

Miomas Uterinos e Gravidez: implicações e abordagens

Uterine Fibroids and Pregnancy: Implications and Conducts

Sara de Pinho Cunha Paiva^{1,2}, Ana Paula Caldeira Brant¹, Admário Silva Santos Filho¹, Roberta Abramo Ribeiro³, Lucas Campos Barbosa e Silva⁴, Thiago da Costa Ramos⁴.

RESUMO

A prevalência de miomatose uterina na gravidez varia entre 1,6 e 10,7%. Embora a maioria das gestantes com miomas não apresente complicações durante a gestação, a miomatose pode ocasionar importantes complicações na gravidez e parto, como abortamento espontâneo, crescimento intrauterino restrito, necessidade de realização de cesareana e hemorragia pós-parto. Relata-se caso de gestante com miomatose uterina muito extensa e miomectomia prévia que evoluiu com necessidade de realização de cesariana de urgência por contrações, ameaça de ruptura uterina e realização de histerectomia pós-parto por hemorragia uterina.

Palavras-chave: Miomatose; Gestação; Complicações na Gravidez; Cesárea de Emergência; Hemorragia Pós-Parto; Histerectomia.

ABSTRACT

The prevalence of uterine fibroids in pregnancy varies between 1.6 and 10.7%. Although the majority of pregnant women with fibroids do not present complications during pregnancy, fibroids can cause important complications in pregnancy and childbirth, such as spontaneous abortion, restricted intrauterine growth, the need for a caesarean section and postpartum hemorrhage. We report a case of a pregnant woman with very extensive uterine fibroids and previous myomectomy that evolved with the need for an emergency cesarean section due to contractions, a risk of uterine rupture and a postpartum hysterectomy for uterine hemorrhage.

Keywords: Fibroids; Pregnancy; Pregnancy Complications; Emergency Cesarean; Postpartum Hemorrhage; Hysterectomy

¹ Médica Ginecologista-Obstetra. Maternidade Otto Cirne do Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG).

² Professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG (FM-UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG). Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG (FM-UFMG). Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:

Maternidade Otto Cirne do Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG). Belo Horizonte, MG – Brasil.

* Autor Correspondente:

Sara de Pinho Cunha Paiva
E-mail: sara.paiva.ufmg@gmail.com

Recebido em: 27/05/2020.

Aprovado em: 20/06/2020.

INTRODUÇÃO

Os miomas são as neoplasias benignas mais comuns do útero, ocorrendo em aproximadamente um quarto das mulheres a partir da terceira década de vida¹. Visto que seu crescimento está intimamente associado aos esteroides sexuais femininos, os miomas assumem grande importância no contexto obstétrico.

A prevalência de miomas uterinos na gravidez varia entre 1,6 e 10,7%, dependendo do trimestre avaliado². Postula-se que o aumento do aporte sanguíneo ao útero e a elevação dos níveis séricos de estrogênio, progesterona e gonadotrofina coriônica humana relacionados à gravidez afetem diretamente o crescimento dos miomas, atuando como substratos para o seu desenvolvimento. Entretanto, alguns estudos que monitoraram ultrassonograficamente o tamanho dos miomas durante a gravidez refutaram essa hipótese, chegando a demonstrar a redução volumétrica dos miomas em 8-27% das gestações².

A maioria das gestantes com miomatose não apresenta complicações relacionadas aos miomas durante a gravidez². Contudo, os miomas podem ocasionar importantes eventos adversos na gravidez, sendo os principais:

- Abortamento espontâneo: os miomas submucosos podem afetar adversamente a nidação e a invasão trofoblástica. Supõe-se que o mioma possa comprimir o endométrio decidualizado, levando à distorção da arquitetura vascular e dano à nutrição do conceito³.
- Degeração rubra: o rápido crescimento do mioma pode ocasionar hipoperfusão relativa do tumor, ocasionando isquemia e necrose hemorrágica, manifestada por dor e desconforto pélvico².
- Anomalias fetais: embora seja um evento raro, a restrição espacial promovida pelo mioma pode ocasionar deformações fetais, como redução do tamanho de membros e torcicolo congênito².
- Crescimento intrauterino restrito: miomas grandes, com volumes superiores a 200 cm³, podem estar associados a baixo peso fetal por comprometimento da circulação uteroplacentária⁴.
- Trabalho de parto pré-termo: o útero miomatoso possui menor distensibilidade, o que induziria contrações mais frequentes com o evoluir da gestação².
- Hemorragia pós-parto: os miomas podem predispor à hemorragia pós-parto, por estarem associados à diminuição da força e da coordenação das contrações uterinas, levando à atonia uterina⁵.
- Outras complicações descritas são placenta prévia, inversão uterina puerperal, distócias de trajeto e descolamento prematuro de placenta. Ressalta-se que vários fatores dificultam a avaliação do real impacto dos miomas na gestação, visto a dificuldade de interpretação das evidências disponíveis propiciadas pela heterogeneidade das populações estudadas².

RELATO DE CASO

FMO, 31 anos de idade, G2PV1 com idade gestacional de 35 semanas e 5 dias, foi admitida na Maternidade Otto Cirne do HC-UFMG em Belo Horizonte – MG apresentando contrações uterinas e histórico de miomatose uterina com miomectomia prévia há três anos, quando foram retirados 23 leiomiomas. Ao exame físico observou-se tônus uterino aumentado, dinâmica uterina presente e batimentos

cardiofetais de 138 bpm. Ao exame especular observou-se pequeno sangramento em fundo de saco, sem sangramento ativo exteriorizando pelo orifício externo do colo. Ao toque, colo uterino mostrava-se pérvio e bolsa íntegra. Apresentou desacelerações transitórias dos batimentos cardiofetais à cardiotocografia. Optado por realização de interrupção da gestação por cesariana de urgência. Paciente submetida à cesárea segmentar, procedimento dificultado por inúmeras aderências e múltiplos miomas, incluindo mioma de cerca de 6 cm de diâmetro em parede anterior do útero. Histerotomia realizada em porção inferior ao mioma localizado na parede anterior do útero. Extração de RN vivo, procedimento associado a sangramento uterino importante e seguido de histerectomia puerperal. Retirado útero contendo inúmeros miomas intramurais e subserosos, enviado para exame anatomopatológico (Figura 1). Após o parto o RN evoluiu bem e a puérpera teve recuperação pós-operatória sem intercorrências.

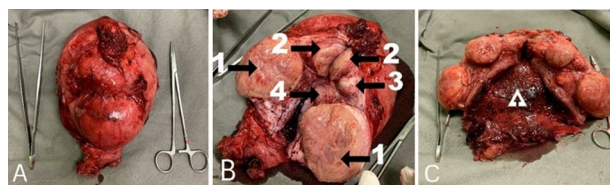


Figura 1. Histerectomia puerperal devido a hemorragia pós-parto cesáreo. A. Útero. B. Útero em corte sagital evidenciando lesões tumorais características de leiomioma uterino de diversos tamanhos (1, 2, 3 e 4). C. Útero em corte sagital expõe a cavidade endometrial (ponta da seta).

DISCUSSÃO

O diagnóstico de miomatose uterina reflete em possíveis complicações durante o parto, as quais a equipe assistencial deve estar ciente para pronta intervenção. A presença de miomas eleva a taxa de parto via cesariana (48,8% em mulheres com miomas e 13,3% em mulheres sem miomas), assim como maior ocorrência de hemorragia pós-parto, provavelmente pela redução da contratilidade uterina. (2,5% vs 1,4%)^{6,7}.

Foi realizada revisão à literatura quanto às condutas cirúrgicas no desfecho de gestação com miomatose uterina, com pesquisa na base de dados PubMed MEDLINE envolvendo os termos “prior myomectomy”, “myomectomy”, “cesarean section”, “cesarean delivery”, “uterine fibroids” e “outcomes”, com seleção de artigos indexados em língua inglesa produzidos nos últimos 5 anos e de relevância ao tema.

Uma opção terapêutica avaliada consiste na realização de miomectomia durante a cesariana na intenção de reduzir os sintomas e a necessidade de nova intervenção no futuro. A decisão pela realização da miomectomia se dá no momento cirúrgico e apenas quando a miomectomia pode ser feita sem comprometimento importante do miométrio que possa dificultar o reparo após a excisão⁸. O procedimento ocorre com administração de ocitocina endovenosa ou em injeção local e com ligação temporária da artéria uterina durante a miomectomia⁹. Parece que a realização da miomectomia durante a cesariana não apresentou diferença significativa de perda sanguínea, queda de hemoglobina, tempo de operação e uso de uterotônicos em relação à cesariana isolada em pacientes com miomatose uterina, quando realizada por profissionais tecnicamente capacitados^{8,9}.

Todavia, nota-se que se realiza muito mais frequentemente a excisão de miomas pedunculados e subserosos do que intramurais ou submucosos, os quais a remoção deve ser evitada^{8,9}. Além disso, deve-se ter em mente que apesar de não ser demonstrada diferença de eventos adversos quando comparadas as técnicas, ambas cursam com risco aumentado de hemorragia pós-parto (> 1.000ml) apenas pela presença dos miomas, em especial quando mioma \geq 5cm ou peso de nascimento \geq 4.000g⁹.

Quanto às pacientes que já foram submetidas à miomectomia prévia e serão submetidas à cesariana, deve-se atentar que essas têm mais aderências intra-abdominais como fatores dificultadores durante o procedimento cirúrgico¹⁰. Um estudo retrospectivo de coorte comparou as complicações e desfechos de mulheres submetidas à cesariana pós-miomectomia a um grupo composto por cesarianas sem miomectomia prévia e mostrou que o primeiro grupo apresentou maior risco de: Histerectomia (RRa 3,43; IC95% 1,32-8,91); transfusão sanguínea intraoperatória (RRa 2,8; IC95% 1,15-6,79); transfusão pós-parto (RRa 2,03; IC95% 1,06-3,92); uso de uterotônicos (RRa 1,57; IC95% 1,01-2,45); lesão de bexiga (RRa 8,13; IC95% 2,05-32,28) e necessidade de incisão uterina clássica durante o procedimento (RRa 3,27; IC95% 1,99-5,36). Contudo, não foram observadas diferenças de desfechos adversos neonatais¹⁰.

O risco de rotura uterina durante o trabalho de parto em paciente pós-miomectomia é variável e há falta de dados na literatura, pois se sabe pouco sob o efeito da técnica cirúrgica e das características dos miomas nos resultados. Um estudo demonstrou risco de rotura uterina de 1,7% após ressecção por via laparotômica e de 0,49-0,70% por via laparoscópica¹¹. Sendo assim, quando a miomectomia envolve a incisão de camada muscular do miométrio, retirou grande número de miomas ou abordou a cavidade uterina, é recomendado o parto por via cesariana entre 37+0 e 38+6 semanas de gestação, conforme recomendação do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), podendo-se considerar realizar a cesariana com 36 semanas, conforme recomendado nos casos de histerotomia clássica prévia¹².

CONCLUSÃO

A miomatose uterina, especialmente quando extensa, pode ocasionar importantes complicações durante a gestação e o parto. O obstetra deve estar atento a essa situação durante todo o acompanhamento pré-natal e período periparto, considerando a possibilidade de realização de cesariana de urgência e histerectomia caso eventualmente sejam necessárias.

Resalta-se que cada gestante e gestação são únicas e possuem suas próprias peculiaridades. Cabe ao obstetra e à gestante definir conjuntamente sobre a melhor abordagem - conservadora ou cirúrgica - em relação aos miomas, pesando possíveis riscos e benefícios. Destaca-se que a histerectomia, em situações de hemorragia pós-parto e risco de vida à parturiente, torna-se importante opção (ou até mesmo

única) quando as demais condutas de controle hemorrágico falham.

Salienta-se que orientar a gestante com miomatose e/ou que já tenha realizado miomectomia sobre os possíveis riscos e desfechos de uma nova gestação é medida essencial na prevenção de futuras complicações.

REFERÊNCIAS

1. Filho GB. Leiomioma. In: Bogliolo. Patologia. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011. p. 611-614.
2. Ouyang DW, et al. Pregnancy in women with uterine leiomyomas (fibroids) [citado em 2019 Dec. 02]. In: UpToDate [Internet]. Filadélfia (PA). Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-in-women-with-uterine-leiomyomas-fibroids?search=uterine%20fibroid&source=search_result&selecte dTitle=5-150&usage_type=default&display_rank=5#references.
3. Wallach EE, Vu KK. Myomata uteri and infertility. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995; 22:791.
4. Rosati P, Exacoustòs C, Mancuso S. Longitudinal evaluation of uterine myoma growth during pregnancy. A sonographic study. *J Ultrasound Med* 1992; 11:511-27. Lynch FW. Fibroid tumors complicating pregnancy and labor. *Am J Obstet* 1913; 68:427.
5. Szamatowicz J, Laudanski T, Bulszas B, Akerlund M. Fibromyomas and uterine contractions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76:973.
6. Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(4):357-66.
7. Parazzini F, Tozzi L, Bianchi S. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology Pregnancy outcome and uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2016;34:74-84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.11.017>.
8. Dedes I, Schäffer L, Zimmermann R, Burkhardt T, Haslinger C. Outcome and risk factors of cesarean delivery with and without cesarean myomectomy in women with uterine myomas. *Arch Gynecol Obstet*. 2017;295(1):27-32.
9. Zhao R, Wang X, Zou L, Zhang W. Outcomes of Myomectomy at the Time of Cesarean Section among Pregnant Women with Uterine Fibroids: A Retrospective Cohort Study. *Biomed Res Int*. 2019;2019(December 2011).
10. Gimovsky AC, Frangieh M, Phillips J, Vargas MV, Quinlan S, Macri C, et al. Perinatal outcomes of women undergoing cesarean delivery after prior myomectomy. *J Matern Neonatal Med*. 2018;7058.
11. Spong CY, Mercer BM, D'Alton M, Kilpatrick S, Blackwell S, Saade G. Timing of indicated late-preterm and early-term birth. *Obstet Gynecol*. 2011;118(2):323-33.(c) Strobelt N, Ghidini A, Cavallone M, et al. Natural history of uterine leiomyomas in pregnancy. *J Ultrasound Med* 1994; 13:399.
12. Late-preterm MI. Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. *Obstet Gynecol*. 2013;121(4):908-10.