

Gravidez ectópica cornual rota: descrição de um raro local de implantação tubária e sua dificuldade diagnóstica

Rupture of cornual ectopic pregnancy: a rare site of fallopian tube implantation description and the difficulty of diagnosis

André Cançado Fróis¹, Bruno de Almeida Pedersoli¹, Milton Henriques Guimarães Júnior¹, Rodrigo Costa Pereira Vieira¹, Hugo Alencar Santos¹, Rômulo Mateus Fonseca Viegas¹, Thiago Neto Ribeiro¹, Vinícius Martins Andrade¹

RESUMO

Gravidez ectópica é aquela em que o embrião se implanta e se desenvolve fora do endométrio uterino. Essa implantação pode ocorrer nas tubas (98,3%), no abdome (1,4%), nos ovários (0,15%), ou no canal cervical (0,15%)¹. É uma condição comum com risco imediato de hemorragia e riscos tardios de infertilidade e recorrência. A implantação cornual, também chamada intersticial, ocorre na junção da tuba com o corpo uterino, e corresponde a 1,9% das gestações tubárias. O caso relatado mostra que o diagnóstico é difícil pelo exame de imagem o que torna a laparotomia exploratória um método de diagnóstico e de tratamento.

Palavras-chave: Gravidez Ectópica; Gravidez Tubária; Gravidez Ectópica/diagnóstico; Gravidez Ectópica/terapia.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is the one that embryos implantation and development occurs in a site other than uterine endometrium. It can happen in fallopian tubes (98,3%), abdominal cavity (1,4%), ovaries (0,15%), or endocervical canal (0,15%).¹ It is a common condition with immediate risk of hemorrhage and late risks of infertility and recurrence. A cornual implantation, also called interstitial, occurs on fallopian tube and uterine junction, and corresponds to 1,9% of tubary pregnancies. The reported case demonstrates that the imaging diagnosis is difficult and exploratory laparotomy is necessary for diagnosis and treatment.

Key words: *Pregnancy, Ectopic; Pregnancy, Tubal; Pregnancy, Ectopic/diagnosis; Pregnancy, Ectopic/therapy.*

INTRODUÇÃO

Gravidez ectópica, ou ectociese, é aquela em que o embrião se implanta e se desenvolve fora da cavidade uterina. Essa implantação pode ocorrer nas tubas (98,3%), no abdome (1,4%), nos ovários (0,15%), ou no canal cervical (0,15%)¹. É importante causa de mortalidade materna, responsável por 13% das mortes maternas nos EUA, o que equivale a 38 mortes para cada 100.000 gestações ectópicas (1). Sua incidência tem aumentado, provavelmente por causa do aumento da incidência de doenças sexualmente transmissíveis ou da melhora dos métodos diagnósticos.²

¹ Acadêmicos do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Instituição:
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG

Endereço para correspondência:
Romulo Mateus Fonseca Viegas
Rua Eurita, no 462/102
Bairro Santa Tereza
Belo Horizonte, MG – Brasil
E-mail: romulomfviegas@yahoo.com.br

RELATO DE CASO

L.C.A, feminino, 33 anos, solteira, do lar, natural e procedente de Betim, MG. Levada à Maternidade pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) devido a episódio de síncope. Relatou dor localizada em baixo ventre e no mesogastro, com um dia de evolução; G6P4A1, com atraso menstrual de sete semanas e um dia. Negava sangramentos genitais, disúria ou febre. Não relatou comorbidades, negou uso de medicamentos. Hábitos intestinal e urinário inalterados.

Relatou ciclos menstruais previamente regulares, sexualmente ativa, uso irregular de método contraceptivo. Negou manipulação vaginal ou tentativa de extração de concepto.

Ao exame: PA: 70x40 mmHg, FC: 120 BPM, FR: 20 IRPM, SatO₂:98%, Tax: 35,3°C. Hidratada, hipocorada (+/4+), acianótica e anictérica. Palidez e extremidades frias. Exame clínico revelou sons respiratórios normais, ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros, com bulhas normofonéticas e taquicárdicas. Pulsos radiais diminuídos simetricamente e perfusão capilar instantânea. Abdome globoso, discretamente distendido, de difícil palpação, sem sinais vitais de irritação peritonal, ruídos hidroaéreos presentes. Exame Especular: sangramento cervical discreto, ativo. Ao toque: colo fechado, doloroso à mobilização, útero de consistência amolecida, fundo de saco livre.

Levantadas as hipóteses diagnósticas de ameaça de abortamento, gravidez ectópica e mola hidatiforme, foram solicitados: teste rápido β-hormônio gonadotrofina coriônica (β-HCG) urinário, ultrassonografia endovaginal e hemograma. Os resultados mostraram: β-HCG positivo, hemoglobina de 10,2 g/dL, hematócrito: 32%, leucócitos totais: 21.200/mm³ com 87,1% de segmentados e 1% de bastonetes; plaquetas: 298.000/mm³. O ultrassom endovaginal não concluiu se se tratava de gravidez tópica ou ectópica.

Duas horas após a admissão, a paciente manteve o quadro clínico. Frente à dúvida diagnóstica e ao quadro hemodinâmico instável, optou-se pela laparotomia exploratória que foi realizada por meio de incisão transversa suprapúbica, com achado de hemoperitônio e rotura no corno uterino direito com cerca de 1,5 cm. Tubas e ovários foram preservados.

O ato cirúrgico não teve intercorrências, com sangramento habitual. Foram administrados, no peroperatório, quatro litros de cristaloides. Hemograma realizado no pós-operatório imediato revelou hemo-

globina de 6,1g/dL; foram então infundidos 600 mL de concentrado de hemácias e 600 mL (3 bolsas) de plasma. Manteve-se hemodinamicamente estável, com diurese preservada, sem queixas.

Revisão laboratorial, após 13 horas da cirurgia, revelou hemoglobina de 8,0 g/dL; hematócrito: 24,2%; plaquetas: 169.000/mm³. Foram infundidos mais 300 mL de concentrado de hemácias. A paciente evoluiu bem e recebeu alta no segundo dia do pós-operatório.

DISCUSSÃO

Gravidez ectópica é aquela em que o embrião se implanta e se desenvolve fora do endométrio uterino. É uma condição comum com risco imediato de hemorragia e riscos tardios de infertilidade e recorrência. O risco de rotura em uma amostra estudada era de 18% das ectocieses. Quatro fatores aumentam o risco de rotura: nunca ter usado métodos anticoncepcionais (OR 1.7 [1.0 - 3.3]), história de dano tubário associado à infertilidade (OR 1.6 [0.9 - 2.7]), indução da ovulação (OR 2.5 [1.1 - 5.6]) e altos níveis de β-HCG (pelo menos 10.000 U/L) quando a gravidez ectópica é suspeitada (OR 2.9 [1.5 - 5.6]).³

Com relação ao local de implantação nas tubas, a região mais comum é ampular (79,6%), seguida pela ístmica (12,3%) e pela fímbria (6,2%).

A implantação cornual, também chamada intersticial, ocorre na junção da tuba com o corpo uterino, e corresponde a 1,9% das gestações tubárias. Percebe-se que se trata de implantação menos comum, que ocorre na porção da tuba localizada dentro da parede muscular uterina. Tal localização explica os resultados inconclusivos da ultrassonografia transvaginal na diferenciação entre a gestação eutópica e ectópica.

Com relação à conduta, o quadro hemodinâmico instável da paciente apontava hemorragia grave e exigia intervenção cirúrgica de emergência.⁴ Isso fez com que a conduta expectante e o tratamento medicamentoso fossem descartados, tanto pelo quadro clínico quanto pela dúvida diagnóstica.

A laparotomia foi diagnóstica e terapêutica e mostrou rotura do corno uterino com hemoperitônio. Com relação à via de acesso – laparotomia ou laparoscopia – a instabilidade hemodinâmica é uma contraindicação a realização desta última. Outro ponto favorável à escolha da laparotomia, no caso dessa

paciente, é a contraindicação relativa à abordagem laparoscópica no caso de gestação ectópica cornual.

A abordagem cirúrgica, no caso de uma gestação ectópica cornual, é diferente daquela adotada nas localizações mais distais da tuba uterina: ístmica, ampular e fimbrial. Isso porque a região cornual possui rico suprimento sanguíneo, proveniente tanto da vasculatura uterina quanto da ovariana. Além disso, devido à localização intramural da tuba, o embrião é envolto por uma dupla camada muscular miometrial.

Várias técnicas podem ser usadas para o tratamento da gravidez intersticial. Elas dependem do tamanho do embrião e da capacidade de hemostasia. A hemostasia pode ser melhorada com a infiltração no mesossalpinge de vasopressina, 5 UI em 20 mL de SF 0,9%. A cornostomia linear consiste em incisão do manto miometrial acima da massa e remoção do produto gestacional com fórceps compressivo ou hidrodissecção, com hemostasia por eletrocautério uni ou bipolar. A excisão ou ressecção cornual é a remoção do manto miometrial (superficial) (miniexcisão) ou do manto e de sua base (profundo) (excisão), quando a massa é muito larga e há necessidade de um bom plano de incisão. A ressecção em cunha é a técnica tradicional de laparotomia usada antes do advento da laparoscopia, em que são removidas o produto gestacional e o miométrio ao redor, com posterior hemostasia e sutura do útero.²

CONCLUSÃO

Foi apresentado um caso pouco comum de gravidez tubária cornual rota (1,9% das gestações tubárias), de difícil diagnóstico, que gerou risco de morte para a paciente e foi tratada por laparotomia e limpeza da cavidade. A rápida evolução do caso devido à emergência da situação prejudicou a discussão de condutas alternativas por parte da equipe médica. Deve-se orientar a paciente de que todo procedimento pode afetar sua fertilidade. Apesar de todos os riscos, nenhum deles é maior do que a morbidade e a mortalidade devido à ruptura de uma gestação ectópica.

REFERÊNCIAS

1. Pisarka MD, Carson AS. Incidence and risk factors for ectopic pregnancy. *Clin. Obstet Gynecol.* 1999; 42:2-8.
2. Ehrenberg-Buchner S, Sandadi S, Moawad NS, Pinkerton JS, Hurd WW. Ectopic pregnancy: role of laparoscopic treatment. *Clin. Obstet Gynecol.* 2009 Sept; 52(3):372-9.
3. Job-Spira N, Fernandez H, Bouyer J, Pouly JL, Germain E, Coste J. Ruptured tubal ectopic pregnancy: risk factors and reproductive outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 180:938-44.
4. Barnhart K. Ectopic pregnancy. *N Engl J Med.* 2009 July; 361(4): 379-87.