

**INTRODUÇÃO:** O abdome agudo cursa com dor abdominal súbita e progressiva<sup>1</sup>. Ele pode ser classificado como isquêmico e umas das possíveis causas quando ele é de origem ginecológica é a torção de anexos<sup>2</sup>, tendo seu diagnóstico dificultado em vigência de gestação<sup>3</sup>.

**DESCRIÇÃO DO CASO:** CCC, 18 anos, parda, união estável, do lar, G1P0A0 (12s+4d) encaminhada com dor em abdome inferior há 5 dias, disúria e febre há 2 dias. Negou perdas vaginais, uso de medicamentos, alergias e cirurgias prévias. Em regular estado geral, ao exame físico apresentava abdome doloroso, massa palpável a nível de cicatriz umbilical, Blumberg +, sem alterações no exame especular. USG revelou gestação tópica, compatível com 12s e cisto de 495,87cm<sup>3</sup> unilocular no ovário esquerdo. Foi realizada laparotomia exploradora, sendo evidenciado presença de sangue em cavidade, cisto ovariano à esquerda e corpo lúteo, com torção de pedículo e aspecto necrótico. Realizou-se anexectomia à esquerda e retirada de corpo lúteo. Paciente permaneceu internada por 7 dias e antes da alta hospitalar com encaminhamento para pré natal de alto risco, realizou novo USG que confirmou boa vitalidade fetal.

**DISCUSSÃO:** A paciente em questão apresentava clínica típica da patologia, com dor e massa palpável em abdome inferior, Blumberg +, além de febre, que sugere necrose anexial.<sup>4</sup> A realização da USG descartou outras possíveis causas, sendo o diagnóstico confirmado pela laparotomia exploradora. Embora a conduta de escolha seja conservadora, a partir dos achados e comprovação de necrose, foi indicada uma anexectomia à esquerda, com o objetivo de evitar posterior sepse e óbito.<sup>5</sup> **CONCLUSÃO:** Portanto, devido à dificuldade de visualização por meio de exames complementares causada pela gestação, faz-se necessário a laparotomia exploratória para confirmação do diagnóstico. Ademais, nota-se que para esse diagnóstico a conduta adequada é a realização da anexectomia na região comprometida, caso haja indícios de necrose.

## **REFERÊNCIAS:**

- 1 Edelmuth RCLE, Ribeiro Jr MAF. Abdome agudo não traumático. Rev Emerg Clin 2011;6(28):27-32
- 2 Murta, EFC Tiveron FC, Barcelos ACM, Manfrin A. Análise retrospectiva de 287 casos de abdome agudo em ginecologia e obstetrícia. Rev BrasCir.2001;28:447
- 3 LIAO, Adolfo. Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente 2a ed.. Editora Manole, 2020. 9786555763249.

4 MUNIZ, Camila Osterne. Resumo: Torção Anexial. Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia da Bahia (LAGOB). 2020.

5 PELLICCIARI, Caroline Rosa; CAMARGO, Letícia de Arruda; ROZAS, André de Araújo; RACHKORKY, Luiz Lippi; NOVO, Joe Luiz Viera Garcia. Abdome Agudo Ginecológico Em Paciente Adolescente. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 15, n. 1, p. 202-205, 2013.