

# Gravidez ectópica intersticial: relato de caso

## *Interstitial ectopic pregnancy: a case report*

Élida Maria Valadares Claudio Nashala<sup>1</sup>, Fernanda Ibrahim Soares<sup>1</sup>, Gerusa Coelho Vaz<sup>1</sup>, Giselle Maria de Rodrigues Pereira<sup>1</sup>, Karine Valéria Gonçalves de Oliveira<sup>1</sup>, Mariléa Silva Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Acadêmicos do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil.

### RESUMO

A gravidez ectópica intersticial representa importante causa de morbidade e mortalidade, devido ao seu risco de ruptura e de sangramento. Por isso, é fundamental reconhecê-la com precocidade para que a terapêutica seja instituída de forma adequada e a tempo.

**Palavras-chave:** Gravidez Ectópica/diagnóstico; Gravidez Ectópica/terapia; Gravidez Tubária/diagnóstico; Gravidez Tubária/terapia; Gravidez Abdominal/diagnóstico; Gravidez Abdominal/terapia; Abdome Agudo; Implantação do Embrião.

### ABSTRACT

*The interstitial ectopic pregnancy is an important cause of morbidity and mortality due to its risk of rupture and bleeding. Therefore it is essential to recognize it early so that therapy can be instituted as appropriate and timely.*

*Key words:* Pregnancy, Ectopic/diagnosis; Pregnancy, Ectopic/therapy; Pregnancy, Tubal/diagnosis; Pregnancy, Tubal/therapy; Pregnancy, Abdominal/diagnosis; Pregnancy, Abdominal/therapy; Abdomen, Acute; Embryo Implantation.

### INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica (GE) representa, aproximadamente, 2% do total das gestações, constituindo-se em causa importante de morbimortalidade relacionada ao primeiro trimestre da gestação.<sup>1</sup> O tipo intersticial representa 2 a 4% de todas as formas de GE e refere-se à implantação do ovo na porção intersticial da tuba uterina, segmento tubário que atravessa a parede muscular do útero. Esse segmento possui, em geral, 0,7 mm de diâmetro e 1 a 2 cm de comprimento e apresenta considerável capacidade de dilatação antes de ocorrer ruptura de seu segmento distal. A GE intersticial pode, por isso, permanecer assintomática até a 16ª semana de gestação, momento no qual a rotura pode resultar em hemorragia de grande proporção. O diagnóstico precoce é, desta forma, difícil de ser realizado.<sup>2</sup>

Os fatores de risco para a GE intersticial incluem lesão na tuba por GE prévia, salpingectomia, fertilização *in vitro*, doença sexualmente transmissível e doença inflamatória pélvica anteriores. O risco não difere em pacientes com outros tipos de GE.<sup>2</sup>

A sintomatologia mais comum na GE intersticial é o aparecimento, no primeiro trimestre de gravidez, de dor abdominal e metrorragia. O sangramento, entretanto, parece menos comum na forma intersticial do que em outras formas de GE. A assimetria uterina

*Instituição:*  
Hospital Universitário Risoleta Torentino Neves  
Belo Horizonte, MG – Brasil

*Endereço para correspondência:*  
Fernanda Ibrahim Soares.  
Rua: Ulisses Marcondes Escobar 311, AP 301B  
Bairro: Buritis  
Belo Horizonte, MG – Brasil  
CEP: 30575-110  
Email: marcelomedile@yahoo.com.br

pode ser percebida à palpação e sinais de irritação peritoneal podem surgir quando há rotura e hemoperitônio.<sup>1</sup>

A GE intersticial rota é emergência médica e seu tratamento deve ser o mais eficaz possível.

## RELATO DE CASO

ENS, 16 anos de idade, primigesta, idade gestacional de 12 semanas (última menstruação em 3/12/2010), sem cartão ou exames de pré-natal, procurou o Pronto-Atendimento do Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves devido a mal-estar e cólicas abdominais iniciadas há poucas horas. Relatava dois episódios prévios de desmaios, dor abdominal intensa em cólica e desejo de evacuar. Negava uso de medicações. Há uma semana havia procurado atendimento médico devido a vômitos. Apresentou resultado de  $\beta$ -hCG positivo, realizado em 25/12/2010. Estava com as mucosas visíveis hipocoradas, desidratadas, anictéricas, com pele fria e pegajosa. A pressão arterial sistêmica era inaudível e a frequência cardíaca de 80 bpm. O abdome estava plano, com dolorimento difuso, sem defesa. O toque vaginal revelou útero aumentado de volume, colo longo, posterior, fechado, sem sangramento. Foi percebido odor intenso de fezes. Eliminação de pequena quantidade de fezes pastosas após a realização do exame. A ultrasonografia (US) abdominal ressaltou alças intestinais distendidas, pequena quantidade de líquido livre na pelve, presença de feto no útero, embora não sendo possível evidenciar localização exata e batimentos cardíofetais (BCF). Foram realizados os seguintes exames laboratoriais, que apuraram: a) no plasma - sódio de 138 mEq/L; e potássio de 3,6 mEq/L; b) no sangue: hemácias, hemoglobina e hematócrito de 2,92 milhões/mm<sup>3</sup>, 7,4 g/dL; 22,9%, respectivamente, com volume corpuscular médio de 78,4 fL; leucócitos totais de 13.880/mm<sup>3</sup> (86,3% de segmentados: 11.978) e plaquetas de 252.000/mm<sup>3</sup>, proteína C reativa inferior a 3,00 mg/dL. Foi realizada hidratação venosa imediata, sem obtenção de melhora. Nova US visualizou feto em tuba uterina, aderido ao corpo uterino, idade gestacional aproximada de 9/10 semanas, BCF presentes e hemoperitônio de cerca de 700 mL. Foi internada para realização de laparotomia e feito reserva de hemácias. A abordagem foi feita por intermédio de incisão de Pfannestiel. Durante o procedimento, foi identificada massa em região cornual direita de aproximadamente 7 cm, sendo realizado

garroteamento acima das artérias uterinas e salpingectomia direita com posterior ressecção de parte da região cornual direita, onde se localizava a massa identificada (Figura 1).



**Figura 1** - Massa anexial de aproximadamente 7 cm em região cornual direita.

Realizada sutura do miométrio e da serosa uterina na região da ressecção, sem anormalidades (Figura 2).



**Figura 2** - Sutura do miométrio e serosa uterina.

Preservados ovários bilateralmente e tuba uterina esquerda em boas condições. Foram retirados aproximadamente 300 mL de sangue da cavidade abdominal e realizada hemotransfusão de 300 mL de hemácias intraprocedimento. A paciente manteve-se estável ao final do procedimento, sendo mantida em observação durante três dias. Recebeu alta em boas condições clínicas e com orientações de retornar ao hospital para avaliação clínica.

## DISCUSSÃO

O sangramento vaginal durante a gestação é considerado anormal e deve ser investigado. Na primeira metade da gravidez, os diagnósticos diferenciais para sangramento vaginal, acompanhado ou não de dor abdominal, incluem gestação eutópica, abortamento, gravidez ectópica (GE) e doença trofoblástica gestacional. Considerando-se os riscos relacionados a essa variante de gravidez ectópica, o diagnóstico deve ser precoce.

A abordagem da GE intersticial ainda permanece controversa e depende da idade gestacional ao diagnóstico, de rotura tubária e se há desejo de nova gravidez. A conduta conservadora pode ser a opção quando o diagnóstico é feito antes da rotura e inclui a vigilância, com dosagens seriadas de  $\beta$ -hCG, para aferir a sua redução progressiva. A outra opção é o uso sistêmico de metotrexato, antagonista da síntese do ácido fólico, que interfere na proliferação do trofoblasto. Nesses casos, o prognóstico depende dos níveis iniciais de  $\beta$ -hCG. O tratamento cirúrgico é a opção quando não ocorre a queda esperada do hormônio ou caso ocorra a rotura tubária.

Este relato salienta a GE em paciente jovem com sintomatologia digestiva, provavelmente resultado de reflexo vaso-vagal, e da liberação de substâncias mediadoras da inflamação com ação predominantemente intestinal, em que o diagnóstico precoce foi decisivo para a obtenção de bom resultado.

## CONCLUSÃO

Embora a GE intersticial seja afecção rara e de diagnóstico tardio, a história clínica e a avaliação laboratorial indicativas de gestação anormal indicam a busca de gestação intra ou extrauterina<sup>1</sup>. A história de GE prévia requer o acompanhamento precoce com US diante de gestações futuras, visando surpreender diagnóstico precoce de alguma complicação da gravidez.<sup>3</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Lin EP, Bhatt S, Dogra VS. Diagnostic clues to ectopic pregnancy. *RadioGraphics*. 2008; 28:1661-71.
2. Maward NS, Mahajan ST, Moniz MH, Taylor SE, Hurd W. Current diagnosis and treatment of interstitial pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Jan; 202(1):15-29.
3. Tay JI, Moore J, Walker JJ. Ectopic pregnancy. *BMJ*; 2000; 320:916-9.