

Gestação ectópica abdominal: relato de caso com feto vivo

Abdominal ectopic pregnancy: a case report with a live fetus

Sara de Pinho Cunha Paiva¹, Gabriel Alves Silveira², Giulia Melendez Conigliaro², Rafael Alves Silveira², Carolina Ferraz⁵

DOI: 10.5935/2238-3182.20150131

RESUMO

¹ Médica. Doutora. Professora Adjunta de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH. Belo Horizonte, MG - Brasil.

² Acadêmico(a) do curso de Medicina do UNIBH. Belo Horizonte, MG - Brasil.

³ Médica. Residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Maternidade Odete Valadares da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Belo Horizonte, MG - Brasil.

Este trabalho relata o caso de paciente admitida em Pronto-Atendimento, em Belo Horizonte, Minas Gerais, com dor abdominal progressiva e amenorrea, cujo ultrassom abdominal evidenciou gestação ectópica abdominal íntegra com embrião vivo, correspondente a nove semanas de gestação. Gravidez ectópica abdominal é aquela que ocorre fora da cavidade uterina, com implantação e desenvolvimento do saco gestacional dentro da cavidade abdominal. Pode-se manifestar com abdome agudo, que impõe diagnóstico precoce e assistência de urgência.

Palavras-chave: Gravidez Ectópica; Gravidez Abdominal; Gravidez Abdominal/diagnóstico; Gravidez Abdominal/ultrassonografia; Gravidez Abdominal/terapia; Complicações na Gravidez.

ABSTRACT

This study reports the case of a patient admitted to the emergency care in Belo Horizonte, Minas Gerais, with progressive abdominal pain and amenorrhea, whose abdominal ultrasound showed abdominal full ectopic pregnancy with a living embryo, corresponding to nine weeks of gestation. The abdominal ectopic pregnancy occurs outside the uterine cavity, with implementation and development of the gestational sac inside the abdominal cavity. It can manifest as acute abdomen, which requires an early diagnosis and emergency assistance.

Key words: *Pregnancy, Ectopic; Pregnancy, Abdominal; Pregnancy, Abdominal/diagnosis; Pregnancy, Abdominal/ultrasonography; Pregnancy, Abdominal/therapy; Pregnancy Complications.*

INTRODUÇÃO

Gestação ectópica (GE) é definida como implantação e desenvolvimento do saco gestacional fora da cavidade uterina e gestação ectópica abdominal (GEA) quando ocorre dentro da cavidade abdominal.^{1,2} A GE apresenta alta taxa de incidência em tubas ovarianas, correspondendo a 96 a 99% dos casos, enquanto a GEA é encontrada em 0,5% das gestações.³

A prevalência de GE vem crescendo ao longo dos anos e representa 2% das gestações nos Estados Unidos, sendo a quarta causa de morte materna no Reino Unido.^{1,2} É responsável por 9% das mortes no primeiro trimestre de gravidez em países desenvolvidos, apesar de sua mortalidade ter diminuído ao longo da última década nesses países. A GEA corresponde a uma a cada 402 gestações nos países desenvol-

Recebido em: 10/09/2014
Aprovado em: 11/06/2015

Instituição:
Centro Universitário de Belo Horizonte-UNIBH
Belo Horizonte, MG - Brasil

Autor correspondente:
Sara de Pinho Cunha Paiva
E-mail: sarapcpaiva@gmail.com

vidos e uma a cada 10.000 gestações nos países em desenvolvimento⁴. No Brasil, especificamente, não existem medidas de prevalência regionais ou mesmo nacionais dessa doença.⁵

Este relato alerta para a importância do diagnóstico precoce para prevenção de complicações emergenciais devido às repercussões negativas associadas à GEA, como o aumento importante da morbimortalidade materna devido a complicações hemorrágicas, infecciosas e obstrução intestinal.

RELATO DE CASO

Paciente VCA, 34 anos de idade, GIPC1A0, encaminhada à Maternidade Odete Valadares, em Belo Horizonte, MG, devido à dor importante em região de hipogástrio e fossa ilíaca direita, associada à hiporexia, prostração, náuseas, vômitos e síncope. Os exames laboratoriais mostravam: hemoglobina 9,4 mg/dL, hematócrito 28,1%, global de leucócitos 14.150 mg/dL (sem desvio para a esquerda), plaquetas 220.000/mL, proteína C reativa 14 mg/dL e β -hCG qualitativo positivo e demais exames dentro dos padrões da normalidade.

O ultrassom abdominal (US) revelou a presença de cisto complexo parauterino à direita, sugestivo de gravidez ectópica, associado a pequena ascite e imagem sugestiva de plastrão nas adjacências, notadamente superior a esse cisto. O ultrassom transvaginal demonstrou útero de tamanho normal, cavidade endometrial vazia e gestação ectópica íntegra com embrião vivo anexial ou cornual, correspondendo a nove semanas de gestação; e comprimento cabeçanádegas de 23,3 mm e massa medindo 70 cm³.

Evoluiu com instabilidade hemodinâmica, sendo submetida à laparotomia exploratória de urgência, que evidenciou grande quantidade de líquido hemorrágico livre no abdome, saco gestacional (Figura 1) localizado em posição retrouterina, em fundo de saco posterior, tubas uterinas íntegras sem sinais de rotura, dilatadas e endurecidas e demais estruturas pélvicas sem anormalidades. Após drenagem do líquido hemorrágico, foram removidos saco gestacional e placenta e inserido *Gelfoam*[®] no local de implantação e transfundidos 900 mL de concentrado de hemácia, com melhora do sangramento. Encaminhada à terapia intensiva (CTI), permaneceu por três dias, com boa recuperação.



Figura 1 - Visão macroscópica da placenta com coágulos e saco gestacional contendo embrião de nove semanas, removidos do abdome durante laparotomia.

DISCUSSÃO

A GEA ocorre quando o ovo se implanta e desenvolve na cavidade abdominal, podendo ser resultado de aborto tubário (GEA secundária) ou, mais raramente, da direta implantação do ovo na cavidade peritoneal (GEA primária).⁴ Ao contrário das gestações ectópicas tubárias e ovarianas, a GEA pode se desenvolver até o termo, porém há mais riscos de malformações de estruturas fetais. Menos de 50% desses fetos sobrevivem, devido às precárias condições de irrigação sanguínea em que se dá a nidação.⁷

A ocorrência de GE vem se elevando nas últimas décadas, devido ao aumento do número de fatores de risco que a predisõem, como: gestação em idade avançada, tabagismo, doença inflamatória pélvica, malformações uterinas, cirurgias tubárias e gravidez ectópica prévia.⁸ A paciente do estudo não havia planejado a gravidez, era primigesta, possuía idade limítrofe (34 anos) e não apresentava fatores predisponentes à gestação ectópica.⁸

O sintoma mais comum da GEA é a dor abdominal, principalmente associada aos movimentos fetais em gestações mais avançadas. O exame físico pode evidenciar massa na cavidade pélvica ou abdominal e útero pequeno para idade gestacional. A palpação de partes fetais fora do útero pode ser achado em gestações mais avançadas.⁷

O diagnóstico precoce da GE mostra-se essencial na redução do risco de ruptura, além de melhorar o prognóstico quando se faz uso de terapias conservadoras.³ Na maioria das vezes o diagnóstico de GEA

é intraoperatório (40%).^{3,4} O US ou transvaginal pode mostrar claramente a gravidez fora do útero, possibilitando, assim, o diagnóstico de certeza dessa doença em mais de 75% dos casos.⁷ As características ultrassonográficas da GEA incluem feto fora do útero, cavidade uterina vazia, ausência da limitação uterina entre bexiga e feto, localização extrauterina da placenta, má-visualização da placenta, oligodrômio ou ausência de líquido amniótico entre feto e placenta, partes fetais adjacentes à cavidade abdominal materna e apresentação fetal anormal.⁴

A GEA deve ser interrompida no momento do diagnóstico para evitar complicações maternas como hemorragia, infecção, anemia, coagulação intravascular disseminada, embolismo pulmonar e fístula gastrintestinal devido à presença de ossos fetais. A conduta expectante pode ser considerada em casos excepcionais, quando houver um dos seguintes critérios: diagnóstico após 24 semanas, ausência de malformações fetais, estabilidade hemodinâmica materna, monitorização de bem-estar fetal contínua, inserção de placenta distante do fígado e bço e quantidade suficiente de líquido amniótico, podendo-se aguardar a maturidade pulmonar fetal.^{4,9,10}

Devido ao diagnóstico prévio de GEA e à instabilidade hemodinâmica apresentada pela paciente, a abordagem terapêutica seguiu o protocolo de Urgências Obstétricas da Prefeitura de Belo Horizonte de 2010, sendo realizada laparotomia exploratória.

A cirurgia é o tratamento padrão-ouro, dando preferência à laparotomia com incisão mediana, especialmente se há risco de hemorragia. Durante a remoção da placenta há alto risco de hemorragia, já que não há contrações miométriais. Na ausência de hemorragia a placenta é deixada *in situ*; entretanto, são comuns algumas complicações como formação de abscessos, aderências, obstrução intestinal ou uretral e deiscência de ferida operatória. No pós-operatório, as pacientes devem permanecer sob cuidados intensivos.^{4,11,12}

O uso de metotrexato para acelerar a involução placentária ainda é controverso na GEA. Acredita-se que seu uso pode acelerar a formação de tecido necrótico placentário, aumentando o risco de complicações maternas.¹²

Não foram encontrados relatos na literatura que discutissem o prognóstico reprodutivo das pacientes com GEA, independentemente da terapêutica empregada.

CONCLUSÃO

O caso relatado demonstra que a GEA é condição de alta morbimortalidade, havendo grande importância do manejo clínico-obstétrico associado a exames complementares. O ultrassom transvaginal ou abdominal permite a confirmação da GEA e determinação do seu local de implantação, proporcionando imediato plano de tratamento ou acompanhamento para a paciente, com diminuição das complicações e redução da morbimortalidade para essas pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Cabar FR, Fettback PB, Pereira PP, Zugaib M. Serum Markers in the diagnosis of tubal pregnancy. *Clinics*. 2008; 63(5):701-8.
2. Elito Junior J, Camano L. Unruptured Tubal Pregnancy: Different treatments for early and Late Diagnosis. *São Paulo Med J*. 2006; 124(6):321-4.
3. Elito Junior J, Montenegro NMM, Soares RC, Camano L. Gravidez ectópica não rota - diagnóstico e tratamento. situação atual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(3):149-59.
4. Bertrand G, Ray CL, Émond SL, Dubois J, Leduc L. Imaging in the management of abdominal pregnancy: a case report and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009; 31(1):57-67.
5. Silva Filho ML, Marques GSB, Nunes JT. Gravidez Ectópica Corneal: Relato de Caso. *Rev Med Saúde de Brasília*. 2013; 2(2):74-8.
6. Holzhaecker S, Elito Junior J, Santana RM, Hisaba W. Gravidez abdominal interligamentar avançada: relato de caso. *Rev Assoc Bras*. 2008; 54(5):387-9.
7. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandí T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ*. 2005; 173(8):905-12.
8. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril*. 1996; 65:1093-9.
9. Marcellin L, Ménard S, Lamau MC, Mignon A, Aubelle MS, Grangé G, et al. Conservative Management of an Advanced Abdominal Pregnancy at 22 Weeks. *Am J Perinatol Rep*. 2014; 4:55-60.
10. Beddock R, Naepels P, Gondry C, Besserve P, Camier B, Boulanger JC, Gondry J. Diagnosis and current concepts of management of advanced abdominal pregnancy. *Gynecol Obstet Fertil*. 2004; 32(1):55-6.
11. Barnhart KT. Ectopic Pregnancy. *N Engl J Med*. 2009; 361:379-87.
12. Ory SJ, Villanueva AL, Sand PK, Tamura RK. Conservative treatment of ectopic pregnancy with methotrexate. *Am J Obstet Gynecol*. 1986; 154:1299-306.