

GESTAÇÃO ECTÓPICA CORNUAL ROTA EM PACIENTE ATENDIDA NA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA DA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL DO INTERIOR DO CEARÁ: RELATO DE CASO

RUPTURED CORNUAL ECTOPIC PREGNANCY IN A PATIENT ATTENDED IN THE OBSTETRIC EMERGENCY OF THE MATERNITY OF A HOSPITAL IN THE INTERIOR OF CEARÁ: A CASE REPORT

Victória de Maria Pereira Rocha Santos^{1*}, Ana Roberta Gomes Severiano¹, Francisco Airton Rangel Filho², Maria Auxiliadora Silva Oliveira³

¹ Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário Ina – UNINTA

² Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Ina – UNINTA

³ Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Ina – UNINTA

*Correspondência: analuisatc@gmail.com

RECEBIMENTO: 30/05/18 - ACEITE: 06/08/18

Resumo

Gravidez ectópica intersticial ou cornual rota é a que ocorre fora da cavidade uterina, com a implantação e o desenvolvimento do zigoto dentro do segmento da trompa que penetra na parede uterina ou entre o óstio tubário e a porção proximal do segmento ístmico. Objetivou-se no presente artigo relatar um caso de gravidez ectópica cornual em uma adolescente de 18 anos atendida na emergência obstétrica da maternidade de um hospital no interior do Ceará. A paciente deu entrada na emergência obstétrica com dor em baixo ventre e história de lipotimia em residência. Ao toque vaginal percebeu-se abaulamento em fundo de saco posterior e muita dor ao toque e a mobilização do colo uterino, o mesmo se apresentava fechado. A ultrassonografia endovaginal revelou ausência de gravidez intra-útero e massa heterogênea na topografia anexial esquerda e presença de líquido livre em fundo de saco posterior. Com relação à conduta, o quadro hemodinâmico instável da paciente apontava hemorragia grave sendo indicada a laparotomia e exigia intervenção cirúrgica de emergência.

Palavras-chave: Gestação ectópica. Gravidez tubária. Gravidez cornual.

Abstract

Ruptured interstitial or cornual ectopic pregnancy is one occurring outside the uterine cavity with implantation and development of the zygote within the segment of the tube that penetrates the uterine wall or between the tubal ostium and the proximal portion of the isthmic segment. The objective of this article was to report a case of cornual ectopic pregnancy in an 18-year-old girl attending at the obstetric emergency of a hospital in the interior of Ceará. The patient was admitted to the obstetric emergency, with pain in the lower abdomen and history of lipothymia at home. The touching of the vagina there was a bulging of the back of the posterior sac and a great deal of pain on the touch and the mobilization of the uterine cervix, it was closed. Endovaginal ultrasonography revealed absence of intrauterine pregnancy and heterogeneous mass in the left adnexal topography and presence of free fluid in the posterior fundus. With regard to the conduct, the unstable hemodynamic picture of the patient indicated severe hemorrhage and laparotomy was indicated and required emergency surgical intervention.

Keywords: Ectopic pregnancy. Tubal pregnancy. Cornual pregnancy.

Introdução

A Gravidez Ectópica (GE) é um dos principais casos de urgência e emergência envolvendo a gestante, sendo uma das maiores causas de morte materna no primeiro trimestre de gestação, necessitando de uma conduta extremamente eficaz do obstetra. Ela é rara, totalizando 1-2% dos casos, e caracterizada pela implantação do zigoto fora do útero, principalmente nas tubas uterinas (tubárias), o que corresponde a 97% dos casos. A GE no ovário corresponde a 0,5% dos casos, no peritônio (gravidez abdominal, 1 a 1,4%) e cervical (0,1%). A implantação cornual, também chamada intersticial, ocorre na junção da tuba com o corno uterino, e corresponde a 1,9% das gestações tubárias.¹

Podem ser observados vários fatores de risco para o desenvolvimento de uma GE como o uso de antibióticos para tratamento da Doença Inflamatória Pélvica (DIP), gestações tardias, cirurgias reparadoras, técnicas de reprodução assistida, métodos contraceptivos como o Dispositivo Intrauterino (DIU), promiscuidade, endometriose, anomalias uterinas e gravidez ectópica prévia.²

A gravidez intersticial, ou cornual, é uma gravidez ectópica de grande risco em decorrência da sua proximidade com os vasos uterinos em seu trajeto ascendente, sendo seu diagnóstico precoce extremamente importante, já que a mesma, é seguida de maior índice de complicações hemorrágicas, aumentando assim o risco de morte materna.³

Apesar de a mortalidade ter diminuído ao longo da última década mediante o diagnóstico precoce, em países desenvolvidos como os Estados Unidos da América do Norte, a gravidez ectópica ainda tem sido responsável por 9% das mortes no primeiro trimestre da gestação. No Brasil, não existem medidas de prevalência nacionais ou mesmo regionais dessa patologia.⁴

Este trabalho apresenta a evolução de uma paciente com gravidez ectópica cornual, como alerta para o diagnóstico precoce desse tipo de gestação e tem como objetivo relatar um caso de gravidez ectópica cornual rota em uma adolescente de 18 anos atendida na emergência obstétrica da maternidade de um hospital no interior do Ceará. O relato foi concedido pela paciente, após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, garantindo-lhe seu anonimato.

Relato do caso

A paciente, com 18 anos, deu entrada na emergência obstétrica, com dor em baixo ventre e história de hipotimia em residência. Não referia

atraso menstrual, porém, não soube informar a data da última menstruação.

Ao exame físico estava hipocorada 3/4+ e com abdome doloroso à palpação superficial e profunda. Apresentava instabilidade hemodinâmica (pressão arterial e batimentos cardíacos). Ao toque vaginal percebeu-se abaulamento em fundo de saco posterior e muita dor ao toque e à mobilização do colo uterino, que se apresentava fechado.

A ultrassonografia abdominal revelou moderada quantidade de líquido na cavidade abdominal. A ultrassonografia endovaginal revelou ausência de gravidez intra-útero e massa heterogênea na topografia anexial esquerda e presença de líquido livre em fundo de saco posterior.

Foi realizada laparotomia exploratória, evidenciando-se gravidez cornual rota com moderada quantidade de sangue na cavidade abdominal. Foi realizada exérese da peça cirúrgica. Após procedimento cirúrgico a paciente teve evolução satisfatória.

Discussão

A paciente do caso aqui relatado é jovem, com idade de 18 anos. Segundo Silva Filho et al.,⁴ é citada como fator de risco para a gestação ectópica, a idade avançada, não sendo mencionado na literatura a idade jovem como um predisponente, levando a pressupor que essa ocorrência é menos frequente nessa faixa etária. Baral et al.⁵ afirmam que mulheres com mais de 40 anos de idade têm de três a quatro vezes mais risco de desenvolver gestação ectópica, quando comparadas com mulheres de 15 a 25 anos de idade. Também é citado na literatura um índice de 60% de chances de desenvolver gestação cornual em mulheres após tratamento para reprodução assistida.⁶

O exame físico evidenciou a dor em baixo ventre. Segundo Pinto et al.,⁷ as principais manifestações clínicas em um caso de gravidez ectópica são dor abdominal, atraso menstrual e sangramento vaginal não compatível com a menstruação.⁸ A paciente em questão não mencionou atraso menstrual por lapso de memória. Muitas gestações ectópicas cornual mostram menos sintomas precoces devido ao potencial estiramento da parede uterina levando, muitas vezes, ao atraso em busca de atendimento, comprometendo as condutas menos invasivas e medidas conservadoras para a fertilidade.⁵

Também foram percebidos ao exame físico, que a paciente estava hipocorada 3/4+ e com abdome doloroso à palpação superficial e profunda. Ao toque vaginal foi detectado abaulamento em

fundo de saco posterior e muita dor ao toque e à mobilização do colo uterino. Esses sintomas clínicos são compatíveis ao citado na literatura que apontam: o quadro clínico da gravidez ectópica é caracterizado por dor abdominal, atraso menstrual, sangramento vaginal, distensão abdominal, dor à mobilização do útero, abaulamento do fundo de saco, tumor anexial e até choque hipovolêmico.⁹

A associação entre a dosagem da gonadotrofina coriônica humana (β -hCG) e a ultrassonografia endovaginal possui alta especificidade (95%) e sensibilidade (97%), resultando em diagnósticos mais precoces e permitindo opções de tratamentos mais conservadores, antes que ocorra ruptura tubária, reduzindo, desta forma, a morbimortalidade associada a essa doença.⁹ A conduta aqui citada não permitiu essa associação devido ao estado crítico em que a paciente se encontrava, porém, a ultrassonografia foi bem evidente e colaborou para o diagnóstico. A literatura cita que ao exame de ultrassonografia a gestação cornual pode, muitas vezes, ser confundida com gestação intra-útero em útero bicorno.⁵

O diagnóstico precoce da gravidez ectópica é importante para reduzir o risco de ruptura tubária, além de melhorar o sucesso das condutas conservadoras. Atenção especial deve ser dada às pacientes com fatores de risco, como gravidez ectópica prévia, cirurgia tubária prévia (esterilização feminina, reanastomose tubária), infertilidade, doença inflamatória pélvica, endometriose, usuárias de Dispositivo Intrauterino (DIU), anticoncepção de emergência e tabagismo.^{11,12} Mesmo com um alto índice de suspeita e avanços na ultrassonografia, incluindo a transvaginal sonográfica e β -hCG, a gravidez cornual continua a ser o tipo mais difícil de gravidez ectópica devido à baixa sensibilidade e baixa especificidade de sintomas.⁵

São necessários, além de uma avaliação clínica e exames diagnósticos como Ultrassom Transvaginal (USTV), β -hCG e o confirmatório pelo anatomopatológico, intervenções como o método laparotômico, antes que haja ruptura da trompa.⁸

A ultrassonografia endovaginal revelou ausência de gravidez intra-útero e massa heterogênea na topografia anexial esquerda e presença de líquido livre em fundo de saco posterior. Segundo Timor-Tritsch et al.,¹³ a USTV consegue visualizar o saco gestacional intra-uterino com cinco a seis semanas de atraso menstrual. No geral, a

gravidez cornual é um dos tipos mais perigosos de gestação ectópica com alta mortalidade materna e não pode ser confiada exclusivamente aos achados de ultrassonografia convencional, e sim à USTV para um diagnóstico preciso.⁵

A cirurgia é a conduta padrão no tratamento da gravidez ectópica. A laparotomia deve ser realizada nos casos de ruptura tubária com instabilidade hemodinâmica. Esta era a situação do quadro da paciente atendida, com quadro hemodinâmico instável. As gestações ectópicas cornuais estão associadas ao alto risco de ruptura que pode ocorrer até 10-16 semanas de gestação. A ruptura pode causar sangramento intraperitoneal profuso que pode ser fatal.⁵ Nas outras situações, a via preferencial é a laparoscópica, por inúmeras vantagens, entre elas, menor tempo de internação, recuperação mais rápida e menores custos. A grande controvérsia atual no tratamento cirúrgico, nas pacientes desejosas de preservar o futuro reprodutivo, é entre a cirurgia radical (salpingectomia) e a cirurgia conservadora (salpingostomia).¹⁴ A laparoscopia pode ser necessária para confirmar o diagnóstico, mas em casos de sangramento intraperitoneal, a laparotomia imediata deve ser a conduta feita.⁵

Conclusões

Com relação à conduta, o quadro hemodinâmico instável da paciente apontava hemorragia grave sendo indicada a laparotomia e exigia intervenção cirúrgica de emergência. Isso fez com que o tratamento clínico (conduta expectante e o tratamento medicamentoso com Metotrexato - ácido N-[4-[(2,4-diamino-6-pteridinil)-metil]metilamina]benzoil]-1-glutâmico) fosse descartado pelo quadro em que se apresentava.

Apesar dos avanços no diagnóstico precoce terem levado à diminuição na taxa de mortalidade e de os tratamentos laparoscópicos e cirúrgicos terem possibilitado a obtenção de melhores resultados, a gestação ectópica cornual permanece como causa importante de mortalidade, sendo responsável por um número considerável de casos de infertilidade e de recidiva ectópica.

A rápida evolução do caso devido à emergência da situação prejudicou a discussão de condutas alternativas por parte da equipe médica.

Referências

1. Soares MF, Matos JRC, Vianna YC. Evolução de uma paciente com gravidez tubária rota e apendicite por esquistossomose: relato de caso. ANAIS - I Congresso Norte Mineiro de Medicina de Emergência - Outubro de 2015 – Montes Claros, MG.
2. Menezes MO, Bocardi MIB, Menezes CM. Gravidez abdominal com recém-nascido vivo: relato de caso. Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente. 2015;3(2):65-74.
3. Moawad NS, Dayaratna S, Mahajan ST. Mini-cornual excision: a simple stepwise laparoscopic technique for the treatment of cornual pregnancy. JSLS. 2009;13(1):87-91.
4. Silva Filho ML, Marques GSB, Nunes JT. Gravidez ectópica cornual: relato de caso. Rev Med Saúde Brasília. 2013;2(2):74-8.
5. Baral G, Shakya B, Silwal J. Cornual ectopic pregnancy: case series. NJOG. 2015;10(1):62-5.
6. Bernardini L, Valenzano M, Foglia G. Spontaneous interstitial pregnancy on a tubal stump after unilateral adectomy followed by transvaginal colour Doppler ultrasound. Hum Reprod. 1998;13(6):1723-6.
7. Pinto HC, Jung LK, Wendland E, Heineck SC. Colpotomia no tratamento da gestação ectópica Treating ectopic pregnancy with colpotomy. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012;34(3):118-21.
8. Elito-Júnior J, Montenegro NAMM, Soares RC, Camano L. Gravidez ectópica não rota – diagnóstico e tratamento. Situação atual. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(3):149-59.
9. Moawad NS, Mahajan ST, Moniz MH, Taylor SE, Hurd WW. Current diagnosis and treatment of interstitial pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2010;202(1):15-29.
10. Brito MB, Silva JCR, Barbora HF. Tratamento clínico da gravidez ectópica com metotrexato. Femina. 2009;37(1):29-34.
11. Ankum WM, Mol BWJ, Van der Veen F, Bossuyt PMM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. Fertil Steril. 1996;65(6):1093-9.
12. Butts S, Sammel M, Hummel A, Chittams S, Barnhart K. Risk factors and clinical features of recurrent ectopic pregnancy: a case control study. Fertil Steril. 2003;80(6):1340-4.
13. Timor-Tritsch IE, Yeh MN, Peisner DB, Lesser KB, Slavik TA. The use of transvaginal ultrasonography in the diagnosis of ectopic pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1989;161(1):157-61.
14. Bangsgaard N, Lund CO, Ottesen B, Nilas L. Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. BJOG. 2003;110(8):765-70.