

GRAVIDEZ ECTÓPICA CORNUAL: UM RELATO DE CASO

CORNUAL ECTOPIC PREGNANCY: A CASE REPORT

CAROLINA R. MACHADO, GLAUCO MIRANDA, LAIS L. OLIVEIRA, MARCELA
RASSI-CRUZ, PRYSILLA M. S. DOMINGUES, WALDEMAR N. DO AMARAL

RESUMO

Gestação cornual ou intersticial é definida como a gestação em que a implantação do blastocisto se dá no segmento em que a tuba penetra na parede uterina. É uma afecção rara correspondendo a apenas 1,5-2,1% de todos os casos de gravidez ectópica. O presente artigo busca relatar caso de gravidez cornual, a propedêutica e a conduta terapêutica utilizada. Paciente JPM, 18 anos, sexarca aos 16 anos, nulípara, sem antecedentes mórbidos. Procurou atendimento em pronto socorro, apresentando quadro clínico de dor em baixo ventre há aproximadamente uma semana e amenorreia há três meses. Ao exame físico apresentou abdome flácido, com leve dor à palpação profunda de baixo ventre. Foi submetida à US e posterior laparotomia exploradora, sendo constatada gravidez cornual direita. Foi realizada histerotomia cornual, retirando a gravidez. A paciente evoluiu sem intercorrências. O caso relatado é uma rara condição de gestação cornual espontânea, diagnosticado por US e confirmado pela laparotomia. Nesse tipo de gestação, a sintomatologia é semelhante à outros tipos de prenhez ectópica podendo compreender dor pélvica, amenorreia e sangramento transvaginal. Os exames complementares são indispensáveis para o diagnóstico, já que a clínica não é bem característica. Nesse caso diagnosticou-se precocemente a gravidez ectópica, o que ocorre na minoria dos casos. O tratamento é cirúrgico e nesse caso optou-se por histerotomia cornual, a fim de resguardar a saúde da mulher. O diagnóstico precoce da gravidez cornual é fundamental na diminuição da morbimortalidade de grávidas nessa condição, evidenciando a importância dos exames complementares e do acompanhamento pré-natal.

PALAVRAS-CHAVE: amenorreia; emergência; prenhez ectópica; ultrassonografia transvaginal; laparotomia.

ABSTRACT

Cornual or interstitial gestation is defined as the gestation where the implantation of blastocyst is in the segment where tube penetrates in the uterine wall. It is a rare condition corresponding only the 1,5-2,1% of all the cases of ectopic pregnancy. The present article report a case of cornual pregnancy, the propaedeutics and the used therapeutical behavior. Patient JPM, 18 years, sexarca to the 16 years, nullipara, without morbid antecedents. It looked attendance in hospital, presenting clinical of pain in low womb has one week approximately and amenorrhea has three months. To the physical examination it presented belly limp, with light pain to the deep palpation of low womb. It was submitted to the US and posterior exploring laparotomy, being evidenced right cornual pregnancy. Cornual hysterectomy was carried through, removing the pregnancy. The patient developed without interurrences. The told case is a rare condition of spontaneous cornual gestation, diagnosed for US and confirmed for the laparotomy. In this type of gestation, the symptomatology is similar to the other types of ectopic pregnancy being able to understand pelvic pain, amenorrhea and transvaginal bleed. The complementary examinations are indispensable for the diagnosis, since the clinic is not well characteristic. In this case that the pregnancy was diagnosed ectopic precociously, what it occurs in the minority of the cases. The treatment is surgical and in this in case that it were opted to cornual hysterectomy, in order to protect the health of the woman. The precocious diagnosis of the cornual pregnancy is basic in the reduction of the morbi-mortality of pregnant in this condition, evidencing the importance of the complementary examinations and the prenatal accompaniment.

KEY-WORDS: amenorrhea; emergency; ectopic pregnancy; transvaginal ultrasonography; laparotomy.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS PELO DEPARTAMENTO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

CORRESPONDÊNCIA:

CAROLINA ROCHA MACHADO
RUA C-254 RESIDENCIAL VILLA DE LEYVA APTO 802 SETOR NOVA
SUÍÇA. - GOÂNIA, G.O., CEP: 74280-180. TEL: (62)3242-1998 (62)8168-
0405 EMAIL: CAROLINAROCAMACHADO@GMAIL.COM

INTRODUÇÃO

Gestação heterotópica é definida como uma combinação entre gestação tópica e ectópica. É uma condição bastante rara que ocorre em 1:30.000 casos de gestações espontâneas^{1,2,3}. Essa implantação gestacional incomum tem aumentado sua incidência em parte devido as técnicas de fertilização in vitro^{2,4}. Dentre as gestações heterotópicas, o local de implantação da ectópica pode

sertubária (ampolar, ístmica ou intersticial) ou extratubária (ovário, região cornual, intraligamentar, abdominal e cervical)^{5,6}.

A implantação cornual ocorre em apenas 2-4% de todas as gestações ectópicas^{4,6}. É caracterizada pela implantação do blastocisto no segmento em que a tuba uterina penetra na parede do útero. Trata-se de uma condição grave devido à proximidade com as artérias uterinas: caso haja rotura a hemorragia pode levar a morte^{1,4}. A mortalidade nessa forma é duas vezes maior do que nos demais casos de gestação ectópica⁴.

Os fatores de risco incluem doença inflamatória pélvica, dispositivo intrauterino, cirurgia tubária prévia, história de gestação ectópica anterior, uso de medicamentos indutores de ovulação, submissão a técnicas de reprodução assistida, idade maior que 30 anos, tabagismo, entre outros¹⁻⁸.

Os sinais e sintomas mais frequentes são dor abdominal, presença de massa anexial, irritação peritoneal com ou sem sangramento transvaginal. O diagnóstico em grande parte das vezes é feito somente após a rotura, o que determina pior prognóstico. A ultrassonografia (US) transvaginal é o exame de escolha para o diagnóstico^{9,10}. O tratamento padrão é cirúrgico via laparotômica ou laparoscópica¹⁰⁻¹⁶.

RELATO DE CASO

Paciente de 18 anos, sexarca aos 16 anos, nuligesta, sem antecedentes mórbidos. Procurou atendimento em pronto socorro, apresentando quadro clínico de dor em baixo ventre há aproximadamente uma semana e amenorreia de cerca três meses, sem outras alterações. Referiu apresentar ciclos menstruais irregulares e fazer uso de condom. A mesma não apresentava quadro febril, negou alterações nos tratos gastrointestinais e urinários.

A paciente encontrava-se em bom estado geral, hidratada, corada e eupneica. Ao exame físico apresentou abdome flácido, com leve dor à palpação profunda de baixo ventre. Ao exame ginecológico: especular (colo epiteliado sem alterações); toque (útero discretamente elevado com dor leve à manipulação, anexos inalterados). Em US solicitado, constatou-se aspecto ecográfico compatível com prenhez ectópica cornual de cerca de 6 semanas e feto vivo (Figuras 1 e 2).

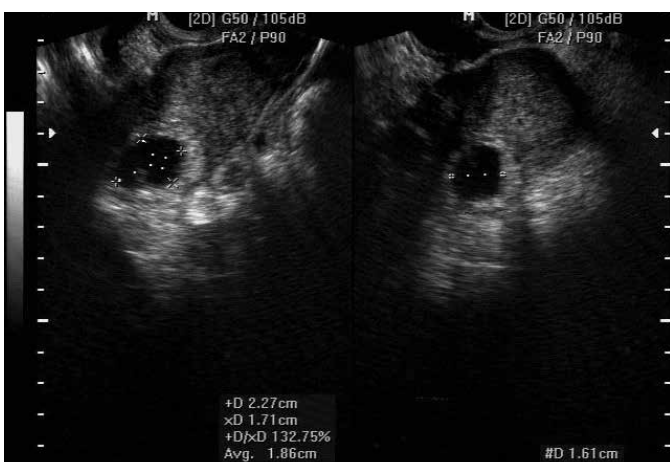


Figura 1 – expansão das dimensões corneal a direita



Figura 2 - aspecto ecográfico compatível com prenhez ectópica cornual de cerca de 6 semanas

Foi feita laparotomia exploradora que confirmou a gravidez ectópica cornual direita. Realizou-se então histerotomia cornual, retirando a gravidez. O material foi enviado para estudo anatomo-patológico, sendo compatível com tecido trofoblástico. A paciente evoluiu sem intercorrências.

DISCUSSÃO

Desde o 1º relato de gestação ectópica feito por Bledsoe em 1918, mais de 250 novos casos foram relatados, quer sejam como resultado de ciclos esporádicos menstruais, quer seja de ciclos induzidos para fertilização¹⁷⁻²⁵. Esse número relativamente alto de casos e que tem aumentado nas últimas décadas, são atribuídos às técnicas de fertilização e ao uso de dispositivo intrauterino^{2,7,8}. Considerando apenas as emergências presentes no primeiro trimestre de gestação, a gravidez ectópica cornual possui uma incidência de 16%, o que impõe que se cogite tal diagnóstico na emergência¹².

O caso mostrado é uma rara condição de gestação ectópica cornual espontânea, diagnosticado através do US e confirmado pela laparotomia exploradora. Cabe lembrar que a paciente não apresentava em seus antecedentes os fatores de risco para essa condição clínica. É necessário pontuar o fato de que a paciente ao exame físico geral estava hígida, situação que diverge da literatura vigente na qual há, de uma maneira geral, relatos de casos de emergência^{1,2,4,6,26-29}. Na gravidez ectópica cornual, os sinais e sintomas tendem a ser semelhantes aos de outros tipos de gravidez ectópica, tais como: história de amenorreia, dor pélvica, sangramento transvaginal, massa anexial palpável, útero aumentado^{1,4,5}.

A grande maioria das gestações ectópicas, hoje, pode ser diagnosticada precocemente, permitindo tratamentos mais conservadores. O diagnóstico de suspeita de gestação ectópica geralmente é feito após uma avaliação combinada de história clínica, marcadores hormonais e funcionalidade ecográfica^{4,5,7,8}. A clínica, nesse caso, não permite o diagnóstico de forma que exames complementares foram requisitados para o mesmo, sendo utilizado para o diagnóstico de certeza, a laparotomia exploradora, método que na literatura vigente é utilizado no tratamento dessa

condição clínica^{11,13,15}.

O tratamento laparoscópico permite aos pacientes ter uma recuperação rápida, um menor período de internação hospitalar e menores custos hospitalares. Devido ao risco aumentado de hemorragias durante a laparoscopia, o procedimento cirúrgico é preferível. Normalmente, uma salpingectomia é realizada com ressecção cornual e, se necessário, uma histerectomia, dependendo da extensão do prejuízo que poderá causar à parede uterina e dos planos futuros da paciente de adquirir ou não outra gestação^{2,13,16}.

Pode-se assumir uma postura expectante ante uma gravidez ectópica sem sinais de intercorrências hemodinâmicas^{4,16}, entretanto a equipe de atendimento adotou uma postura mais radical, como é a histerotomia cornual, visando evitar possíveis complicações¹². A complicação mais comum de uma gestação ectópica é a ruptura com hemorragia interna, que pode conduzir a choque cardiovascular e, conseqüentemente, a morte^{23,24,27}. Sendo esta a principal causa de mortalidade materna no primeiro trimestre de gestação, onde aponta para 10% a 15% de todas as mortes maternas²².

O caso exemplifica o papel importante dos exames complementares, em especial, do β -hCG e da US transvaginal para o diagnóstico precoce e, dessa forma, evitar complicações para a gestante. A US é extremamente sensível e específica na distinção entre gravidez normal e anormal no primeiro trimestre⁹. Já a US transvaginal permite ao clínico não só confirmar a viabilidade da gravidez, mas o mais importante, a sua localização^{12,26}. A utilização de exames complementares permite cada vez mais diagnósticos precoces e precisos, e assim, vem reduzindo a morbimortalidade de grávidas nessa condição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poujade, O; Ducarme, G; Luton, D. Cornual heterotopic pregnancy: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2009, 3:7233.
2. Donadio, NF; Donadio, N; Martins, PT; Cambiaghi CG. Gestação heterotópica: possibilidade diagnóstica após fertilização in vitro. A propósito de um caso. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2008, 30: 466-9.
3. Cruz, OG; Sánchez, GR; Pérez, LV. Embarazo heterotópico. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2006, 74: 389-93.
4. Gallegos, FG; Pavéz, CO; Jara, MM; Jesam, CG; Montero, JCC; Bustos, JCV. Embarazo ectópico intersticial complicado: urgencia ginecológica. *Rev chil obstet ginecol*. 2005, 70: 414-7.
5. Vasconcelos, RP; Medeiros, FC. Manual de Condutas Clínica Obstétrica. D.F.E.d.L. Feitosa, Editor, Maternidade Escola Assis Chareaubriand - Universidade Federal do Ceará.
6. Arreola, LR; Galicia, LAN; Valencia, AE; Saldaña, MAC. Embarazo ectópico cornual. Comunicación de un caso y revisión retrospectiva de cinco años. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2007, 75: 219-23.
7. Verdecia, CG; Fonseca, NH; Vazquez, NG. Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 1999, 25: 66-70.
8. Suárez, MF; Cabrera, JH; Guerra, CM; Albuérne, BD; Meléndez, RL; García, SB. Embarazo ectópico: correlación de algunos factores. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 1996, 22: 67-72.
9. Morin L, Van den Hof MC. SOGC clinical practice guidelines. *Ultrasound evaluation of first trimester pregnancy complications*. Number 161, June 2005. *Int J Gynecol Obstet*. 2006; 93: 77-81.
10. Tissiani, JC; Martins, WP; Nastri, CO; Mauad Filho, F. Aspectos ultrassonográficos da gestação ectópica. *Experts in Ultrasound: Reviews and Perspectives*. 2009; 1: 100-6.
11. Lippi, UG; Lopes, RGC; Vieira, JO; Mota, LB; Khedy, IPA; Santos, ES et al. Laparoscopic treatment of cornual pregnancy. Report of two cases. *einstein*. 2005; 3: 29-30.
12. Murray, H; Baakdah, H; Bardell, T; Tulandi, T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*. 2005, 173: 905-12.
13. De Los Rios, JF; Castaneda, JD; Restrepo, EA. Lineal laparoscopic salpingostomy for treating spontaneous bilateral ectopic pregnancy: a case report. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2006, 57: 54-7.
14. Timor-Tritsch, IE; Monteagudo, A; Lerner, JP. A 'potentially safer' route for puncture and injection of corneal ectopic pregnancies. *Ultrasound Obstet. Gynecol*. 1996, 7: 353-5.
15. Woh, L; Koh, PR; Wong, CN; Sun, YL; Lin, T; Huang, MH. Laparoscopic Management of a Large Viable Cornual Pregnancy. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeon*. 2007; 11: 506-8.
16. Fernandez, H; Yves Vincent, SCA; Pauthier, S; Audibert, F; Frydman, R. Randomized Trial of conservative laparoscopic treatment and methotrexate administration in ectopic pregnancy and subsequent fertility. *Human Reproduction*. 1998; 13: 3239-43.
17. Abramovici D; Morfesis FA; Ally S; Bathija NR. Bilateral ectopic pregnancy. A case report. *J KY Med Assoc*. 1995, 93: 295.
18. Kauppi-Sahla M; Rintala H; Makinen J. Bilateral tubal pregnancy: a case report and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1991, 40: 145-7.
19. Robertson WH. A bilateral fallopian tube pregnancy: case report. *Fertil Steril* 1980; 33: 86-7.
20. Sherman SJ; Werner M; Husain M. Bilateral ectopic gestations. *Int J Gynaecol Obstet*. 1991, 35: 255-7.
21. Cavalli, N; Sória, HL; Galletto, D; Cosmo, L; Sória-Vieira, S; Fagundes, DJ. Gravidez Tubária Bilateral Seguida de Gravidez Tubária na Tuba Remanescente. *Rev Bras Videocir*. 2004; 2: 36-8.
22. Tenore JL. Ectopic pregnancy. *Am Fam Physician*. 2000, 61: 1080-1088.
23. Buckley, RG; King, KJ; Disney, JD. History and physical examination to estimate the risk of ectopic pregnancy: validation of a clinical prediction model. *Ann Emerg Med*. 1999;34:589-594.
24. Rojas-Cardenas, JC; Duarte, PC. Ectopic pregnancy in caesarian scar: a case report. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2007, 58: 65-9.
25. Arruda, MS; Camargo Júnior, HSA. Gravidez ectópica na cicatriz uterina de cesárea: relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30:518-23.
26. Bigrigg MA, Read MD. Management of women referred to early pregnancy assessment unit: care and cost effectiveness. *BMJ*. 1991; 302: 577-9.
27. Urrutia, MTS; Poupin, LB; Alárcon, PA; Rodríguez, MC; Stuenkel, LR. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2007; 72: 154-9.
28. Elito Junior, J; Montenegro, NAMM; Soares, RC; Camano, L. Gravidez ectópica não rota – diagnóstico e tratamento. Situação atual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30:149-59.
29. Ben-Ami, I; Panski, M; Ushakov, F; Vaknin, Z; Herman, A; Raziell, A. Recurrent heterotopic pregnancy after bilateral salpingectomy in an IVF patient: Case report. *J Assist Reprod Genet*. 2006; 23:333-5.