosas, termogenese, circulação cerebral, etc., chegando à morte com a sensação angustiosa de falta de ar e constricção pré-cordial; de dor, apenas a que decorre da reação frênica, a seu tempo.

Também o ovário presta-se, em determinadas circunstâncias clínicas, à verificação dêstes dados. O ovário são, prolabado, em mulher magra, é facilmente tomado entre os dedos no toque bimanual, e, se fôr comprimido desperta dor violenta e angustiosa — o grito ovárico, em virtude do aumento de tensão intersticial pela compressão brusca. Nos processos congestivos o parenquima da gonada distende-se pela estase venosa ou pelo edema, originando a dor, variável com os períodos de congestão e descongestão. Do mesmo modo, certos quistos da cortical ovariana que sofrem distensão, chegando ou não à ruptura, produzem o traumatismo distensivo que desencadeia um quadro clínico indiferenciável do que corresponde ao acidente na extrauterina. Nestes casos a intervenção mostra, às vezes, escassa quantidade de sangue no Douglas, raramente um hemoperitônio apreciável; outras vezes nada de sangue ou líquido no ventre:

apenas um ou mais quistos no ovário, com pequenas hemorragias intraquísticas sob tensão. É contraditória na literatura a intervenção de urgência com diagnóstico de ectopia gravídica, em que se depara com pequenas coleções quísticas, gravídicas ou não, sem qualquer derrame hemático no peritônio. O quadro clínico urgente coexiste tanto com o quisto íntegro, como com o fissurado ou rompido que deu hemorragia variável; não pode, pois, ser subordinado à hemorragia exclusivamente.

Portanto, a sintomatologia inicial grave não é desencadeada pela hemorragia interna, como se deprende de interpretações usuais, mas da agressão ao sistema neurovegetativo, da distonia aguda. As consequências da hemorragia surgem posteriormente.

Eis quatro casos clínicos eloquentes: três com hemoperitônio em grau diverso, um sem hemoperitônio. Todos com sintomas de urgência.

OBSERVAÇÃO 1. (resumo elementar)

Z. S., com 24 anos, casada, parda, brasileira.

Consulta por dores na FIE e hipocondrio D, e fluxo sanguíneo irregular.

Antecedentes somáticos gerais: moléstias da infância, bronquite, apendicectomia, reumatismo.

História gineco-tocológica: menarca aos 15 anos, tipo 3-4/30 dias, inicialmente hipomenorréica, depois eumenorréica. Casou há dois anos, pouco depois fluxo amarelo e dores irregulares no baixo ventre. Há alguns meses tratou-se por ulcerações nas partes. Nunca ficou grávida. Última menstruação a 21 de março, durou um dia mais do que habitualmente.

História clínica atual: há oito dias, no décimo sétimo dia do ciclo, por ocasião de esforços surgiram dores no baixo ventre, especialmente na FIE, fracas. Um ou dois dias depois as dores localisaram-se no hipocondrio D, mais intensas, e surgiu fluxo sanguíneo pouco escuro, com coágulos, irregular. A dor eventualmente exacerbada, era compatível com a vida normal da paciente. Vindo à consulta com uma semana de sofrimento, queixava-se de dor forte no hipocondrio D, leve dor na FIE, e fluxo sanguíneo escasso.

Exame clínico: mucosas de coloração normal, pulso bom, ampla mobilidade respiratória da parede abdominal. Vagina com pouco

sangue, colo ponteagudo de orifício puntiforme com discreto ectropio, consistência normal. Útero em retroflexão, pouco móvel, consistência e tamanho normais, levemente desviado para E. Fundo de saco D com formação tumoral do tamanho de uma noz, prolabando para o Douglas, de consistência macia e elástica cuja compressão palpatória determina dor violenta com tendência sincopal, sensação de mal estar e ansiedade fugazes. Fundo de saco E livre; anexos deste lado dolorosos.

Baixada à enfermaria 22 da Santa Casa, secção G, leito 10, ficou alguns dias em observação, apresentando duas crises dolorosas de intensidade progressiva e com estado lipotímico. Finalmente, aumento do sangramento, já agora bem escuro. Punção do Douglas negativa.

Diagnóstico clínico: Prenhez Ovariana D (?) — Quisto do Ovário D (?) — Estereidade primária. Cervicite e Reação Anexial.

Intervenção: 19.4.51.

Éter, laparotomia mediana infra-umbilical. Anexos aderentes ao folheto posterior do ligamento largo e face postero-lateral do útero. Ambas as trompas com diversos segmentos obstruídos. Ovário D maior que uma noz, poliquístico, parece cheio de líquido espesso. Salpingectomia dupla, ooforectomia D. Não há sangue nem líquido na cavidade. Seccionado o ovário retirado, verifica-se uma capsula de 1/3 de centímetro constituída por dois folhetos facilmente descoláveis, encerrando um coágulo sanguíneo compacto. Pensa-se em quisto hemorrágico; lembra-se a possibilidade remota de gravidez intra-ovariana. Procede-se à reposição do útero pela técnica da "Síntese posterior do retináculo" e fecha-se por planos. (Fradique C. Gomes e Baptista Hoffmeister).

Seqüência — normal.

Lauda anátomo-patológico do ovário: corpo lúteo hemorrágico (Lab. Fac. Med.)

Alta aos dez dias.

OBSERVAÇÃO 2. (resumo elementar)

H. M., com 37 anos, casada, branca, brasileira.

Consulta por dores abdominais, tonturas, metrorragia, ansiedade.

Antecedentes somáticos gerais: freqüentes perturbações digestivas, sensação de pêso no hipocondrio D, tem feito tratamento para o fígado.

História ginecotológica: menarca aos 14 anos, tipo 3-4/26-30 dias, dismenorréia expulsiva primária, hipermenorréia nos primeiros períodos, normal depois. Após os dezesseis anos, três vezes amenorréia de um a três meses, sem tratamento. Casou aos 18 anos. Três partos, o último há cinco anos. Um aborto de um e meio mês há dez anos. Períodos de lactação normais. Irregularidades menstruais após o primeiro parto. Tratou-se com êxito. Dismenorréia desapareceu depois dos partos, restando cefaléia e sensação de peso em ambas as fossas ilíacas. Última menstruação em onze de março, durou um só dia, com as demais características e mólimes habituais.

História clínica atual: pouco depois da última menstruação, de um só dia, começou a sentir tonturas, ansiedade, dor no hipocondrio D, calefrios, tremores e vômitos. Logo após apareceu fluxo sanguíneo achocolatado. Sangramento e dores desapareciam por lapsos variáveis, tendo passado o máximo de três dias sem um ou outro, o que atribuía ao repouso. Aspecto e quantidade do sangue, variável. Dor sempre iniciada no hipocondrio D irradiava-se depois à FID, pouco intensa, geralmente seguida de vômito. Sofrendo assim discretamente há quinze dias, recebeu então visita médica à noite, em casa, sendo aprazado exame ginecológico para o dia seguinte. Porém, poucas horas depois, pela madrugada, reacende-se o quadro clínico com intensidade nunca antes atingida: fortes dores no Hip. D, vômito, fluxo sanguíneo bem escuro, dor irradiada à FID, crise sudoral, calefrios intensos, pelo que o médico assistente ordenou remoção para o hospital, procedendo ao exame ginecológico, e, sem elementos decisivos, estabeleceram a expectativa armada. Seguiram-se três dias sem crises, sem sangramento, apenas com indisposição gástrica e, ao movimento, dores no hipocondrio D e FID. Então nova crise, idêntica à anterior, porém mais intensa, com acentuada palidez. Após, vi pela primeira vez a paciente, e, agora o exame permitia identificar algumas alterações: palidez leve, pulso de caracteres normais (84 p. m.), mobilidade respiratória abdominal diminuída, respiração profunda despertando dor no hemiabdomen D, discreta distensão abdominal sem defesa; vagina com sangue escuro fluente do orifício cervical, colo e corpo uterino de posição e situação normais, corpo difícil de delimitar, de consistência branda, pouco aumentado de tamanho; fundo de saco vaginal D depressível com dor irradiada por todo o baixo ventre, dis-

creto empastamento à D do útero. Punção do Douglas dá escassa porção de sangue.

Diagnóstico: prenhez extrauterina complicada.

Intervenção:

Éter, laparotomia mediana infraumbilical. Aberto o ventre vê-se escassa quantidade de sangue líquido na cavidade, útero de tamanho duplo rodeado por massa de coágulos negros mais volumosa à D. Trompa D aderente ao ceco e muito aumentada de volume deixa vêr na face antero-superior de sua porção média, uma fenda de bordos irregulares, por onde flui sangue. Pinçamento da trompa junto ao útero, e do méso tubário; toilette da cavidade pélvica. Entre os coágulos está um embrião de 3 centímetros. Salpingectomia, apendicectomia. Fechamento da parede por planos, (Baptista Hoffmeister e Fradique C. Gomes).

Seqüência — normal.

Alta aos dez dias.

OBSERVAÇÃO 3. (resumo elementar)

G. C., com 19 anos, casada, branca, brasileira.

Consulta por dores no hipocondrio D, ventre e bexiga, aparecidas após a ingestão de um caqui, segundo informa a paciente.

Antecedentes familiares: mãe falecida de afecção cardíaco-renal, pai com bronquite crônica.

Antecedentes somáticos gerais: depois da primeira infância, sarampo, meningite (início, sic), coqueluche, gripes freqüentes. Cólica hepática há dois anos, com icterícia.

História ginecotológica: menarca aos 14 anos, seguida de dois meses de amenorréia, tipo 5-6/27-28 dias, quantidade variável, às vezes com coágulos. Dismenorréia secundária tipo expulsivo. Casou há nove meses, logo após apareceu corrimento amarelado escasso e dores na FIE, sem perturbação menstrual. Nunca praticou a contracepção, ainda não ficou grávida. Nega qualquer irregularidade menstrual afora a referida logo após a menarca. Última menstruação em 25.3.51, quando esperava para o dia 30. Cinco dias de adiantamento, pela primeira vez em sua história, com sangue mais escuro do que o habitual.

História clínica atual: há três dias começou com dores intensas do hipocondrio D, tipo cólica, surgidas bruscamente após ingerir um

caqui. Posteriormente houve irradiação para o ventre, e dores na bexiga. A dor sempre mais intensa no hipocondrio, de caráter contínuo, sofria exacerbações. Julgando que este mal fôsse repetição do que sofrera dois anos antes, diagnosticado e tratado como cólica hepática, tentou medicação caseira. Porém, ao cabo de vinte e quatro horas seu estado se agravara, impedindo-a de dormir. Não podia manter-se em nenhuma posição, com fortíssimas dores, principalmente na região do fígado, agora também com reflexos no ombro, boca amarga, tonturas e vômitos fáceis. Neste momento começa a perder sangue pela vagina, notando-o mais escuro do que normalmente, atribuindo-o à menstruação adiantada de cinco dias. Nesta situação procurou a Santa Casa, baixando à enfermaria 22, secção G, leito 4.

Exame clínico: pele de cor terrosa, mucosas discretamente pálidas, agitação e ansiedade pela dor, mobilidade respiratória abdominal completamente paralisada, da cicatriz umbilical para baixo, nítida de lá para cima. Ventre abaulado, tenso. Dor espontânea máxima na zona sub-costal D. No baixo ventre a dor espontânea é menor, mas aqui, a palpação revela uma discreta resistência renitente e elástica que se confirma e evidencia, pelo toque combinado, à E do útero, que é de caracteres normais, mas vertendo na vagina sangue escuro. Pesquisando a dor provocada, em vez da espontânea, parece não haver diferença nítida entre as duas zonas, superior e inferior, sendo muito menos doloroso todo o resto do abdomen. Persiste a dor na zona da bexiga, sem ligação com dor renal.

Diagnóstico: Gravidez extrauterina complicada.

Intervenção de urgência: 28.3.51.

Éter, laparotomia infraumbilical mediana. Cavidade peritoneal com regular quantidade de sangue, epílo convergindo para a FIE forma espessa barreira. Desfeitas as aderências pinça-se a trompa que se mostra fartamente engrossada e fendida em sua porção média, face superior, formando uma brecha de quatro centímetros, irregular. Na luz tubária, restos ovulares e coágulos. Extirpam-se porções ovulares frouxamente aderidas a alças intestinais e epílo. Salpingectomia E. Toilete da cavidade abdominal. Fechamento da parede por planos. (Fradique C. Gomes, Baptista Hoffmeister, int. Pellanda).

Seqüência — normal.

Alta ao nove dias.

OBSERVAÇÃO 4. (resumo elementar)

I. J. M., com 33 anos, casada, branca, brasileira.

Consulta por dores no hipocondrio D, posteriormente irradiadas a todo o ventre, e perda de sangue.

Antecedentes somáticos gerais: Apendicectomia há treze anos, diversas crises de cólica hepática diagnosticadas e assistidas pelo médico da família.

História ginecológica: menarca aos 12 anos, tipo 6-8/30 dias, dismenorréia primária tipo congestivo. Há cerca de 20 anos casou, transformando-se o tipo menstrual para 3/30 dias. Seis partos, um aborto, última gravidez há cinco anos. Pratica contracepção. Escasso fluxo amarelo e dores irregulares na FID há muitos anos. Última menstruação há vinte e um dias, normal.

História clínica atual: dores na FID mais intensas do que habitualmente, por vinte a quatro horas, melhoradas e desaparecidas com procedimentos caseiros. No dia seguinte começa a perder sangue e padece nova crise de dores muito intensa, agora sediada no hipocondrio D. Sentindo-se muito enfartada julgou tratar-se de nova cólica hepática, e fez uso de remédios caseiros, sem melhorar. Nesse mesmo dia (18 horas), entregue a lides domésticas teve a impressão nítida e perfeita de que alguma coisa arreventara no hipocondrio D, sentindo escorrer um líquido quente pelo hemiabdomen D, para baixo primeiro, depois por todo o ventre. Ao mesmo tempo a dor exacerbou-se ao máximo, levando a paciente a contorcer-se no chão. O médico, chamado, neste momento apenas pode saber que a última menstruação fôra normal em aspecto e época, e que a paciente sofria de cólicas hepáticas. A dor que persistia, era contínua e intensa, a paciente estava pálida, indiferente, com sede intensa, pulso fraco e rápido. Simultaneamente, crise de vômitos e diarreia. Diante deste quadro o facultativo determina imediata transferência para o hospital, com medicação de urgência e transfusão de sangue total (20 horas). Depois da sensação de líquido escorrendo pelo ventre, a dor estendeu-se do hipocondrio ao ventre todo, aos ombros e base do pescoço, embaraçando os movimentos respiratórios. Pouco depois as dores eram generalizadas da cintura para cima, intoleráveis, com intensa dispnéia. A família não aceitou a indicação de intervenção imediata proposta pelo médico assistente, apesar

da expressão do transfusor de sangue em face dos poucos resultados de repetidas transfusões: "dir-se-ia que há um grande vaso aberto". Dois colegas foram chamados em conferência, e, neste momento vi a doente por primeira vez.

Exame clínico: paciente obesa, pálida, dispnéica; pulso fino, taquicardia, subfebril, mobilidade respiratória abdominal muito diminuída, ventre distendido sem defesa localizada, reagindo intensamente pela dor à palpação. Relaxamento do introito, sangue discretamente escuro na vagina fluindo do colo que é grande, irregular, com vestígios de antiga cervicite, de consistência e mobilidade normais. Palpação bimanual dificultada pelo excesso de gordura e pela dor; fundos de saco parecem livres, impossível delimitar o corpo uterino. Eletrocardiograma feito neste momento, normal.

Diagnóstico: abdomen agudo por ruptura do colecisto (médico assistente), e extrauterina complicada com inundação peritoneal (os outros).

Intervenção:

Éter, laparotomia paramediana D supra-umbilical. Ao picar o peritônio, sangue em abundância. Colecisto íntegro. Manobra de Potok, alargamento da incisão para baixo. Trompa D grávida, rompida. Salpingectomia, toilette da cavidade. Fechamento por planos. (Baptista Hoffmeister, Martim Gomes, Fradique C. Gomes).

Seqüência — normal.

Alta aos 14 dias.

Nestes quatro casos predominou o diagnóstico de prenhez ectópica. Houve a clássica história de dores violentas com tendência sincopal. O contróle cirúrgico mostrou um quisto hemorrágico íntegro do ovário, sem hemoperitônio, e três trompas grávidas rompidas, com hemoperitônio variável: escasso (100 grs.), médio (500 grs.) e inundação (cêrca de dois litros.)

Sem contrariar as asserções sobre a influência da regulação neuro-vascular, que origina dor em consequência do espasmo e da anoxia, é fato comprovado que a agressão traumatizante da malha neurovegetativa tissular, desencadeante da sensibilidade dolorígena no sector visceral, dá o mesmo quadro

clínico em consequência de: distensão cavitária dos órgãos, distensão intersticial dos tecidos parenquimatosos ou estiramento da serosa de revestimento. A sintomatologia decorrente é de repercussão geral e excêntrica, característica de choque.

Considerando a gravidade e amplitude do quadro funcional, é impressionante, muitas vezes, a pequenez e a delicadeza da lesão anatômica donde parte o estímulo adequado.

A localização dolorosa visceral vegetativa é vaga, imprecisa. É mais uma zona dolorosa. Nos processos pouco intensos, pode aparecer localizada ao nível da víscera afetada, mas em casos mais severos a dor visceral é excêntrica, irradiando ao longo dos vasos que irrigam o órgão; se a intensidade dolorosa alcança o máximo, estabelece-se o quadro de angor abdominal — a excitação extrema afetando a plexos sucessivamente escalonados generaliza a comoção configurando o quadro de choque abdominal.

É uma dor que fulgura, decresce e se extingue; surge bruscamente e é fugaz. A não ser que se repita a agressão, o processo tende a estabilizar por adaptação, e a sensibilidade dolorosa decresce gradualmente até desaparecer.

Praticamente a maior distensão, a máxima agressão, a mais intensa dor, correspondem ao momento imediatamente anterior à ruptura. Com esta começa a hemorragia intraperitoneal que passa a dominar o quadro, e donde poderá advir a dor alta, na região do ombro principalmente, por reação frênica resultante da irritação de elementos nervosos que só ao nível da abóbada abdominal ficam em contato direto com o peritônio parietal, pela falta do tecido frouxo sub-peritoneal nessa zona.

Falando de dor, é interessante notar que nas observações apresentadas ocorreu dor no hipocôndrio D, nem sempre atribuível ao hemoperitônio. Com efeito, o abdômen superior D está sujeito a certas condições especiais à mulher, afora aquelas que decorrem da patologia hepato-vesicular pura, a saber:

1. *Crises hepáticas de origem menstrual.*

Segundo Gutmann, alguns sintomas dolorosos do hipocôndrio D com aspecto clí-

nico de manifestações vesiculares são, realmente, de causa hepática. O mecanismo é o das crises vaso-motoras. O esplênico — vaso-constritor, e o vago — vaso-dilatador mantêm o equilíbrio vascular. Mas podem surgir distensões dolorosas. Mesmo a icterícia brusca, após uma emoção, deve ser ligada a uma ação espasmódica sobre as veias ou o colédoco; talvez a veia cava inferior (Paviot), talvez uma queda na pressão venosa resultante de ação vaso-dilatadora (Potain). A patogenia mostra como estas cólicas não procedem das vias biliares, mas do fígado.

2. *Crises vesiculares menstruais.*

Assim como surgem surtos de edema da glote no momento das regras, em pacientes com lesões do faringe, também pode suceder a crise vesicular catamenial em pacientes que sofrem da vesícula. Muitas vezes as dores do colecisto só aparecem no período menstrual. É notável que essas dores desapareçam na gravidez, castração e menopausa; mas, também podem começar no climatério.

3. *Crises hepato-vesiculares.*

Para Gutmann, quase não há colecistites, mas colecisto-hepatites. Aqui radica a causa das cólicas que persistem após a colecistectomia, e, para cuja supressão diversos cirurgiões têm preconizado e praticado a castração.

4. *Síndromos hepato-ovarianas.*

G. Parturier, estudando os síndromos hepato-ovarianos, insiste no silêncio de várias afecções durante a gravidez. É evidente a intrincada correlação funcional existente.

5. *Reação frênica.*

Como a concebe Stajano, a reação frênica não é sintoma ou síndrome dêste ou daquele processo abdominal ou pélvico, infeccioso, hemorrágico ou traumático, mas é reação de determinada região a agressões diversas. Aparece sob a forma de dor da mais variada intensidade no território frênico-intercostal com irradiações para o alto (ombro, base do pescoço, regiões acrómio-claviculares, escapulares, etc.). Esta dor que pode predominar no

hipocôndrio, é independente da dor pélvica, e diretamente subordinada ao contato do elemento irritante (líquido ou gasoso) com o peritônio da cúpola diafragmática, dependendo sua precocidade de condições favoráveis ou não ao contato. A reação frênica pode surgir em caso de:

hemoperitônio (origem esplênica, hepática, genital, operatória, traumática;

pneumoperitônio;

derrames cáusticos ou irritantes no peritônio (perfurações, líquido amniótico);

infecções da abóbada do ventre, habitualmente;

infecções pélvicas, em determinadas condições (Gonococcia: aderências sub-hepáticas, cordas de violino de Curtis).

Em dois casos clínicos aqui apresentados caracteriza-se a dor inicial eletiva no hipocôndrio D (um com pequeno hemoperitônio, outro com médio). Um terceiro caso — quisto hemático do ovário, sem derrame peritoneal, apresentou dor no hipocôndrio D depois de iniciada a crise na FIE.

A possibilidade da localização dolorosa inicial no quadrante superior D do abdômen é importante do ponto de vista diagnóstico, pois pode orientá-lo em outro sentido demonstrando a indicação operatória.

Alejandro Pavlovski crê que esta localização dolorosa corresponda à lei dos reflexos viscerais de Head-Mackenzie, partindo a irritação do peritônio da trompa que se rompe ou se distende bruscamente, fechando-se o circuito sobre o frênico ou intercostais. Assim se explicaria tal localização em casos de pequeno ou nenhum derrame, como nas observações acima citadas.

Em geral os autores que se referem à dor no hipocôndrio D no diagnóstico da prenhez ectópica, incluem-na na denominação de dor tardia elevada, reação frênica, expressão de inundação peritoneal. Mas, em certos casos, a dor no hipocôndrio D é precoce, simultânea

com a distensão brusca da trompa ou do ovário, sem relação com o hemoperitônio, podendo aparecer sem este, como na minha observação, ou ser seguida de hemoperitônio e dor tardia elevada como no caso de Wybert, Garré e González. Aqui, o início foi marcado por dores no hipocôndrio D e sensação de alguma coisa rompida no ventre, e vinte e quatro horas depois, dores também no ombro, costas e região infra-clavicular, respiração difícil, anemia aguda. Por outro lado, Bengolêa apresenta um caso de inundação peritoneal por gravidez ovárica caracterizado por um único sintoma doloroso: dor no hipocôndrio D.

Rememorando, temos:

1. O síndrome agudo inicial sensitivo-chocante decorre direta e imediatamente do processo de distensão brusca da malha neurovegetativa, em que pesem os fenômenos neurovasculares com espasmo, isquemia, edema, anoxia e por fim dor; porém, não da hemorragia interna, podendo ocorrer sem hemoperitônio.
2. A crise pode ser única ou repetir-se, conforme os surtos distensivos.
3. Períodos assintomáticos podem intercalar-se entre as crises distensivas, pela estabilização do processo.
4. Depois da ruptura visceral ou do aborto tubário sói instalar-se o hemoperitônio, com a anemia conseqüente.
5. A hemorragia interna, nova fase na evolução deste processo patológico, soma seus efeitos aos remanescentes do quadro inicial, e acrescenta, oportunamente, dois novos grupos de sintomas: os decorrentes da anemia mais ou menos aguda, e os da reação frênica. Somente este reveste a forma de dor.
6. dor no hipocôndrio D ocorre com relativa frequência na extrauterina rompida ou não. Quando esta localização é inicial ou predominante, o seu conhecimento assume importância na orientação diagnóstica.

R E S U M O

São apresentados quatro casos clínicos com a história clássica das crises no curso de prenhez extrauterina. O controle cirúrgico revelou três vezes a ruptura da trompa, e uma vez um quisto hemático do ovário, íntegro, sem caracteres gravídicos a alguns cortes microscópicos.

Considerando a avaliação clínica da evolução da prenhez ectópica situam-se as três etapas: assintomática, etapa visceral pura, etapa peritoneal.

Apreciando o clássico quadro clínico de abdômen agudo à luz de conceitos fisiopatológicos onde ressalta a feição neurovegetativa, além da questão espasmo-isquemia-edema-anoxia-dor, e do aspecto da descoordenação das contrações musculares viscerais na origem da dor, endossamos a opinião que atribui o síndrome agudo inicial sensitivo chocante à distonia neurovegetativa provocada pelo reativo elementar específico da sensibilidade dolorígena visceral que é a distensão brusca, em vez de atribuí-lo à anemia aguda (síndrome de anemia aguda de diversos autores). Diversas condições clínicas comprobatórias são citadas.

Focalizando a dor que com certa frequência ocorre no hipocôndrio D nas complicações da prenhez ectópica, e que nem sempre está condicionada ao hemoperitônio, são apontadas certas condições especiais à mulher, relacionadas com a dor no abdômen superior D: crises hepáticas de origem menstrual, crises vesiculares menstruais, crises hepato-vesiculares, síndromos hepato-ovarianos, além das afecções próprias hepato-colecísticas e da reação frênica comum.

Finalizando, é apontada a importância diagnóstica da dor no hipocôndrio D quando é de localização inicial ou predominante, visto que, orientando o diagnóstico para outro setor pode retardar a indicação operatória.

BIBLIOGRAFIA REVISADA

1. Ahumada, J. C. — Tratado elemental de ginecología, Aniceto Lopez, Bs. As., 1936.
2. Cabot, R. C. — Diagnostico diferencial, Salvat Editores, Barcelona, 1927.
3. Callarón, C. J. y Ruiz, V. — Terapeutica ginecologica, El Ateneo, Bs. As., 1941.
4. Cope, Sch. — Diagnostico de las enfermedades quirurgicas agudas del abdomen. C. M. Moreira, Bs. As., 1940.
5. Cravioto, R. — Embarazo extrauterino abdominal e intraligamentario con feto vivo, Obst. y Gin. Lat.-Amer., 1944, 2:213.

6. Curtis, A. H. — Abdominal and pelvic pain, from a gynecological viewpoint, Surg. Gyn. and Obst., 1936, 32:321.
7. Curtis, A. H. — Compêndio de ginecologia, Ed. Guanabara, Rio, 1947.
8. Davis, C. H. — Gynecology and Obstetrics, W. F. Prior Co. Inc., USA, 1949.
9. Falk, H. C. and Rosenbloom, M. A. — Extra-uterine pregnancy, Surg. Gyn. and Obst., 1936, 62:228.
10. Goldzieher, M. A. — Fisiologia y perturbaciones menstruales, El Dia Médico, 1950, Maio.
11. Gutman, . — Les Syndromes douloureux de la région épigastrique, G. Doin et Cia., Paris, 1937.
12. Lascano, J. C. y Warcalde, J. C. — La hemorragia subcapsular del hígado con interrupcion peritoneal en la gravida, Obst. y Gin. Lat.-Amer., 1944, 2:757.
13. Lluesma-Uranga, E. — Neurovegetativo, Lopez y Etchegoyen, Bs. As., 1948.
14. Meylan, R. et Massadegh, R. — Á propos du diagnostic des grossesses ectopiques, Gynec. et Obst., 1935, 32:321.
15. Mc Sweeney, D. J. and Wood, F. D. — Acute abdominal conditions following ovulation and its sequelae, New England J. Méd 1942, 222:174.
16. Mondor, H. — Diagnostics Urgents, Masson et Cie., Paris, 1937.
17. Montóbio, V. C. — Tratado de ginecologia Ed. Labor, Bs. As., 1950.
18. Novak, E. — Ginecologia e endocrinologia feminina, Ed. Guanabara, Rio, 1946.
19. Parturier, G. — Séméiologie Biliaire, G. Doin et Cie., Paris, 1926.
20. Pavlovski, A. J. — Abdomen agudo quirurgico, El Ateneo, Bs. As., 1936.
21. Peham H. e Amreich, J. — Ginecologia operatória, Editora Guanabara, Rio, 1940.
22. Perez, M. L. — Tratado de Obstetricia. Aniceto Lopez, Bs. As., 1943.
23. Stajano, C. — Sistema neurovegetativo y chock, Salvat Editores, Barcelona-Bs. As. 1946.
24. Stanley, M. M. — Gonococcal peritonitis of the upper part of the abdomen, Surg Gyn and Obst., 1946.
25. Stoeckel, W. — Tratado de ginecologia, Morata Editora, Madrid, 1948.
26. Te Linde, R. W. — Ginecologia operatória, Editora Guanabara, Rio, 1947.