

Gravidez ectópica cornual: relato de caso

Cornual ectopic pregnancy: case report

Mariano Lopes Silva Filho ¹, Graziella dos Santos Bezerra Marques ², Jefferson Torres Nunes ²

Maternidade Dona Evangelina Rosa

Resumo

Gravidez ectópica intersticial ou cornual é que ocorre fora da cavidade uterina, com implantação e o desenvolvimento do ovo dentro do segmento da trompa que penetra na parede uterina ou entre o óstio tubário e a porção proximal do segmento ístmico; podendo se manifestar com quadro abdominal agudo, que impõe diagnóstico precoce e assistência de urgência. É relatado caso de paciente de 27 anos, admitida no setor de urgência de Maternidade de referência no Piauí, com quadro de dor abdominal, sangramento transvaginal e amenorréia, cuja ultrassonografia transvaginal(USTV) demonstrou gravidez ectópica de localização intersticial, com ausência de batimentos cardíacos fetais. Foi realizada salpingectomia com ressecção cornual por laparotomia. Portanto a realização da USTV nas urgências obstétricas é de extrema importância no diagnóstico precoce da gravidez ectópica, diminuindo as complicações e o risco de mortalidade materna.

Palavras chave: gravidez ectópica, útero, aborto.

Abstract

Interstitial or cornual ectopic pregnancy is occurring outside the uterine cavity, with implementation and development of the egg within the segment of the tube that penetrates the uterine wall or between the tubal ostium and proximal segment isthmus; may manifest with acute abdominal, which requires early diagnosis and emergency assistance. We report the case of a patient aged 27, admitted to the emergency sector Maternity reference Piauí, with abdominal pain, transvaginal bleeding and amenorrhea, whose ultrasound showed transva-inal location interstitial ectopic pregnancy with no fetal heartbeat. Was performed salpingectomy with cornual resection by laparotomy. Therefore the realization of TVS in obstetric emergencies is of utmost importance in the early diagnosis of ectopic pregnancy, reducing complications and the risk of maternal mortality.

Key words: ectopic pregnancy, uterus; abortion.

1. Médico, especialista em Ginecologia e Obstetrícia

2. Médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Piauí (UFPI)

E-mail do primeiro autor: marianolsf@hotmail.com

Recebido em 11/05/2013

Aceito, após revisão, em 22/07/2013

Introdução

A gestação ectópica é definida como a implantação e desenvolvimento do ovo fora da cavidade uterina e sua causa principal é uma lesão na luz do oviduto, devido à destruição do epitélio e formação de microaderências.¹ Localiza-se mais freqüente é na tuba correspondendo 96 a 99% dos casos e destas, mais de 70% se localizam na ampola ou infundíbulo, seguida pela zona ístmica (25%) e pela zona intersticial ou cornual (2%). Seguem-se a ovariana (0,9%), intraligamentar (0,5%), abdominal (0,5%) e cervical (0,2%), com implantação sobre um divertículo intramiometrial (0,03 %) e em cicatriz de cesárea (0,01%).²

Apesar de a mortalidade ter diminuído ao longo da última década, através do diagnóstico precoce, em países desenvolvidos com Estados Unidos, 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.³ O presente artigo tem o objetivo de relatar um caso clínico de gestação ectópica com implantação cornual.

Relato do Caso

Paciente de 27 anos, com história negativa para doença inflamatória pélvica (DIP) ou cirurgia prévia e sem uso de

medicações nos seis meses anteriores ao evento descrito. Procurou a urgência da Maternidade Dona Evangelina Rosa relatando discreta dor pélvica e moderado sangramento transvaginal. Além disso, relatava amenorreia de 8 semanas e negava gravidez anterior.

Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, afebril, com palidez muco-cutânea importante (2+/4+) e normotensa. O abdome encontrava-se plano, levemente distendido e discretamente doloroso à palpação. O sinal de descompressão brusca do abdome era negativo, com ruídos hidroaéreos diminuídos.

Através da data da última menstruação, apresentava-se em amenorreia de 8 semanas e 5 dias. Ao exame especular, constatou-se moderado sangramento proveniente do colo útero, toque vaginal combinado com colo impérvio, doloroso à mobilização do útero, útero globoso com abaulamento de fundo de saco anterior. O hemograma apresentou taxa de hemoglobina de 10,1 mg/dL e hematócrito de 30%.

Foi realizada USTV, que evidenciou gestação ectópica de 8 semanas e 3 dias, com saco gestacional em porção intersticial de anexo esquerdo e ausência de batimentos cardíacos fetais; ausência de líquido livre em fundo de saco posterior. Diante da constatação do quadro de prenhez ectópica cornual de primeiro trimestre, demonstrado na

USTV, e também do quadro clínico e laboratorial apresentado pela paciente, foi proposta e realizada resolução da gestação ectópica (Figura 1) através de salpingectomia direita esquerda por 1 aparatomia, incisão do tipo Pfannestiel, com ressecção cornual. Não

houve intercorrências no intra ou pós-operatório, tendo a paciente recebida alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório. Segue em acompanhamento ambulatorial sem alterações.



Figura 1 - Gravidez ectópica de localização cornual.

Discussão

A gravidez intersticial 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 cursa com maior índice de complicações hemorrágica, aumentando assim o risco de morte materna.⁴

A incidência de gravidez ectópica vem crescendo nas últimas décadas, devido ao aumento de fatores de risco que a predisõem como doença inflamatória pélvica, malformações uterinas, idade avançada,

tabagismo, história de infertilidade e uso das técnicas de reprodução assistida, endometriose, cirurgias tubárias e prenhez ectópica prévia.⁵ A paciente do estudo engravidou espontaneamente, era primigesta, não possuía idade avançada, não apresentava fatores predisponente à gestação ectópica e não estava fazendo uso de qualquer método contraceptivo.

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.¹ Desses sintomas, a paciente relatada apresentava dor abdominal e sangramento transvaginal, a presença destes sinais pode ser explicada pelo fato de gravidez tubária rota, porém sem sangramento intenso já que a mesma encontrava-se normotensa e hemodinamicamente estável.

A ultrassonografia tem um papel fundamental no diagnóstico de gravidez ectópica, pois é um exame menos invasivo e de fácil realização, de baixo custo e de fácil acesso. Estudos comprovam que a sensibilidade da USTV com Dopplerfluxometria colorida no diagnóstico das gestações ectópicas é de 87%, com especificidade de aproximadamente 99%.⁶ Os sinais ultrassonográficos de gravidez intersticial evidenciam localização de saco gestacional na porção intramural da trompa, estando o saco gestacional muito próximo ao útero. São três os critérios ultrassonográficos para a gravidez intersticial: 1. Cavidade uterina vazia; 2. Saco Coriônico a uma distância de pelo menos 1 cm da borda lateral da cavidade uterina e tecido miometrial delgado em torno do saco gestacional.¹ A ultrassonografia de urgência realizada na paciente evidenciou tais critérios.

A via cirúrgica para o tratamento da prenhez ectópica pode ser a convencional, laparotômica ou a via laparoscópica. O tratamento cirúrgico é preferido. Em situações de emergência, a ressecção cornual ou a

histerectomia podem ser necessárias. Em alguns casos, é possível uma ressecção mais conservadora com a retirada do corno por via laparoscópica.⁴ No presente caso, optou-se pela realização de salpingectomia com ressecção cornual, por via laparotômica, devido ao quadro de urgência da paciente visando evitar possíveis complicações. Além disso, não estava disponível no serviço equipamento para a realização de laparoscopia.

Conclusão

O caso exemplifica o papel importante do exame clínico e obstétrico bem como o uso de exames complementares, como ultrassonografia que permite não só confirmar a viabilidade da gravidez, mas sua localização. É importante, portanto, que o ultrassonografista, na vigência de quadro de dor abdominal com amenorréia, observe também os anexos cuidadosamente,⁷ não se atendo apenas à avaliação do útero, pois quando o diagnóstico da gravidez ectópica é precoce e preciso, as complicações podem ser evitadas, reduzindo a morbimortalidade de grávidas nessa condição.

Referências

1. 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.

2. Fernandes AMS, Moretti TBC, Olivotti BR. Aspectos epidemiológicos e clínicos das gestações ectópicas em serviço universitário no período de 2000 a 2004. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2007;53:(3):213-16.
3. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Cmaj* 2005;173:(8):905-12.
4. 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
5. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Medical treatment of ectopic pregnancy. *Fertil Steril*. 2006;86(5 Suppl):S96-S102.
6. Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy. *BJOG*.2007;114:253-63.
7. Seror V, Gelfucci F, Gerbaud L, Pouly JL, Fernandez H, Job-Spira N, et al. Care pathways for ectopic pregnancy: a population-based cost-effectiveness analysis. *Fertil Steril*. 2007;87(4):737-48.