

# BMJ Best Practice

## Avaliação de dor abdominal na gestação

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# **Tabela de Conteúdos**

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Visão geral</b>	<b>4</b>
Etiologia	4
<b>Emergencies</b>	<b>8</b>
Considerações de urgência	8
<b>Diagnóstico</b>	<b>11</b>
Abordagem passo a passo do diagnóstico	11
Visão geral do diagnóstico diferencial	14
Diagnóstico diferencial	16
Diretrizes de diagnóstico	37
<b>Referências</b>	<b>38</b>
<b>Imagens</b>	<b>42</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>43</b>

## Resumo

- ◊ A dor abdominal em toda a gestação é comum. Muitas alterações adaptativas ou fisiológicas da gestação afetam a apresentação. As mulheres costumam se consultar com os médicos mais frequentemente, pois estão preocupadas com a saúde do feto. As pacientes precisam de uma avaliação cuidadosa para reduzir a ansiedade e oferecer segurança. Um especialista deve ser consultado, caso o quadro clínico seja indefinido.[1] [2]

- ◊ **Desafios e armadilhas do diagnóstico :**

As alterações fisiológicas e anatômicas de vários órgãos durante a evolução da gestação resultam em desafios diagnósticos importantes para o médico. Os órgãos reprodutivos compartilham as mesmas inervações viscerais como o íleo inferior, o cólon sigmoide e o reto. Portanto, frequentemente é difícil diferenciar entre dor de origem ginecológica e gastrointestinal. A dor pode ser provocada não apenas por causas específicas à gestação ou por condições ginecológicas, mas por muitas outras doenças cujos sintomas e sinais podem estar bastante alterados devido à gestação. Isso é especialmente verdadeiro a partir do final do segundo trimestre.

A avaliação é baseada em 2 pacientes: a mãe e o feto. Os possíveis efeitos adversos da anestesia, os medicamentos e a radiação no feto frequentemente complicam a abordagem diagnóstica tradicional. Como resultado, a presença do feto pode levar a um atraso na intervenção ou nos testes diagnósticos invasivos. Além do mais, há uma relutância geral em operar desnecessariamente uma gestante.

O abdome agudo na gestação permanece um dilema diagnóstico. À medida que a gestação expande a parede abdominal anterior, os sinais peritoneais resultantes são frequentemente diferentes dos esperados em pacientes não gestantes, devido à falta de contato com a inflamação subjacente. Além disso, o quadro clínico pode estar distorcido pelo útero obstruindo o movimento do omento para a área de inflamação.[3] Os parâmetros laboratoriais podem ser inespecíficos e estão frequentemente alterados por causa das alterações fisiológicas na gestação.

Apesar dos avanços na tecnologia médica, o diagnóstico pré-operatório das condições abdominais agudas ainda pode ser impreciso, aumentando a taxa de laparotomia exploratória, parto cesáreo, parto prematuro e morte perinatal.

## Etiologia

As causas obstétricas podem ser divididas pela presença no início ou no final da gestação. As condições que duram por toda a gestação foram categorizadas de acordo com o sistema anatômico. Para simplificar, foram incluídas somente as condições que ocorrem mais comumente antes do parto (antes de o trabalho de parto começar), em vez das presentes durante ou pós-parto.

### Início da gestação

Gravidez ectópica

- Geralmente diagnosticada no primeiro trimestre, a maioria afeta as tubas uterinas[4]
- Fortemente associada a condições que danificam as tubas uterinas, como doença inflamatória pélvica (DIP), gravidez ectópica prévia e cirurgia tubária prévia
- Também associada às usuárias de dispositivo intrauterino (DIU) e a mulheres que engravidaram por meio de tecnologias reprodutivas assistidas.

Aborto espontâneo

- Geralmente ocorre antes da 12<sup>a</sup> semana, sendo mais comumente provocado por anormalidades cromossômicas[5]
- Outras causas incluem a gestação múltipla, a patologia uterina (por exemplo, miomas) os medicamentos citotóxicos, a radiação e as condições sistêmicas (por exemplo, síndrome antifosfolípida).

Síndrome da hiperestimulação ovariana (SHEO)

- Pelo menos 2% das gestações em países industrializados são consequências de técnicas avançadas para tratamento de infertilidade, como a fertilização in vitro
- É a complicação iatrogênica com maior risco de vida, ocorrendo em 2% das mulheres que se submetem à estimulação por gonadotrofina
- O risco é maior em mulheres jovens com síndrome do ovário policístico ou índice de massa corporal (IMC) baixo
- Forma grave (0.2%) caracterizada pelos ovários aumentados, ascite, aumento da viscosidade sanguínea e disfunção renal ou hepática.[6]

### Final da gestação

Trabalho de parto prematuro

- Pode ser desencadeado por nefrolitíase, infecções do trato urinário (ITUs, especialmente a pielonefrite), síndrome de hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia (HELLP), descolamento de placenta (envolvida em 10% dos partos prematuros), corioamnionite e apendicite[7]
- A cistite aguda pode irritar o segmento uterino e desencadear as contrações uterinas
- Ocorre mais provavelmente pelo manejo não cirúrgico da colecistite, em comparação com às que se submetem à colecistectomia.[8]

Corioamnionite

- Complica de 1% a 5% das gestações a termo e é observada em cerca de 25% dos partos prematuros.[\[9\]](#)
- Os micro-organismos associados incluem Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis, Gardnerella vaginalis, peptostreptococos e espécies de Bacteroides
- Risco aumentado após a biópsia da vilosidade coriônica (BVC) e a amniocentese.

#### Ruptura uterina

- Alto risco em pacientes que apresentaram cirurgia uterina prévia (por exemplo, miomectomia).[\[10\]](#)

#### Descolamento da placenta

- Os fatores de risco incluem a idade materna  $\geq 35$  anos, gestação gemelar, tabagismo, cocaína e outros usos de medicamentos, várias gestações, hipertensão crônica, pré-eclâmpsia grave a leve, ruptura prematura de membranas, oligo-hidrâmnio e corioamnionite.[\[11\]](#)

#### Síndrome de hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia (HELLP)

- Caracterizada por anemia hemolítica, enzimas hepáticas elevadas e trombocitopenia
- Em decorrência da sua natureza progressiva, ela pode ser considerada uma variação da pré-eclâmpsia.[\[12\]](#)

#### Esteatose hepática aguda da gravidez

- Condição rara, mas com risco de vida, caracterizada pela infiltração gordurosa microvesicular do fígado
- Isso ocorre com maior frequência no terceiro trimestre.

## Ginecológica

#### Massas anexiais

- Encontradas em 8.8% das gestantes e a maioria desaparece no segundo trimestre.[\[13\]](#) [\[14\]](#)
- As massas pélvicas devem ser consideradas cancerosas, até que se prove o contrário
- As massas persistentes (que não desapareceram até o segundo trimestre) apresentam um risco de malignidade e têm uma ocorrência de 2% a 3%, durante a gestação.[\[15\]](#)
- As massas anexiais que provocam dor abdominal (torção, hemorragia e ruptura) se manifestam mais no primeiro trimestre
- Cerca de 20% das torções anexiais ocorrem durante a gestação e, são comuns no anexo direito, afetando principalmente as adolescentes e as mulheres jovens. As torções são frequentemente associadas a um aumento de peso no anexo, em virtude da presença de massas geralmente  $>5$  cm
- A ruptura de cisto ovariano é rara e pode ocorrer juntamente com a torção
- A hemorragia maciça em um cisto ovariano (especialmente um cisto maligno) ocorre raramente e provoca dor similar à da torção
- A hemorragia pode ocorrer em um cisto de corpo lúteo. No momento da formação do corpo lúteo, há sempre um pequeno sangramento no folículo que liberou o óvulo. Se o sangramento for excessivo, o corpo lúteo se distende com sangue. O tamanho dos cistos varia de 2.5 a 10 cm.

#### Miomas

- Estão presentes em 20% a 30% das mulheres em idade fértil

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

5

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

- A maior parte do crescimento acontece no início da gestação
- Provoca dor na gestação, principalmente em decorrência da degeneração vermelha (necrobiose), que ocorre em 5% a 10% das gestações entre 12 e 20 semanas[16]
- A dor também pode ser resultante da torção de um mioma pediculado ou da impactação do mioma.

## Urológica

As condições urológicas na gestação constituem um importante desafio diagnóstico, pois o trato urinário passa por alterações anatômicas e fisiológicas profundas que predispõem as gestantes a um risco elevado para infecções do trato urinário (ITUs) sintomáticas e formação de nefrolitíase. Os ureteres se dilatam já no primeiro trimestre e permanecem distendidos até após o parto. Isso é provocado principalmente em decorrência da compressão exercida pelo útero em crescimento sobre o sistema coletor, acima da linha terminal. Isso leva à congestão vascular do trato urinário superior, com consequente estase urinária. Essas alterações podem facilitar a agregação de cristais na urina e aumentar o risco de infecção ascendente. As condições a seguir podem ocorrer, como consequência:

### Infecções do trato urinário (ITUs)

- Mais frequentemente por *Escherichia coli* (80% a 90% das ITUs durante a gestação)
- Outros bastonetes Gram-negativos isolados: *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*
- A incidência aumenta de acordo com o status sócio-econômico, o aumento da idade, a atividade sexual e o diabetes.

### Pielonefrite aguda

- Mais comum durante a segunda metade da gestação, como resultado da maior obstrução ureteral e estase urinária[17]
- Geralmente, é unilateral e mais comum no rim direito
- *E. coli* é o organismo predominante.

### Nefrolitíase

- Geralmente ocorre durante o segundo e terceiro trimestres
- É três vezes mais provável em mulheres multíparas
- Os cálculos ureterais são mais comuns que as nefrolitíases.[18]

### Hidronefrose

- É uma condição fisiológica comum na gestação e desaparece rapidamente após o parto.[19]
- Ocorre mais comumente (90%) após a 20<sup>a</sup> semana de gestação, sendo mais evidente em primípara
- A dilatação é observada apenas acima da linha terminal e é mais frequentemente no lado direito
- A compressão dos ureteres pelo útero (provocando hidronefrose) pode resultar em ataques agudos de dor desencadeados pela obstrução ureteral.

## Gastrointestinal

Várias condições gastrointestinais comuns podem complicar a gestação e se manifestar com dor abdominal. Por sua vez, a gestação pode dificultar o diagnóstico dessas condições em virtude das alterações fisiológicas que ocorrem no corpo durante esse período.

### Apendicite

- Não tem um sintoma, sinal ou achado laboratorial único como diagnóstico para apendicite aguda[20]
- O diagnóstico é complicado pelas alterações anatômicas na localização do apêndice, à medida que a gestação evolui[21]  
[Fig-1]
- A avaliação clínica é vital na tomada de decisão quanto à necessidade ou não de manejo cirúrgico.

#### Colecistite

- Causada pela colelitíase em >90% dos casos na gestação[22]
- O risco de colelitíase é aumentado pelo relaxamento do músculo liso da vesícula biliar induzido pela progesterona (promovendo a estase da bile) e pelos níveis elevados de estrógenos (aumentando a litogenicidade da bile).

#### Pancreatite

- A maioria dos casos na gestação é resultado de colelitíase[23]
- Costuma ocorrer no final do terceiro trimestre, possivelmente em decorrência do aumento da pressão intra-abdominal nos dutos biliares.

#### Obstrução intestinal

- Incidência aumentando com a maior frequência de cirurgia intra-abdominal, cirurgia pélvica e DIP
- Mais comumente causada por uma obstrução simples, principalmente como resultado de aderências (60% a 70% dos casos) ou volvo (25%)[2]
- Raramente provocada por intussuscepção, hérnias e neoplasias.

## Traumático

As causas traumáticas de dor abdominal não devem ser descartadas em gestantes. A dor abdominal

causada por traumatismo contuso afeta de 6% a 7% das gestações, 0.3% das quais requer admissão.[24]

As causas mais comuns são acidentes em estradas, quedas acidentais e abuso físico. A ruptura esplênica pode ser provocada por violência doméstica.[25]

## Musculoesquelético

Apesar de incomum, o hematoma da bainha do reto pode ser causa de dor abdominal na gestação. Trauma, obesidade, esforço, tosse, cirurgia abdominal prévia, patologias vasculares, distúrbios de coagulação, endometriose da bainha do reto, síndrome de Cushing e terapia de anticoagulação podem contribuir para a ocorrência dessa condição.[26]

# Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

## Emergências obstétricas

### Descolamento da placenta

- O perigo para a mãe depende da gravidade do descolamento, enquanto o risco para o feto está relacionado à gravidade do descolamento e à idade gestacional na qual ele ocorre. Além de causar hemorragia, pode provocar a coagulopatia intravascular disseminada (CIVD). Em caso de descolamento grave e com comprometimento do bem-estar materno e fetal, é indicado parto urgente, geralmente por cesariana.

### Ruptura uterina

- Uma catástrofe obstétrica que pode levar à hemorragia maciça intra-abdominal, mortalidade materna e morte fetal. Os sinais e sintomas iniciais podem ser inespecíficos, dificultando o diagnóstico e retardando a cirurgia que poderá salvar vidas. Como o tempo é crítico, o diagnóstico de ruptura do útero é geralmente baseado em achados clínicos. Um parto cesáreo urgente é necessário para o nascimento do feto e para reparar o útero. Uma histerectomia pode ser considerada em casos de sangramento uterino grave intratável ou danos uterinos extensos.

### Gravidez ectópica

- Se não for diagnosticada ou for tratada incorretamente, pode levar à morte materna devido à ruptura do local de implantação e à hemorragia intraperitoneal. As pacientes com um teste de gravidez na urina positivo e a ausência de gestação intrauterina na ultrassonografia transvaginal são consideradas portadoras de gravidez ectópica, a menos que comprovado o contrário. A laparoscopia urgente com salpingectomia ou salpingostomia é realizada em caso de gravidez ectópica rota.

### Síndrome de hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia (HELLP)

- Em casos de síndrome HELLP, as taxas de mortalidade maternas variam de 0% a 24%, com as causas mais comuns sendo hemorragia cerebral, parada cardiopulmonar e CIVD.[\[12\]](#) Além disso, as mães com síndrome HELLP tem um risco elevado de parto prematuro, descolamento da placenta e hematoma hepático subcapsular. A mortalidade perinatal varia de 11% a 37%.[\[27\]](#) [\[28\]](#) A maioria das complicações neonatais parece ser resultante da prematuridade e insuficiência placentária. O tratamento inclui o parto do feto, assim que possível.

### Esteatose hepática aguda da gravidez

- Se não for tratado, a fase prodromica evolui frequentemente para icterícia, podendo progredir para insuficiência hepática fulminante. O tratamento envolve a expulsão imediata do feto e a correção da insuficiência hepática.

### Síndrome da hiperestimulação ovariana (SHEO)

- A complicação iatrogênica com maior risco de vida, ocorrendo em 2% das mulheres que se submetem à estimulação por gonadotrofina. Na forma grave (0.2%), a SHEO é caracterizada por ovários aumentados, ascite, aumento da viscosidade sanguínea e disfunção renal ou hepática.[\[6\]](#)

Os casos graves necessitam de hospitalização, com monitoramento cuidadoso e tratamento com um médico experiente em SHEO.

#### Parto prematuro

- As contrações uterinas, levando a um possível parto prematuro e ruptura prematura de membranas, podem ser desencadeadas por nefrolitíase, infecções do trato urinário (ITUs, especialmente a pielonefrite), síndrome HELLP, descolamento de placenta (envolvido em 10% dos partos prematuros), corioamnionite e apendicite, prejudicando, portanto, a sobrevivência do feto.<sup>[7]</sup> Os agentes tocolíticos são usados para suprimir as contrações se a gestação tiver <34 semanas.

## Massas anexiais

A deficiência de fluxo sanguíneo devido à torção anexial (ovariana) pode levar à congestão, edema, descoloração, isquemia e necrose. Se as massas anexiais não forem imediatamente identificadas e tratadas cirurgicamente, os danos nos anexos podem se tornar irreversíveis.

A torção anexial pode complicar também a síndrome da hiperestimulação ovariana (SHEO), em virtude da presença de ovários císticos aumentados. Se um cisto anexial grande se romper, pode haver dor intensa com vômitos e um grau de choque. Um cisto de corpo lúteo hemorrágico pode causar sangramento livre para dentro da cavidade peritoneal. A cirurgia urgente para controlar o sangramento é indicada na paciente instável hemodinamicamente.

## Emergências urológicas

A pielonefrite pode ser uma doença com risco de vida, já que pode causar sepse, síndrome do desconforto respiratório no adulto e insuficiência renal aguda. Ela pode levar ao parto prematuro. A hospitalização e o tratamento com antibióticos intravenosos são necessários.

## Emergências gastrointestinais

A pancreatite é um evento incomum e potencialmente devastador na gestação. Pode haver uma progressão rápida de uma fase de edema leve à pancreatite necrosante. Em casos fulminantes, o pâncreas é substituído por pus negro. A morte pode ser causada por choque, insuficiência renal, sepse ou insuficiência respiratória. Uma alta taxa de mortalidade fetal foi relatada como resultado da pancreatite hiperlipidêmica.<sup>[29]</sup> Há indicação de parecer cirúrgico urgente.

A morbidade e a mortalidade maternais em decorrência da apendicite aguda são geralmente associadas à idade gestacional avançada, ao retardo significativo no diagnóstico e à perfuração do apêndice. A taxa de parto prematuro é maior durante a primeira semana após a cirurgia. A perda fetal aumenta quando há perfuração. Uma consulta cirúrgica imediata deve ser obtida, se houver possibilidade de apendicite.

A colecistite aguda é a segunda condição cirúrgica geral mais comum que afeta a gestação (sendo a apendicite a primeira).<sup>[30]</sup> O manejo não cirúrgico foi associado a uma maior incidência de abortos espontâneos, trabalho de parto prematuro e nascimento prematuro. Entretanto, a intervenção cirúrgica é geralmente adiada até após o parto, a menos que o tratamento clínico não seja bem-sucedido. Se houver necessidade de cirurgia durante a gestação, a colecistectomia laparoscópica é o procedimento de escolha.<sup>[30]</sup>

## Trauma

A transmissão ao útero de pressão devido ao traumatismo contuso pode causar descolamento de placenta e ruptura uterina. A lesão fetal direta, comumente envolvendo danos ao cérebro e ao crânio do feto, é causada por fratura pélvica associada a uma apresentação cefálica com encaixe.

Quando ocorre ruptura esplênica na gestação, a maioria dos casos está associada a uma alta mortalidade materna devido à hemorragia intra-abdominal. O abuso doméstico é a causa mais comum, por isso as pacientes costumam demorar para procurar ajuda, resultando no atraso do diagnóstico.

Em casos de lesão traumática grave, o monitoramento fetal deve ser implementado imediatamente e o especialista relevante deve ser consultado.

# Abordagem passo a passo do diagnóstico

A primeira etapa essencial na abordagem de uma gestante com dor abdominal é obter uma história detalhada. Também é vital estabelecer a idade gestacional no início da avaliação da paciente, pois a apresentação dos sintomas e sinais pode variar com a idade gestacional, e planejar o parto prematuro, se necessário.

## História

O tempo de início, a duração e as outras características da dor devem ser pesquisadas:

- Local: a dor de início súbito no flanco pode indicar nefrolitíase ou pielonefrite
- Intensidade e características: leve, moderada ou grave; intermitente, aguda, total ou intensa
- Radiação: por exemplo, dor abdominal que irradia para as costas pode sugerir colecistite ou pancreatite
- Localização: por exemplo, dor no quadrante inferior direito (QID) pode indicar apendicite, torção ovariana ou gravidez ectópica
- Aguda ou crônica: devem ser solicitados os relatórios de ultrassonografia prévios.

## Exame abdominal

Após os sinais vitais, o exame abdominal inclui a avaliação da altura do fundo uterino, consistência e sensibilidade do útero, posição e encaixe da apresentação e frequência cardíaca fetal.

Para diferenciar entre sensibilidade extra e intrauterina, é útil examinar a paciente na posição de decúbito esquerdo ou direito, deslocando o útero gravídico lateralmente. A localização de alguns órgãos pode variar de acordo com o estágio da gestação, à medida que o útero gravídico cresce. Além disso, a frouxidão da parede abdominal anterior gera sinais como dor à descompressão brusca e rigidez inespecífica. Isso é particularmente evidente em multíparas, em virtude da diminuição no tônus da parede abdominal.

[Fig-1]

## Exame pélvico

Ao avaliar condições de gestação precoces, como a gravidez ectópica e o aborto espontâneo, é essencial determinar se a dor se origina do útero.

O exame pélvico deve ser precedido pela inserção do espéculo para visualização do cérvix e obtenção de swabs vaginal e cervical, se necessário. A avaliação digital deve focar na presença de dor à mobilização do colo e em uma avaliação cuidadosa dos anexos.

## Cardiotocografia (CTG)

Para avaliar o bem-estar fetal, a CTG avalia a presença de contrações e as compara à frequência cardíaca fetal. É importante fazer a diferenciação entre o batimento materno e fetal. Para uma avaliação mais precisa, a velocidade da CTG deve ser apropriada. A sua interpretação deve levar em consideração a frequência de contrações uterinas, a taxa inicial, as acelerações, as desacelerações e a variabilidade. A CTG é essencial em casos de descolamento da placenta e de ruptura uterina. Em pacientes afetadas por traumatismo contuso, o monitoramento fetal deve sempre ser instituído rapidamente, em vez de aguardar que a paciente chegue à área pré-natal.

## Exames por imagem

A ultrassonografia abdominal/pélvica é a modalidade de exame de imagem inicial e mais frequentemente usada para a avaliação da dor abdominal na gestação, em grande parte em decorrência da sua segurança. Ela permite a avaliação da vesícula biliar materna, do pâncreas e dos rins, podendo excluir a pancreatite, pielonefrite, nefrolitíase e colelitíase. A ultrassonografia do trato urinário superior é indicada em casos de dor abdominal ou dorsalgia durante a gestação. A presença de fluido na ultrassonografia abdominal/pélvica pode ser sugestiva de hemorragia intraperitoneal (por exemplo, ruptura esplênica). Em pacientes potencialmente instáveis hemodinamicamente, o exame deve ser realizado imediatamente. A ultrassonografia ainda é o método principal de avaliação da idade gestacional, da atividade cardíaca fetal, da atividade fetal e do volume do líquido amniótico.

A ultrassonografia transvaginal é considerada o método de imagem de escolha para pacientes com dor abdominal no início da gestação, incluindo os diagnósticos de aborto espontâneo ou gravidez ectópica. Ela permite uma visualização nítida do embrião com desenvolvimento normal ou com outras anormalidades e é útil para avaliar o útero e as estruturas extrauterinas. Muitas causas de dor abdominal podem ser descartadas com a ultrassonografia transvaginal, como torção ovariana, cistos ovarianos e miomas degenerativos.

O raio-X de abdome pode ser uma ferramenta diagnóstica necessária em alguns casos raros (por exemplo, na obstrução intestinal e na nefrolitíase). As preocupações sobre a exposição do feto à radiação devem ser consideradas em relação à morbidade e mortalidade possivelmente resultantes de um diagnóstico demorado ou errado.

A tomografia computadorizada (TC) do abdome pode ser indicada em casos de pancreatite necrótica grave ou se o diagnóstico de apendicite ou ruptura esplênica não estiver claro. Assim como na radiografia simples, essas técnicas de imagem devem ser consideradas somente se o risco de morbidade e mortalidade materna superar o risco de exposição fetal à radiação. Essa abordagem cuidadosa levou ao desenvolvimento de diretrizes baseadas em evidências, para dar suporte aos médicos na avaliação dos riscos e benefícios, que devem sempre ser considerados e discutidos com as pacientes, antes da implementação.<sup>[31] [32]</sup>

A ressonância nuclear magnética (RNM) é cara e demorada, podendo ser desconfortável para gestantes. Ela pode ser útil na definição de características específicas de uma massa anexial ou no auxílio do diagnóstico de nefrolitíase. Mais recentemente, a RNM é o exame de escolha após uma ultrassonografia inconclusiva na avaliação da dor no quadrante inferior direito, devido à ausência de radiação ionizante.<sup>[33] [34]</sup> Entretanto, ela não é recomendada durante o primeiro trimestre, pois os efeitos da RNM no desenvolvimento fetal são desconhecidos.

## Investigações laboratoriais

### Início da gestação

- O beta-hCG sérico deve ser o exame inicial solicitado a todas as pacientes que sentem dor abdominal com gestação <20 semanas. Isso, juntamente com o uso da ultrassonografia transvaginal, confirma ou exclui a presença de gestação intrauterina. O hemograma completo deve ser incluído na investigação inicial, especialmente a estimativa de Hb (hemoglobina), plaquetas e hematócrito (se houver sangramento vaginal). A tipagem e o rastreamento são necessários na presença de sangramento vaginal (pois pode ocorrer com gravidez ectópica, aborto espontâneo, ruptura uterina ou descolamento da placenta) ou se houver preocupação relacionada à possibilidade de sangramento

intra-abdominal/intrapерitoneal (por exemplo, ruptura esplênica). Se houver suspeita de síndrome da hiperestimulação ovariana (SHEO), os exames adicionais indicados incluem painel de eletrólitos, testes de função hepática (TFHs) e coagulograma completo.

#### Final da gestação

- O hemograma completo (especialmente a estimativa de Hb, plaquetas e hematocrito) é a investigação inicial para todas as pacientes que apresentam dor abdominal com mais de 20 semanas de gestação. A tipagem e a triagem também são recomendadas para todas as pacientes nesse estágio, além de painel eletrolítico sérico e TFHs (anormalidades encontradas na síndrome de hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia [HELLP], esteatose hepática aguda da gravidez e pancreatite aguda). Um coagulograma completo é indicado, já que podem ocorrer anormalidades de coagulação no descolamento da placenta, ruptura uterina e síndrome HELLP.

A urinálise (macroscópica e microscópica) deve ser incluída nas investigações iniciais para todas as pacientes gestantes com dor abdominal durante a gestação. Além de ser útil para avaliar a presença de anormalidades do trato urinário, a detecção de proteína na urina alerta o médico sobre a possibilidade de uma doença subjacente grave, como a síndrome HELLP.

A interpretação de todos esses resultados deve considerar os efeitos das alterações fisiológicas na gestação. Portanto, vale a pena considerar a modificação de alguns parâmetros laboratoriais pela hemodiluição provocada por um aumento no volume do plasma. Os TFHs são afetados, sendo que o limite superior dos valores normais é reduzido na maioria dos casos; entretanto, essa alteração não se aplica à fosfatase alcalina sérica, que aumenta regularmente em toda a gestação.<sup>[35]</sup> Em relação ao hemograma completo e ao nível de hemoglobina, um ponto de corte de <110 g/L (<11 g/dL) é geralmente empregado para diagnosticar anemia pré-natal.<sup>[36]</sup> Além disso, uma definição de trombocitopenia gestacional pode ser usada pra descrever gestantes saudáveis com uma contagem de plaquetas >115 x 10<sup>9</sup>/L no terceiro trimestre; esse limite pode ser considerado seguro e não necessita de investigação adicional.<sup>[37]</sup> Outra característica bem conhecida de uma gestação normal é a leucocitose, pois ela tem um papel fundamental na proteção do feto contra infecções ascendentes.<sup>[38]</sup>

# Visão geral do diagnóstico diferencial

## Comum

Aborto espontâneo

Gravidez ectópica

Trabalho de parto prematuro

Massa anexial

Cistite aguda

Descolamento da placenta

Ruptura uterina

Pielonefrite aguda

Nefrolitíase

Hidronefrose aguda

Cisto ovariano roto

Cisto ovariano hemorrágico

Torção anexial

Apendicite

Colecistite

Pancreatite aguda

Obstrução intestinal

Miomas uterinos

## Incomum

Corioamnionite

Síndrome de hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia (HELLP)

## Incomum

Esteatose hepática aguda da gravidez

Síndrome da hiperestimulação ovariana

Ruptura esplênica

Hematoma na bainha do reto

# Diagnóstico diferencial

## Comum

### Aborto espontâneo

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente se manifesta antes da 12ª semana de gestação; dor suprapúbica em decorrência das contrações uterinas; sangramento vaginal; coágulos frequentemente eliminados	cérvix dilatada com saída de produtos em caso de aborto espontâneo inevitável; se o aborto espontâneo estiver concluído, o óstio cervical pode estar fechado	» <b>ultrassonografia transvaginal:</b> confirma a viabilidade da gestação A ausência de um saco vitelino, quando o diâmetro médio do saco gestacional for $>13 \text{ mm}^3$ , sugere um aborto espontâneo. Quando o diâmetro médio do saco gestacional for $>18 \text{ mm}^3$ , e um embrião não for visualizado, a probabilidade é de um aborto espontâneo. A ausência de atividade cardíaca quando o embrião for $\geq 5 \text{ mm}$ também é sugestiva de aborto espontâneo.	» <b>tipagem e triagem:</b> variável Necessárias para avaliar o fator Rh da mãe, caso ainda não seja conhecido. Se for Rh-negativo, a vacina RhoGAM deve ser administrada.

### Gravidez ectópica

História	Exame	1º exame	Outros exames
normalmente se manifesta no primeiro trimestre; dor na parte inferior do abdome com ou sem sangramento vaginal; dor na ponta do ombro pode indicar hemoperitônio; apesar de a presença de fatores de risco (história de doença inflamatória pélvica [DIP], gravidez ectópica prévia, cirurgia tubária prévia, uso de	desconforto abdominal mínimo e/ou sangramento vaginal; o exame pélvico pode revelar uma massa, produzindo dor à mobilização do colo se houver presença de hemoperitônio; a ruptura tubária pode causar instabilidade hemodinâmica	» <b>ultrassonografia transvaginal:</b> não foi detectada uma gestação intrauterina A gravidez ectópica pode ser excluída com a visualização de uma gestação intrauterina, pois a ocorrência de uma gestação heterotópica é rara.	» <b>tipagem e triagem:</b> variável Necessárias para avaliar o fator Rh da mãe, caso ainda não seja conhecido. Se for Rh-negativo, a vacina RhoGAM deve ser administrada.

## Comum

**Gravidez ectópica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dispositivo intrauterino [DIU], fertilização in vitro [FIV]) ser altamente indicativa, muitas pacientes não os apresentam		<p>As características de gestação intrauterina incluem saco gestacional em 4.5 a 5 semanas, saco vitelino em 5 semanas ou polo fetal com movimentos cardíacos em 5.5 a 6 semanas.</p> <p>A presença de um útero vazio, juntamente com uma massa anexial, é sugestiva de gravidez ectópica. Entretanto, o diagnóstico é inconclusivo se o útero estiver vazio e sem a presença de massa anexial (gravidez de localização desconhecida). Nesse cenário, o diferencial inclui gestação inicial viável, aborto espontâneo ou gravidez ectópica. Os médicos devem se basear na zona de corte discriminatória do beta-hCG.</p> <p>O fluido no saco de Douglas é sugestivo de hemoperitônio.</p> <p>A presença de um saco pseudogestacional é observada em cerca de 20% das pacientes com gravidez ectópica.</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exoneración de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

## Comum

 Gravidez ectópica

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>» <b>medição de beta-hCG sérico:</b> positiva Uma gestação intrauterina normal é normalmente visualizada com níveis de beta-hCG entre 1500 e 2500 unidades internacionais/L (1500 a 2500 miliunidades internacionais/mL). Caso contrário, o diagnóstico diferencial provável é de gravidez ectópica ou aborto espontâneo.</p> <p>A medição de beta-hCG serial é geralmente usada quando a ultrassonografia é inconclusiva e o beta-hCG está abaixo da zona1 discriminatória, ou seja, 500 a 2000 unidades internacionais/L (500 a 2000 miliunidades internacionais/mL). Um aumento de, no mínimo, 66% em 2 medições no período de 48 horas é sugestivo de gestação intrauterina viável. Um aumento de &lt;66% é sugestivo de gravidez ectópica. Uma diminuição rápida e contínua é indicativa de aborto espontâneo.</p>	

## Comum

**🚩 Gravidez ectópica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		Uma única medição sérica não pode excluir a gravidez ectópica ou prever o risco de ruptura, a menos que seja <5 unidades internacionais/L (5 miliunidades internacionais/mL).	

**🚩 Trabalho de parto prematuro**

História	Exame	1º exame	Outros exames
ocorre entre 20 e 37 semanas de gestação; dor abdominal recorrente com contrações uterinas associadas	presença de muco ou sangue no exame vaginal; cérvix maleável, adelgaçada e possivelmente dilatada	» <b>cardiotocografia:</b> contrações regulares de frequência elevada Para avaliar a presença de contrações uterinas bem como a hipóxia fetal.	

**🚩 Massa anexial**

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente manifesta-se no primeiro trimestre; a maioria é assintomática, alguns (normalmente benignos) podem causar dor abdominal e desconforto; os cistos ovarianos malignos podem ser sintomáticos na doença avançada	pode se manifestar com sensibilidade no quadrante inferior e uma grande massa palpável; a cérvix e o útero podem estar deslocados	» <b>ultrassonografia pélvica:</b> variável Massa cística unilocular <5 cm sugere baixo risco de malignidade ovariana. Massa cística multilocular complexa com septações finas sugere risco intermediário de malignidade ovariana, enquanto uma massa sólida com nódulos, septações espessas e tamanho >5 cm é	» <b>RNM:</b> características específicas de massa anexial Não é recomendada durante o primeiro trimestre, pois os efeitos da RNM no desenvolvimento fetal são desconhecidos.  » <b>CA-125:</b> >35 unidades/mL, geralmente anormalmente alto A importância clínica é reduzida, pois o CA-125 está levemente

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

## Comum

## 🚩 Massa anexial

História	Exame	1º exame	Outros exames
		considerada de alto risco de malignidade ovariana.	elevado na gestação normal.

## ◊ Cistite aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
disúria, urgência e frequência de micção; os sintomas adicionais podem incluir dor suprapúbica, noctúria e hematúria	sensibilidade abdominal inferior e/ou suprapúbica	<p>»<b>urinálise (tira reagente)</b>: nitrito e esterase leucocitária positivos, presença de sangue</p> <p>A presença de piúria, bacteriúria e hematúria sugere cistite.</p> <p>»<b>cultura de urina e teste de sensibilidade</b>: confirma a bacteriúria</p> <p>Uma contagem bacteriana <math>&gt;10^2</math> unidades formadoras de colônia (UFC)/mL de urina em uma paciente sintomática é diagnóstica de infecção.</p>	

## 🚩 Descolamento da placenta

História	Exame	1º exame	Outros exames
ocorre na segunda metade da gestação; sangramento vaginal e/ou dor abdominal	útero frequentemente sensível, pode estar duro à palpação	» <b>cardiotocografia</b> : desacelerações recorrentes tardias ou variáveis, variabilidade reduzida ou bradicardia ou padrão de frequência cardíaca fetal sinusal; presença de contrações uterinas	<p>»<b>tipagem e triagem</b>: variável</p> <p>Necessárias para avaliar o fator Rh da mãe, caso ainda não seja conhecido.</p> <p>»<b>teste de Kleihauer-Betke</b>: positiva</p>

## Comum

**Descolamento da placenta**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Esses padrões cardíacos fetais são indicativos de hipóxia fetal. A presença de contrações uterinas na cardiotocografia deve aumentar o índice de suspeita.</p> <p>»<b>Hemograma completo:</b> hemoglobina (Hb) normal/diminuída e hematócrito em queda Útil na determinação do grau de hemorragia oculta.</p> <p>»<b>razão normalizada internacional/tempo de tromboplastina parcial (INR/TTP), fibrinogênio e produtos de degradação do fibrinogênio:</b> normal Realizados como a investigação inicial. anormal se a coagulopatia intravascular disseminada (CIVD) estiver presente: INR/TTP e produtos de decomposição do fibrinogênio elevados; fibrinogênio reduzido</p> <p>»<b>ultrassonografia pélvica:</b> pode ser visualizado um coágulo retroplacentário, hemorragia oculta ou hemorragia em expansão</p>	<p>Frequentemente realizado em mulheres com descolamento para avaliar o nível de hemorragia fetal-materna em mães Rh-negativas. Uso limitado para auxiliar o diagnóstico.</p>

DIAGNOSIS

## Comum

**🚩 Descolamento da placenta**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Embora uma ultrassonografia seja uma ferramenta segura e útil na avaliação do sangramento na gestação, a sua sensibilidade é baixa e nem todos os descolamentos são detectados. Entretanto, ela ajuda a descartar outras causas de sangramento, como placenta prévia.</p>	

**🚩 Ruptura uterina**

História	Exame	1º exame	Outros exames
uma história de cirurgia uterina (por exemplo, miomectomia, parto cesáreo prévio); dor abdominal associada ao sangramento vaginal[10]	desconforto abdominal e sangramento vaginal; sinais de choque podem estar presentes	<p>»<b>cardiotocografia:</b> padrões de frequência cardíaca fetal anormais Pode ser sugestivo de hipóxia ou morte fetal, apesar de as desacelerações variáveis e tardias ocorrerem antes do surgimento da bradicardia fetal.</p> <p>»<b>Hemograma completo:</b> possível anemia Essencial para verificar o status de hemoglobina atual e avaliar o grau de hemorragia.</p>	<p>»<b>razão normalizada internacional/tempo de tromboplastina parcial (INR/TTP), fibrinogênio e produtos de degradação do fibrinogênio:</b> normal Realizados como investigação inicial. anormal se a coagulopatia intravascular disseminada (CIVD) estiver presente: INR/TTP e produtos de decomposição do fibrinogênio elevados; fibrinogênio reduzido</p>

## Comum

 Pielonefrite aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
mais comum durante a segunda metade da gestação; dor no flanco de início súbito geralmente associada à disúria, urgência e frequência; outras queixas comuns incluem calafrios, náuseas e vômitos	febre $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ ( $\geq 100.4^{\circ}\text{F}$ ) e sensibilidade no ângulo costovertebral são frequentemente encontradas	<p>»<b>urinálise (tira reagente e microscopia):</b> esterase leucocitária positiva, nitrito positivo; leucócitos <math>&gt;10</math> células por campo de grande aumento (CGA); presença de cilindros leucocitários</p> <p>Um teste de esterase leucocitária positivo e a presença de leucócitos <math>&gt;10</math> células por CGA indicam e confirmam a piúria, respectivamente, e por isso sugerem pielonefrite. Além do citado anteriormente, a presença de cilindros leucocitários também é um indicador forte de pielonefrite. Os nitritos positivos sugerem bacteriúria, a ser confirmada pela cultura na urina.</p> <p>»<b>cultura de urina e teste de sensibilidade:</b> presença de bactérias <math>\geq 10^2</math> unidades formadoras de colônia (UFC)/mL</p> <p>A bacteriúria é confirmada, sendo a <i>Escherichia coli</i> o patógeno predominante.</p>	<p>»<b>Hemograma completo:</b> Hb <math>&lt;100\text{ g/L}</math> (<math>10\text{ g/dL}</math>), hematócrito <math>&lt;30\%</math>, leucócitos <math>&gt;11 \times 10^9/\text{L}</math> (<math>11,000/\text{microlitro}</math>)</p> <p>A anemia (Hb <math>&lt;100\text{ g/L}</math> (<math>10\text{ g/dL}</math>)) ocorre em até 25% das mulheres.<sup>[17]</sup> A contagem de leucócito elevada indica infecção.</p> <p>»<b>hemocultura:</b> presença de organismos patogênicos</p> <p>A bacteremia está presente em aproximadamente 20% das pacientes com pielonefrite.<sup>[17]</sup></p>

## Comum

## ◊ Nefrolitíase

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente ocorre durante o segundo e terceiro trimestres; a dor no flanco é a queixa mais frequente; também pode apresentar dor abdominal inferior irradiando para a virilha e sintomas urinários	a paciente fica extremamente inquieta; a sensibilidade pode estar presente no hipocôndrio, no ângulo costovertebral e no flanco	<p>»<b>urinálise (tira reagente e microscopia)</b>: positiva para sangue, resultado positivo no teste de esterase leucocitária</p> <p>A hematuria é sugestiva de nefrolitíase e está presente em 95% das pacientes,[39] enquanto a piúria indica cálculo ou infecção. Um pH urinário de 4.7 e 5.5 sugere infecção e cálculo de ácido úrico, respectivamente.</p> <p>»<b>cultura de urina e teste de sensibilidade</b>: negativo</p> <p>A presença de bactérias <math>\geq 10^2</math> UFC/mL sugere uma infecção do trato urinário (ITU) concomitante.</p> <p>»<b>ultrassonografia renal</b>: sistema ureterocalcial dilatado Detecta a dilatação, mas não a extensão e o nível de obstrução. É difícil para visualizar os ureteres e os cálculos intraureterais.</p>	<p>»<b>Hemograma completo</b>: contagem elevada de leucócitos Sugestiva de infecção sistêmica.</p> <p>»<b>eletrolítos séricos</b>: variável Creatinina &gt;124 micromoles/L (1.4 mg/dL) e ureia &gt;7.14 mmol/L (20 mg/dL) são sugestivos de azotemia decorrente de obstrução ureteral.</p> <p>»<b>urografia por ressonância magnética</b>: localização da obstrução Diferencia entre a dilatação fisiológica e obstrutiva, mas não é possível visualizar o cálculo propriamente dito.</p>

**Comum****◊ Hidronefrose aguda**

História	Exame	1º exame	Outros exames
mais comum após a 20ª semana de gestação; frequentemente assintomática; pode mimetizar a nefrolitíase; pode ocorrer dor no flanco, que pode ser incessante, extrema e recorrente; ocasionalmente associada a náuseas e vômitos	pirexia; sensibilidade no rim direito ou esquerdo	» <b>ultrassonografia renal:</b> sistema ureterocalcial dilatado Pode revelar hidronefrose e hidroureteres graves.	» <b>urinálise (tira reagente e microscopia):</b> teste de esterase leucocitária positivo; presença de sangue $>2/\text{mm}^3$ , pH 4.7 e 5.5 Um teste de esterase leucocitária positivo indica piúria, sugerindo a presença de infecção ou cálculo, assim como um pH urinário de 4.7 e 5.5, respectivamente. A hematúria (presença de $>2/\text{mm}^3$ de sangue) está presente em 95% das pacientes com nefrolitíase.  » <b>cultura de urina e teste de sensibilidade:</b> negativo A presença de bactérias $\geq 10^2$ UFC/mL sugere uma infecção do trato urinário (ITU) concomitante.

**☒ Cisto ovariano roto**

História	Exame	1º exame	Outros exames
a ruptura geralmente é espontânea, pode estar associada à história de trauma ou relação sexual; um desconforto crônico e leve na parte inferior do abdome pode se intensificar repentinamente	o peritonismo pode estar presente no abdome inferior e pélvis; tamanho anexial não digno de nota por causa do cisto colabado	» <b>ultrassonografia pélvica:</b> massa de aparência complexa; fluido no saco de Douglas Uma massa de aparência complexa sugere um cisto hemorrágico roto	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

25

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

## Comum

**Cisto ovariano roto**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		envolvido por hematoma. O fluido no saco de Douglas também é indicativo de cisto roto.	

**Cisto ovariano hemorrágico**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal localizada, náuseas e vômitos	sepse intensa ou choque hipovolêmico; o desconforto abdominal pode significar peritonite observável; a massa pélvica pode ser palpada	» <b>ulassonografia pélvica:</b> padrão de ecocardiograma variável O padrão de ecocardiograma interno depende do estágio da hemorragia e da quantidade de fluido dentro do cisto. Um padrão em esponja, laço ou rede dentro do cisto é clássico e sugere hemorragia. Uma aparência crenada da parede também sugere hemorragia; quando o cisto desaparece, a parede fica colabada. O fluido no saco de Douglas indica hemoperitônio.	» <b>Hemograma completo:</b> Hb normal ou reduzida Necessário para avaliar a anemia.

**Torção anexial**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor súbita, aguda e unilateral no quadrante abdominal inferior, intensa e em cólicas;	febre baixa, geralmente relacionada à necrose; massa anexial sensível palpada em 90%	» <b>ulassonografia pélvica:</b> aparência sólida do ovário, aumento ovariano	» <b>Doppler colorido:</b> fluxo sanguíneo intraovariano reduzido ou ausente

## Comum

**🚩 Torção anexial**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dois terços das pacientes apresentam náuseas e vômitos	dos casos; irritação peritoneal localizada	unilateral, estruturas císticas periféricas ovarianas, edema estromal evidente, fluido no saco de Douglas Fortemente sugestivo de torção ovariana.	Sugestivo de torção ovariana. Pode determinar se o fluxo no ovário está comprometido. Entretanto, a especificidade é baixa.  » <b>Hemograma completo:</b> contagem de leucócitos elevada, Hb diminuída Embora a contagem de leucócitos possa estar elevada, não há correlação entre a contagem de leucócitos e a necrose do tecido. A anemia pode se desenvolver em apresentações subagudas.

**🚩 Apendicite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
início súbito, dor abdominal do lado direito; geralmente localizada no quadrante inferior direito (QID) durante o primeiro trimestre	febre, taquicardia; sensibilidade no quadrante inferior direito, com ou sem rigidez e dor à descompressão brusca; sensibilidade retal geralmente observada no primeiro trimestre	» <b>ultrassonografia abdominal:</b> diâmetro externo transversal do apêndice $\geq 6$ mm Sugestiva de apendicite. A posição do apêndice do abdome é alterada à medida que a gestação evolui. [Fig-1]  O apêndice é avaliado pela técnica de compressão graduada com um transdutor	» <b>ressonância nuclear magnética (RNM) abdominal:</b> apêndice anormal (diâmetro $>6-7$ mm) identificado, geralmente associado a sinais de inflamação periapendicular Recentemente, a RNM tem sido considerada o exame de escolha após a ultrassonografia ter sido inconclusiva na avaliação da dor no quadrante inferior direito (QID), em

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

## Comum

 Apendicite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>linear.<a href="#">[40]</a> Sua visualização pode ser desafiadora devido à complexão robusta e ao aumento do tamanho uterino, especialmente durante o segundo e terceiro trimestres.<a href="#">[41]</a> Portanto, a sensibilidade e especificidade dessa ferramenta diagnóstica varia significativamente entre diferentes estudos, oscilando amplamente de 20% a 100% e de 80% a 100%, respectivamente.<a href="#">[41]</a> <a href="#">[40]</a> <a href="#">[42]</a> <a href="#">[43]</a> <a href="#">[44]</a> <a href="#">[45]</a></p> <p>»<b>Hemograma completo:</b> elevada contagem de leucócitos (que varia de <math>10 \times 10^9/L</math> a <math>20 \times 10^9/L</math> [<math>10,000</math> a <math>20,000</math>/microlitro], &gt;75% de neutrófilos) Embora a leucocitose seja fisiológica na gestação, uma contagem de leucócitos <math>&lt;10 \times 10^9/L</math> (<math>10,000</math>/microlitro) pode ser um sinal afirmativo. Um desvio à esquerda na contagem de neutrófilos ocorre em aproximadamente 75% das pacientes.<a href="#">[46]</a></p>	<p>virtude da ausência de radiação ionizante.<a href="#">[33]</a> <a href="#">[34]</a></p> <p>»<b>tomografia computadorizada (TC) abdominal:</b> apêndice anormal (diâmetro <math>&gt;6-7</math> mm) identificado ou apêndicólito calcificado observado em associação com inflamação periapendicular Se a ultrassonografia for negativa, uma TC pode ser considerada.<a href="#">[47]</a></p> <p>Assim como na radiografia simples, a TC deve ser considerada somente se o risco de morbidade e mortalidade materna superar o risco de exposição fetal à radiação. Essa abordagem cuidadosa levou ao desenvolvimento de diretrizes baseadas em evidências, para dar suporte aos médicos na avaliação dos riscos e benefícios, que devem sempre ser considerados e discutidos com as pacientes, antes da</p>

## Comum

**🚩 Apendicite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			implementação. <a href="#">[31]</a> <a href="#">[32]</a>

**🚩 Colecistite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
início agudo de dor abdominal epigástrica ou no quadrante superior direito (QSD) com ou sem irradiação para o dorso, náuseas, vômitos, dispepsia e intolerância a alimentos gordurosos	febre, taquicardia, sensibilidade no quadrante superior direito	» <b>ultrassonografia abdominal:</b> cálculos biliares; espessamento da parede ( $>3$ mm); fluido pericolicístico; dilatação dos dutos intra e extra-hepáticos Os cálculos biliares estão geralmente presentes em $>95\%$ das pacientes com colecistite aguda. <a href="#">[48]</a>	<p>»<b>Hemograma completo:</b> elevada contagem de leucócitos (que varia de <math>10 \times 10^9/L</math> a <math>20 \times 10^9/L</math> [<math>10,000</math> a <math>20,000</math>/microlitro]) Valor limitado, pois a leucocitose é geralmente observada em gestações normais.</p> <p>»<b>TFHs:</b> podem apresentar fosfatase alcalina elevada, bilirrubina conjugada e transaminases Valor limitado, pois os níveis elevados de fosfatase alcalina são geralmente observados na gestação normal e as enzimas hepáticas não estão elevadas em todos os casos.</p> <p>»<b>amilase sérica:</b> elevado Transitoriamente em 33% das pacientes.<a href="#">[49]</a></p> <p>»<b>Ressonância nuclear magnética (RNM) do abdome:</b> o ducto colédoco é considerado normal quando seu diâmetro externo máximo mede <math>&lt;7</math> mm e não há</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

## Comum

**🚩 Colecistite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>falha de enchimento dentro do ducto; focos hipointensos e redondos dentro da árvore biliar são aceitos como cálculos[50]</p> <p>A RNM é o exame preferido quando a é ultrassonografia inconclusiva, pois pode ser usada para avaliar o sistema biliar inteiro sem expor o paciente à radiação ionizante.[51]</p>

**🚩 Pancreatite aguda**

História	Exame	1º exame	Outros exames
costuma ocorrer no final do terceiro trimestre; dor epigástrica ou na parte média do abdome de início súbito que frequentemente irradia para as costas; náuseas e vômitos pós-prandial	febre baixa; sensibilidade epigástrica intensa; ruído hidroaéreo diminuído em decorrência do íleo paralítico	<p>»<b>amilase sérica:</b> elevação maior que o dobro do limite superior do normal (&gt;1000 unidades/L)</p> <p>Os níveis estão um pouco elevados durante a gestação normal. As medições seriadas são recomendadas.</p> <p>»<b>lipase sérica:</b> elevado</p> <p>Os níveis estão um pouco elevados durante a gestação normal. As medições seriadas são recomendadas.</p> <p>»<b>razão de clearance de amilase/creatinina:</b> razão &gt;5%</p>	<p>»<b>tomografia computadorizada (TC) abdominal:</b> os achados podem incluir aumento difuso ou em segmentos do pâncreas com contorno irregular e obliteração da gordura peripancreática, necrose ou pseudocistos</p> <p>Deve ser considerada somente quando houver suspeita de necrose intensa do pâncreas.</p>

## Comum

**Pancreatite aguda**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Sugestiva de pancreatite aguda.</p> <p>»<b>ultrassonografia abdominal:</b> ductos pancreáticos dilatados O pâncreas é visualizado quando a janela acústica apropriada é encontrada.</p>	

**Obstrução intestinal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
os sintomas típicos incluem dor abdominal generalizada em cólica, constipação e vômitos; as crises geralmente ocorrem a cada 4 a 5 minutos em obstruções altas e a cada 15 a 20 minutos em obstruções baixas	sensibilidade e distensão abdominal com ruídos hidroaéreos agudos; uma massa cística pode, às vezes, ser palpada	<p>»<b>eletrólitos séricos:</b> anormalidades eletrolíticas Aumentam a probabilidade do diagnóstico.</p> <p>»<b>amilase:</b> elevado</p> <p>»<b>ultrassonografia abdominal:</b> líquido livre no abdome</p>	<p>»<b>Hemograma completo:</b> elevada contagem de leucócitos (que varia de <math>10 \times 10^9/L</math> a <math>20 \times 10^9/L</math> [10,000 a 20,000/microlitro]) Valor limitado, pois a leucocitose é geralmente observada em gestações normais.</p> <p>»<b>radiografia abdominal:</b> a presença de níveis hidroaéreos ou de dilatação progressiva é diagnóstica Os filmes sequenciais abdominais simples podem ser necessários, caso o diagnóstico não seja claro. Considerada somente se o risco de morbidade e mortalidade materna superar o risco de</p>

## Comum

## Obstrução intestinal

História	Exame	1º exame	Outros exames
			exposição fetal à radiação.

## Miomas uterinos

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal aguda e localizada de início súbito	febre baixa; pode se manifestar como sensibilidade sobre a massa uterina	» <b>ultrassonografia pélvica:</b> variável Diagnostica e monitora os miomas durante a gestação e determina a sua posição relativa à placenta. A ultrassonografia com Doppler pode mostrar os vasos se afunilando ao redor dos miomas, diferenciando-os do espessamento miometrial. Uma aparência ecodensa ou ecoluscente sugere um mioma degenerativo.	

## Incomum

## Corioamnionite

História	Exame	1º exame	Outros exames
fogacho, dor abdominal, corrimento vaginal com odor fétido	febre, taquicardia materna (>120 bpm), taquicardia fetal (>160 a 180 bpm), sensibilidade uterina, corrimento vaginal purulento, sinais de choque	» <b>Hemograma completo:</b> contagem elevada de leucócitos A interpretação de todos esses resultados deve considerar o efeito das alterações fisiológicas da gestação.	» <b>ultrassonografia pélvica:</b> presença ou ausência de movimentação fetal e frequência cardíaca Útil na avaliação do bem-estar fetal.

## Incomum

 Corioamnionite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>cardiotocografia:</b> variável</li> <li>Essencial para monitorar a frequência cardíaca e estabelecer a presença da hipóxia fetal.</li> </ul>	

 Síndrome de hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia (HELLP)

História	Exame	1º exame	Outros exames
normalmente jovem e primípara; dor no quadrante superior direito ou epigástrica no terceiro trimestre; associada a mal-estar e fadiga[23]	pressão arterial $\geq 160/110$ mmHg, pode manifestar pressão arterial (PA) normal ou minimamente elevada	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>Hemograma completo:</b> contagem de plaquetas <math>&lt; 10 \times 10^9/L</math> (<math>10 \times 10^3/\text{microlitro}</math>), hematócrito em queda</li> <li>A trombocitopenia e a anemia hemolítica são características típicas.</li> <li>» <b>lactato desidrogenase (LDH):</b> elevado</li> <li>Pode atuar como um indicador de hemólise.</li> <li>Entretanto, o valor elevado também pode refletir destruição de hepatócitos.</li> <li>» <b>razão normalizada internacional/tempo de tromboplastina parcial (INR/TTP), fibrinogênio e produtos de degradação do fibrinogênio:</b> normal</li> <li>Realizados como investigação inicial.</li> <li>anormal se a coagulopatia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>urinálise:</b> proteinúria A proteinúria é observada em quase todas as pacientes.</li> <li>» <b>ultrassonografia hepática:</b> visualização de uma coleção de fluido ecogênico em forma de crescente, logo abaixo da cápsula hepática</li> <li>Sugestiva de um hematoma hepático subcapsular agudo.</li> </ul>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

## Incomum

## Síndrome de hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia (HELLP)

História	Exame	1° exame	Outros exames
		<p>intravascular disseminada (CIVD) estiver presente: INR/ TTP e produtos de decomposição do fibrinogênio elevados; fibrinogênio reduzido</p> <p>»<b>TFHs:</b> aspartato transaminase (AST) &gt;48 unidades/L, alanina aminotransferase (ALT) &gt;24 unidades/L As enzimas hepáticas elevadas são uma característica típica.</p>	

## Esteatose hepática aguda da gravidez

História	Exame	1° exame	Outros exames
mais comum no terceiro semestre; a fase prodromica pode ser confundida com queixas inespecíficas como mal-estar, náuseas, vômitos e sintomas parecidos com a gripe (influenza); em seguida, frequentemente há icterícia, podendo surgir de forma aguda[52]	a maioria das pacientes apresenta hipertensão associada, com ou sem proteinúria na manifestação inicial	<p>»<b>TFHs:</b> bilirrubina conjugada elevada (bilirrubina &gt;4100 micromoles/L); aspartato transaminase (AST) &gt;48 unidades/L, fosfatase alcalina profundamente elevada O AST tem uma elevação média de 300 unidades/L, se comparada a 60 unidades/L na pré-eclâmpsia, bem como de 150 unidades/L na síndrome HELLP.</p>	<p>»<b>Hemograma completo:</b> contagem elevada de leucócitos As pacientes frequentemente apresentam leucocitose persistente.</p> <p>»<b>teste de glicose:</b> hipoglicemia Uma consequência comum da esteatose hepática aguda na gestação.</p> <p>»<b>ultrassonografia hepática:</b> variável Usada principalmente para excluir outros diagnósticos.</p>

## Incomum

 Síndrome da hiperestimulação ovariana

História	Exame	1º exame	Outros exames
uso recente de gonadotropina (com ou sem fertilização in vitro [FIV]); dor na parte inferior do abdome, distensão, náuseas e vômitos são comuns; agravamento dos sintomas e sinais, se o surgimento for no início; se o surgimento for tardio, indica gestação	ascite, distensão e sensibilidade abdominais, ruídos hidroaéreos diminuídos, diminuição do débito urinário	<p>»<b>Hemograma completo:</b> Hb &gt;140 g/L (14 g/dL), hematócrito &gt;45% A depleção de volume pode resultar em hemoconcentração e, portanto, em hematócrito elevado.</p> <p>»<b>albumina:</b> &lt;30 g/L Útil na avaliação da pressão osmótica.</p> <p>»<b>eletrolitos séricos:</b> sódio diminuído Para avaliar a hiponatremia.</p> <p>»<b>razão normalizada internacional/tempo de tromboplastina parcial (INR/TTP), fibrinogênio e produtos de degradação do fibrinogênio:</b> anormal na presença de trombose ou CIVD Investigação inicial para excluir a coagulopatia.</p> <p>»<b>ultrassonografia pélvica:</b> ovários aumentados, presença de fluido livre Para determinar o tamanho do ovário e a presença de ascite.</p>	<p>»<b>radiografia torácica:</b> evidência de hidrotórax Considerada quando as pacientes apresentam sinais de desconforto respiratório. O risco de morbilidade e mortalidade materna deve superar o risco de exposição fetal à radiação.</p> <p>»<b>eletrocardiograma (ECG):</b> variável Indicado se houver suspeita de derrame pericárdico.</p>

## Incomum

 Ruptura esplênica

História	Exame	1º exame	Outros exames
início agudo de dor abdominal intensa generalizada; deve-se suspeitar sempre de violência doméstica	sinais de hemorragia intra-abdominal e/ ou choque; pode se manifestar com rigidez e desconforto abdominais generalizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>cardiotocografia:</b> padrões variáveis Pode haver evidência de morte ou sofrimento fetal.</li> <li>»<b>ulassonografia abdominal:</b> fluido no saco de Douglas Para avaliar a presença de fluido extenso intra-abdominal e hemoperitônio.</li> <li>»<b>Hemograma completo:</b> Hb reduzida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>TC com contraste do abdome:</b> variável Geralmente, é confirmatória, mas deve ser reservada para casos em que o diagnóstico não está claro, por causa do risco de exposição do feto à radiação.</li> </ul>

 Hematoma na bainha do reto

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de lesão abdominal e/ou uso de anticoagulante	geralmente, associado a um exame vaginal que não apresenta nada digno de nota	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>ulassonografia abdominal:</b> grande massa de ecogenicidade mista Pode fornecer informações úteis relacionadas ao tamanho e à localização da massa.</li> <li>»<b>Hemograma completo:</b> hematócrito reduzido Pode ocorrer na presença de um grande hematoma.</li> </ul>	

# Diretrizes de diagnóstico

## América do Norte

### ACR appropriateness criteria: right lower quadrant pain - suspected appendicitis

**Publicado por:** American College of Radiology  
**Última publicação em:** 2013

### Guidelines for the use of laparoscopy during pregnancy

**Publicado por:** Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons  
**Última publicação em:** 2017

### Guidelines for computed tomography and magnetic resonance imaging use during pregnancy and lactation

**Publicado por:** University of California, San Francisco, Department of Radiology and Biomedical Imaging  
**Última publicação em:** 2008

## Artigos principais

- Augustin G, Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Rep Biol.* 2007;131:4-12.
- Sivanesaratnam V. The acute abdomen and the obstetrician. *Bailleres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2000;14:89-102.
- Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol.* 2006;108:1005-1016.

## Referências

1. Chamberlain G. ABC of antenatal care: abdominal pain in pregnancy. *BMJ.* 1991;302:390-1394. [Texto completo](#)
2. Augustin G, Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Rep Biol.* 2007;131:4-12.
3. Sivanesaratnam V. The acute abdomen and the obstetrician. *Bailleres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2000;14:89-102.
4. Seeber BE, Barnhart KT. Suspected ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2006;107:399-413.
5. Eyyazzadeh AD, Levine D. Imaging of pelvic pain in the first trimester of pregnancy. *Radiol Clin North Am.* 2006;44:863-877.
6. Al-Shawaf T, Grudzinskas JG. Prevention and treatment of ovarian hyperstimulation syndrome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol.* 2003;17:249-261.
7. Leitch H. Controversies in diagnosis of preterm labour. *BJOG.* 2005;112:61-63.
8. Curet MJ. Special problems in laparoscopic surgery: previous abdominal surgery, obesity, and pregnancy. *Surg Clin North Am.* 2000;80:1093-1110.
9. Goldenberg RL. The management of preterm labour. *Obstet Gynecol.* 2002;100:1020-1037.
10. Turner MJ. Uterine rupture. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2002;16:69-79.
11. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol.* 2006;108:1005-1016.
12. Baxter JK, Weinstein L. HELLP syndrome: the state of the art. *Obstet Gynecol Surv.* 2004;59:838-845.
13. Giuntoli RL, Vang RS, Bristow RE. Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49:492-505.
14. Leiserowitz GS. Managing ovarian masses during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2006;61:463-470.

15. Leiserowitz GS, Xing G, Cress R, et al. Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? *Gynecol Oncol.* 2006;101:315-321.
16. Cooper NP, Okolo S. Fibroids in pregnancy: common but poorly understood. *Obstet Gynecol Surv.* 2005;60:132-138.
17. Sheffield JS, Cunningham FG. Urinary tract infection in women. *Obstet Gynecol.* 2005 Nov;106(5 Pt 1):1085-92.
18. Cormier CM, Canzoneri BJ, Lewis DF, et al. Urolithiasis in pregnancy: current diagnosis, treatment, and pregnancy complications. *Obstet Gynecol Surv.* 2006;61:733-741.
19. Rasmussen PE, Nielsen FN. Hydronephrosis during pregnancy: a literature survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1988;27:249-259.
20. Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis. *BMJ.* 2006;333:530-534. [Texto completo](#)
21. Pastore PA, Loomis DM, Sauret J, et al. Appendicitis in pregnancy. *J Am Board Fam Med.* 2006;19:621-626. [Texto completo](#)
22. Parangi S, Levine D, Henry A, et al. Surgical gastrointestinal disorders during pregnancy. *Am J Surg.* 2007;193:223-232.
23. Karsenti D, Bacq Y, Brechot JF, et al. Serum amylase and lipase activities in normal pregnancy: a prospective case-control study. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:697-699.
24. Shah KH, Simons RK, Holbrook T, et al. Trauma in pregnancy: maternal and fetal outcome. *J Trauma.* 1998;45:83-86.
25. Bljajic D, Ivanisevic M, Djelmis J, et al. Splenic rupture in pregnancy: traumatic or spontaneous event? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;115:113-114.
26. Deb S, Hoo P, Chilaka V. Rectus sheath haematoma in pregnancy: a clinical challenge. *J Obstet Gynaecol.* 2006;26:822-823.
27. Egerman RS, Sibai BM. HELLP syndrome. *Clin Obstet Gynecol.* 1999;42:381-389.
28. Sibai BM, Taslimi MM, El-Nazer A, et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 1986;155:501-509.
29. Bildirici I, Esinler I, Deren O, et al. Hyperlipidemic pancreatitis during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81:468-470.
30. Indar AA, Beckingham IJ. Acute cholecystitis. *BMJ.* 2002;325:639-643. [Texto completo](#)
31. Chen MM, Coakley FV, Kaimal A, et al. Guidelines for computed tomography and magnetic resonance imaging use during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol.* 2008;112:333-340.

32. Pearl JP, Price RR, Tonkin AE, et al. SAGES guidelines for the use of laparoscopy during pregnancy. *Surg Endosc.* 2017 Oct;31(10):3767-3782. [Texto completo](#)
33. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: right lower quadrant pain - suspected appendicitis. 2013. <http://www.acr.org/> (last accessed 24 November 2016). [Texto completo](#)
34. Long SS, Long C, Lai H, et al. Imaging strategies for right lower quadrant pain in pregnancy. *AJR Am J Roentgenol.* 2011;196:4-12.
35. Mackillop L, Williamson C. Liver disease in pregnancy. *Postgrad Med J.* 2010;86:160-164.
36. Milman N. Prepartum anaemia: prevention and treatment. *Ann Hematol.* 2008;87:949-959.
37. Boehlen F, Hohlfeld P, Extermann P, et al. Platelet count at term pregnancy: a reappraisal of the threshold. *Obstet Gynecol.* 2000;95:29-33.
38. Korgun ET, Demir R, Sedlmayr P, et al. Physiological leukocytosis during pregnancy is associated with changes in glucose transporter expression of maternal peripheral blood granulocytes and monocytes. *Am J Reprod Immunol.* 2002;48:110-116.
39. Stothers L, Lee LM. Renal colic in pregnancy. *J Urol.* 1992;148:1383-1387.
40. Lim HK, Bae SH, Seo GS. Diagnosis of acute appendicitis in pregnant women: value of sonography. *AJR.* 1992;159:539-542.
41. Katz DS, Klein MA, Ganson G, et al. Imaging of abdominal pain in pregnancy. *Radiol Clin North Am.* 2012;50(1):149-171.
42. Barloon TJ, Brown BP, Abu-Yousef MM, et al. Sonography of acute appendicitis in pregnancy. *Abdom Imaging.* 1995 Mar-Apr;20(2):149-51.
43. Cobben LP, Groot I, Haans L, et al. MRI for clinically suspected appendicitis during pregnancy. *AJR Am J Roentgenol.* 2004 Sep;183(3):671-5.
44. Israel GM, Malguria N, McCarthy S, et al. MRI vs. ultrasound for suspected appendicitis during pregnancy. *J Magn Reson Imaging.* 2008 Aug;28(2):428-33.
45. Pedrosa I, Lafornera M, Pandharipande PV, et al. Pregnant patients suspected of having acute appendicitis: effect of MR imaging on negative laparotomy rate and appendiceal perforation rate. *Radiology.* 2009 Mar;250(3):749-57.
46. Tamir IL, Bongard FS, Klein SR. Acute appendicitis in the pregnant patient. *Am J Surg.* 1990;160:571-576.
47. Lazarus E, Mayo-Smith WW, Mainiero MB, et al. CT in the evaluation of nontraumatic abdominal pain in pregnant women. *Radiology* 2007;244:784-790. [Texto completo](#)
48. Chang T, Lepanto L. Ultrasonography in the emergency setting. *Emerg Med Clin North Am.* 1992;10:1-25.

49. Hiatt JR, Hiatt JC, Williams RA, et al. Biliary disease in pregnancy: strategy for surgical management. Am J Surg. 1986;151:263-265.
50. Oto A, Ernst R, Ghulmiyyah L, et al. The role of MR cholangiopancreatography in the evaluation of pregnant patients with acute pancreaticobiliary disease. Br J Radiol. 2009;82:279-285. [Texto completo](#)
51. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: right upper quadrant pain. 2013. <https://www.acr.org/> (last accessed 24 November 2016). [Texto completo](#)
52. Rajasri AG, Srestha R, Mitchell, J. Acute fatty liver of pregnancy (AFLP): an overview. J Obstet Gynaecol. 2007;3:237-240.

## Imagens

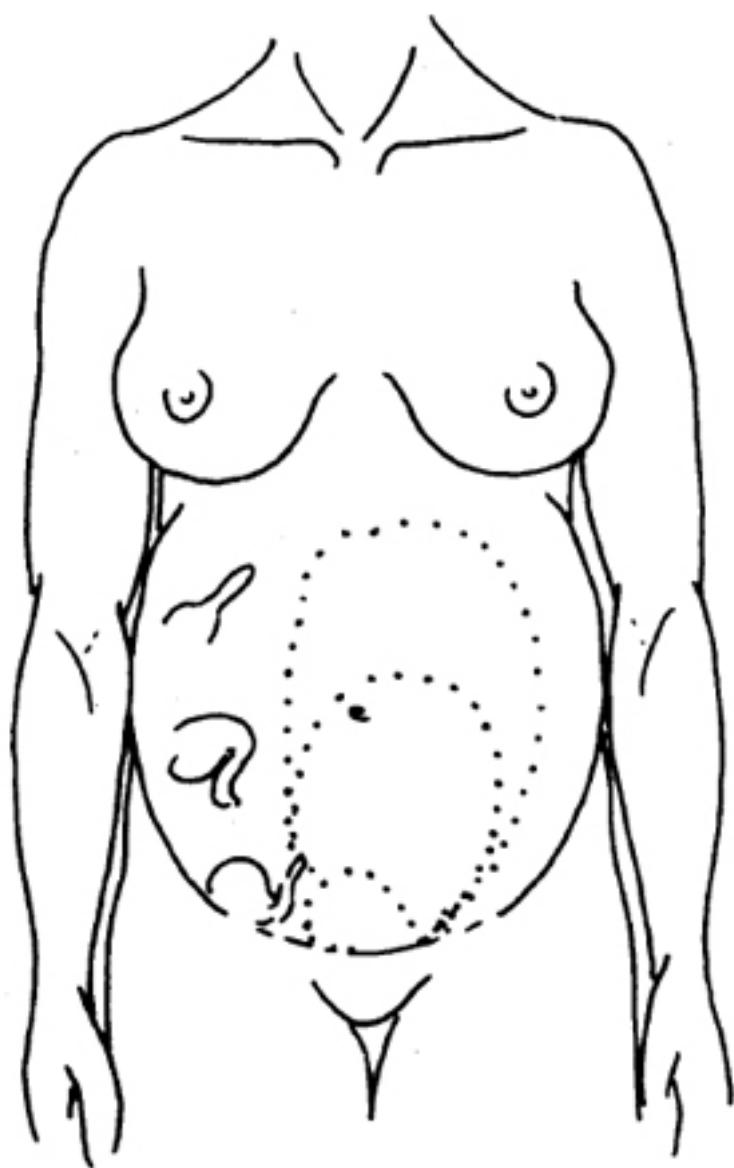


Figura 1: O local do apêndice muda à medida que a gestação evolui

Chamberlain G. ABC of antenatal care: abdominal pain in pregnancy. BMJ. 1991;302:390-1394. Usado com permissão

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
	Numerais de 5 dígitos
	Numerais de 4 dígitos
	Numerais < 1

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

43

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneración de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ  
BMA House  
Tavistock Square  
London  
WC1H 9JR  
UK

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Pasquale Berlingieri, MBBS, MD, PhD**

Specialist in Obstetrics and Gynecology

Head of Virtual Reality (Screen-Based) Simulation Centre, The Royal Free Campus, University College London, London, UK

DIVULGAÇÕES: PB declares that he has no competing interests.

#### **Jurgis Gediminas Grudzinskas, BSc, MBBS, MD, FRCOG, FRACOG**

Formerly Emeritus Professor of Obstetrics and Gynecology

St Bartholomew's and the Royal London Hospital School of Medicine, London, UK

DIVULGAÇÕES: JGG is an author of a number of references cited in this monograph.

### // Colegas revisores:

#### **John Bachman, MD**

Consultant in Family Medicine

Parker D Sanders and Isabella Sanders Professor of Primary Care, Rochester, MN

DIVULGAÇÕES: JB declares that he has no competing interests.

#### **Rhona Hughes, MBChB**

Lead Obstetrician

Lothian Simpson Centre for Reproductive Health, The Royal Infirmary, Edinburgh, Scotland

DIVULGAÇÕES: RH declares that she has no competing interests.

#### **Samuel J. Stratton, MD, MPH**

Professor

UCLA School of Public Health and David Geffen School of Medicine, Los Angeles, Medical Director, Health Disaster Management/Emergency Medical Services, Orange County Health Care Agency, Santa Ana, CA

DIVULGAÇÕES: SJS declares that he has no competing interests.