

Mioma uterino e gravidez: relato de caso desfavorável

Myoma and Pregnancy: A Case Report Unfavorable

Jefferson Torres Nunes ¹, Henderson da Silva Retrão ², Lara Cavalcante Macedo ¹**Resumo**

Os leiomiomas uterinos caracterizam-se por patologia benigna e são evidenciados em 2 a 3% de todas as gestações normais. Destes, cerca de 10% podem apresentar complicações durante a gravidez. Apresenta-se um caso de uma mulher de 41 anos e em sua sétima gravidez que procurou atendimento médico relatando perda de líquido amniótico e sangramento transvaginal de moderada intensidade há 24 horas. Realizou pré-natal irregular com apenas duas consultas e informava possuir miomatose uterina. Sua idade gestacional segundo a data da última menstruação era de 38 semanas e 3 dias. Ao exame os batimentos cardíacos fetais não eram perceptíveis ao sonar doppler e o colo uterino estava fechado com eliminação de líquido meconial. O exame ultrassonográfico evidenciou um feto morto pélvico com idade gestacional estimada de 28 semanas e extenso mioma uterino não mensurado. A paciente foi submetida a cesariana. Durante a cirurgia foi impossível o acesso à cavidade uterina bem como visualização ou remoção do conceito, em decorrência disso foi realizada histerectomia total com conceito ainda intrauterino.

Palavras chave: gravidez; mioma uterino; feto morto**Abstract**

Uterine Leiomyomas are characterized by benign and are observed in 2 to 3% of all normal pregnancies. Of these, about 10% can cause complications during pregnancy. We present a case of a woman of 41 years and in her seventh pregnancy who sought medical care reporting loss of amniotic fluid and bleeding transvaginal moderate intensity for 24 hours. Patient held two consultations during pregnancy and reported having uterine fibroids. Gestational age according to the date of the last menstrual period was 38 weeks and 3 days. On examination fetal heartbeats were not perceptible to the doppler sonar and the cervix was closed with disposal of liquid meconium. Performed ultrasonography was show a pelvic dead fetus with an estimated gestational age of 28 weeks and extensive uterine myoma not measured. The patient underwent a cesarean section. During surgery, it was impossible to access the uterine cavity as well as viewing or removal of the fetus as a result it was total hysterectomy performed with intrauterine fetus yet.

Key words: pregnancy, uterine myoma; dead fetus

1. Médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Piauí

2. Médico Ginecologista e Obstetra; professor da universidade federal do Piauí

E-mail do primeiro autor: jefferson.go@hotmail.com.br

Recebido em 29/01/2014

Aceito, após revisão, em 02/04/2014

Introdução

O leiomioma uterino constitui uma condição benigna que pode acometer mulheres em idade fértil, principalmente a partir dos 30 anos (20-30%). Podem estar presentes em exame de rotina em cerca de 2 a 3% das gestações e em cerca de 10% dos casos podem apresentar complicações ao longo do ciclo gravídico puerperal¹, tais como abortamento espontâneo, parto pré-termo, rotura prematura de membranas, sangramento anteparto, descolamento prematuro da placenta, apresentação anômala e maiores taxas de parto cesáreo.² Na última década tem havido um relativo aumento da prevalência de mioma na população obstétrica uma vez que as mulheres têm engravidado mais tardiamente.³

A dor abdominal é a principal queixa apresentada pela gestante com leiomioma e pode, em alguns casos, cursar com quadros algícos significativos, inclusive com necessidade de internações. Na maioria das vezes, esse quadro algíco está relacionado com a degeneração vermelha, que ocorre em 5-8% dos miomas na gestação.⁴ Nestas circunstâncias, após a falha do tratamento medicamentoso, o tratamento cirúrgico com miomectomia deve ser considerado, ponderando-se os riscos associados a tal procedimento durante a gestação. O presente estudo descreve caso de uma gravidez

associada com um mioma gigante que resultou em morte fetal.

Relato do Caso

Paciente do gênero feminino de 41 anos e em sua sétima gravidez, apresentou-se no setor de urgência de uma maternidade de referência do Piauí relatando perda de líquido amniótico e sangramento transvaginal de moderada intensidade há 24 horas. Informava que durante consulta de pré-natal realizou ultrassonografia que evidenciava gravidez e presença de múltiplos miomas, porém não dispunha de exames que a mesma relatava. Informava ainda que realizara somente duas consultas médicas durante o pré-natal. Sua idade gestacional segundo a data da última menstruação era de 38 semanas e 3 dias. Ao exame os batimentos cardíacos fetais não eram perceptíveis ao sonar doppler e o colo uterino estava fechado com eliminação de líquido meconial. Realizado o exame ultrassonográfico foi evidenciado um feto morto pélvico com idade gestacional estimada de 28 semanas e extenso mioma uterino não mensurado. A paciente foi submetida a cesariana. Durante a cirurgia foi impossível o acesso à cavidade uterina bem como visualização ou remoção do conceito, em decorrência disso foi realizada histerectomia total com conceito ainda intrautero (figura1). A paciente permaneceu internada por mais 48

horas sem alterações e segue em acompanhamento ambulatorial sem alterações.

Discussão

Atualmente o diagnóstico de leiomiomas uterinos durante a gravidez tornou-se mais frequente e hoje sua incidência varia de 0,09 a 3,9%.² Um dos motivos seria a tendência atual da mulher moderna em postergar suas gestações para o extremo superior de sua vida reprodutiva, sobretudo após os 30 anos, ocasião em que os leiomiomas são mais comuns. Outra razão seria a difusão da ultrassonografia obstétrica durante o pré-natal, a qual tem permitido tanto a detecção precoce dos leiomiomas quanto o acompanhamento da sua evolução, possibilitando a antecipação das possíveis complicações como torções e infartos.⁵

Enquanto na maioria dos casos os leiomiomas não estão associados a sintomas ou complicações durante a gestação¹, em outros, esses nódulos têm sido associados a abortamento espontâneo, parto pré-termo, rotura prematura de membranas, sangramento anteparto, descolamento prematuro da placenta, apresentação anômala e maiores taxas de parto cesáreo.⁶ Porém a complicação mais comum dos leiomiomas na gestação é a chamada "síndrome dolorosa dos leiomiomas na gravidez", presente em 10% dos casos. Consiste classicamente de dor localizada,

náusea, vômito, febre baixa, leucocitose e aumento da atividade uterina, principalmente no segundo e início do terceiro trimestre de gravidez, cedendo em média 10 dias após seu início.³ A prevalência das complicações aumenta conforme o número e a localização dos miomas ou se um mioma é maior do que 3,6 centímetros de diâmetro. O tratamento conservador é a primeira linha de tratamento, durante a gravidez e é composto por repouso, hidratação e analgésicos.⁵ Acredita-se que a conduta medica adotada durante o pré-natal da paciente abordada tem sido expectante, porém a mesma compareceu apenas a duas consultas medicas durante todo seu pré-natal, o que provavelmente impossibilitou um seguimento obstétrico adequado.

Miomectomia durante a gravidez tem sido reservada para os casos de dor intensa, intratável, que não conseguiram ser abordada por um tratamento conservador após o primeiro trimestre. Devido aos riscos potenciais da realização de uma miomectomia no primeiro trimestre de uma gravidez, esse procedimento ainda é visto como um tratamento em pesquisa. Já a miomectomia durante o segundo trimestre tem se mostrado como uma alternativa segura e eficaz em miomas que não penetram na cavidade uterina.^{7,8} Porém a miomectomia aumenta significativamente o número de cesáreas eletivas, mas alguns autores afirmam que a miomectomia não impedem o trabalho de

parto ou a administração de ocitócito. Para outros, a frequência de abortamento após a miomectomia não difere significativamente das gestantes tratadas conservadoramente.⁹

O uso de altas doses diárias de progesterona micronizada tem sido empregado no tratamento conservador visto que favorece a regressão dos sintomas em casos com suspeita de alterações degenerativas, pelo efeito no aumento do fluxo sanguíneo dos leiomiomas, em uma ou duas semanas.⁸

A conduta obstétrica de pacientes com úteros miomatosos ainda é um desafio. A literatura ilustra que a miomectomia no segundo trimestre tem se mostrado segura e eficaz em casos selecionados, no entanto, não se sabe se isso se aplica aos casos no primeiro trimestre.¹⁰ Nesse relato de caso foi demonstrado uma gravidez associada a um útero com grande mioma sem uma condução obstétrica adequada durante o pré-natal, reforçando assim que mulheres portadoras de miomatose uterina devem ter um seguimento médico adequado com a resolução planejada da gravidez.

Referencias

1. Leite GKC, Korkes HA, Viana AT, Pitorri A, Kenj G, Sass N. Miomectomia em gestação de segundo trimestre: relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(4):198-201.
2. Okonkwo JE, Udigwe GO. Myomectomy in pregnancy. *J Obstet Gynecol.* 2007; 27(6):628-30.
3. Simon SM, Nogueira AA, Almeida ECS, Poli Neto OB, Silva JCR, Reis FC. Leiomiomas uterinos e gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(2):401-5.
4. Suwandinata FS, Gruessner SEM, Omwandho COA, Tinneberg HR: Pregnancy-preserving myomectomy: preliminary report on a new surgical technique. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008; 13(3):323-6.
5. Bhatla N, Dash BB, Kriplani A, Agarwal N. Myomectomy 7. during pregnancy: a feasible option. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009; 35(1):173-5.
6. Gojnic M, Pervulov M, Petkovic S, Papic M, Jeremic K, Mostic 18. T. Indication of myomectomy during pregnancy from Doppler ultrasonography. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2004; 31(3):197-8.
7. Lolis DE, Kalantaridou SN, Makrydimas G, Sotiriadis A, Navrozoglou I, Zikopoulos K, Paraskevaidis EA: Successful myomectomy during pregnancy. *Hum Reprod.* 2003; 18(8):1699-1702.
8. Bozzine N. Leiomioma uterino e gravidez. In: Pompei LM, 15. Sancovski M, Peixoto P. *Leiomioma uterino.* São Paulo: PlanMark; 2005. p. 177-84.
9. Bonito M, Gulemi L, Basili R, Roselli D: Myomectomy during the first and second

trimester of pregnancy. Clin Exp Obstet Gynecol 2007, 34(3):149-150.

10. Kelly BA, Bright P, Mackenzie IZ. Does the surgical approach used for myomectomy

influence the morbidity in subsequent pregnancy? J Obstet Gynaecol. 2008; 28(1):77-81.