

GRAVIDEZ HEREROTÓPICA – UMA DOENÇA EMERGENTE

HETEROTOPIC PREGNANCY – AN EMERGING DISEASE

MÁRCIO LUÍS DUARTE^{1,2}; FABRÍCIA TANAKA DELCARO³; ÉLCIO ROBERTO DUARTE²; JAEI BRASIL DE ALCÂNTARA FERREIRA²

RESUMO

A associação entre gestação tópica e ectópica – heterotópica – é rara e ocorre, aproximadamente, em 1 a cada 30.000 gestações, sendo uma condição potencialmente fatal, devido ao choque hipovolêmico em caso de ruptura. Segundo Condous et al., o diagnóstico de gravidez ectópica pode ser realizado pela ultrassonografia transvaginal em cerca de 90,9% dos casos antes da cirurgia, diminuindo, assim, o número de falsos-positivos nas laparoscopias.

Este relato de caso destaca a importância do exame ultrassonográfico, principalmente quando feito pelo método transvaginal, no primeiro trimestre de gestação, valorizando o estudo do ovário.

DESCRITORES: GRAVIDEZ ECTÓPICA; GRAVIDEZ HETEROTÓPICA; DIAGNÓSTICO; ULTRASSONOGRRAFIA.

ABSTRACT

The association with topical and ectopia gestation – heterotopic – is rare and occurs; approximately in 1 each 30,000 gestations, being a condition potentially fatal due to the hypovolaemic shock in case of rupture. According to Condous et al., the diagnosis of ectopic pregnancy may be achieved through transvaginal ultrasonography in about 90,9% of the cases before surgery, diminishing, so, the number of false-positive in the laparoscopy.

This case report detaches the importance of the ultrasonographic exam, mainly when done by the transvaginal method, in the first trimester of gestation, valorizing the study of the ovarium.

KEY WORDS: PREGNANCY, ECTOPIC; PREGNANCY, HETEROTOPIC, DIAGNOSIS; ULTRASONOGRAPHY.

INTRODUÇÃO

A gravidez ovariana íntegra constitui numa condição extremamente rara, sendo sua ocorrência estimada em 1:10.000 gestações uterinas e de 1:1000 gestações ectópicas, podendo resultar de alterações da função ovular ou processos aderenciais e inflamatórios, impossibilitando a movimentação tubárea¹. Também são referidos outros fatores de risco, como o uso de análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), pílulas anticoncepcionais e DIU com progestágenos². Segundo Spiegelberg, a gestação ovariana é caracterizada quando há o saco gestacional no ovário, estando este parcialmente envolvido pelo parênquima ovariano¹.

A associação entre gestação tópica e ectópica – heterotópica – é rara e ocorre, aproximadamente, em 1 a cada 30.000 gestações, sendo uma condição potencialmente

fatal, devido ao choque hipovolêmico em caso de ruptura³. Assim como a gravidez ectópica prévia, cirurgias pélvicas, doença inflamatória pélvica entre outros, são fatores de risco para implantação extrauterina do conceito, pois alteram a mobilidade, a anatomia e o peristaltismo normal das tubas uterinas, com isto interferindo na captação ovular pelas fímbrias².

Sua incidência tem aumentado com os métodos de reprodução assistida⁴, alcançando valores de 1:100 até 1:500 das gestações utilizando estes métodos, sendo o local ectópico mais comum, as tubas uterinas em mais de 90% dos casos⁵.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 30 anos de idade, caucasiana, brasileira, natural de Santos (SP) e procedente de

1. WEBIMAGEM, São Paulo–SP.

2. Clínica Radiológica e Especialidades São Gabriel, Praia Grande–SP.

3. FEMME – Laboratório da mulher, São Paulo–SP.

Endereço para correspondência

Márcio Luís Duarte

Email: marcioluisduarte@gmail.com

São Vicente, com dor em hipogástrio há um dia e descompressão brusca positiva local, estando em amenorreia há 06 semanas e 06 dias. Apresenta, como histórico, três gestações anteriores, sendo dois partos cesáreos e um aborto por gravidez ectópica em trompa esquerda há 08 meses, sem o uso de métodos de reprodução assistida. Este último fora resolvido com uma salpingectomia esquerda, estrutura confirmada posteriormente por exame anatomopatológico.

Encaminhada ao serviço de radiodiagnóstico com BHCG positivo (85,00 mUL/ml) para realização de ultrassonografia transvaginal na qual detectou-se um saco gestacional na cavidade endometrial e outro em ovário esquerdo com cerca de 06 semanas e 05 dias de gestação, estando o útero em sua posição habitual de anteversoflexão com líquido hemorrágico no fundo de saco de Douglas. Os dois sacos gestacionais apresentavam embrião com batimento cardíaco presente (Figs. 1-3).

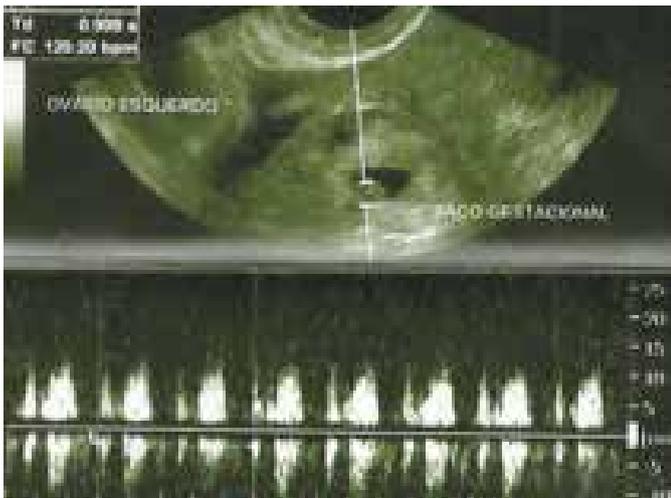


Figura 1: Embrião com batimento cardíaco no ovário esquerdo.



Figura 2: Embrião com batimento cardíaco na cavidade endometrial.



Figura 3: Saco gestacional no útero e no ovário esquerdo.

Realizada videolaparoscopia para retirada da gravidez ectópica no ovário esquerdo, sendo o diagnóstico de gravidez ectópica confirmado por exame anatomopatológico. No dia seguinte a cirurgia, procedeu-se nova ultrassonografia transvaginal na qual se visualizou apenas a gestação tópica, sem demais complicações (Figura 4).



Figura 4: Ultrassonografia pós-operatória demonstrando saco gestacional no útero.

O quadro clínico apresentado e a ultrassonografia com diagnóstico preciso realizada em tempo hábil possibilitaram intervenção terapêutica adequada e manutenção da gestação tópica concomitante, eliminando a queixa algica da paciente.

DISCUSSÃO

A gestação ectópica ocorre em cerca de 2% de todas as gestações nos Estados Unidos, tendo grande contribuição no aumento da morbimortalidade materna¹. O quadro clínico de gravidez ovariana íntegra não difere das outras formas de gravidez ectópica, porém, diagnóstico depende da interpretação dos dados da anamnese, exame físico, sorologia, mas com clara necessidade do exame ultrasso-

nográfico, com grande destaque para a ultrassonografia transvaginal¹.

As pacientes com amenorreia e dor abdominal devem ser investigadas com ultrassonografia transvaginal para gravidez ectópica, mesmo que exista, já confirmada, gravidez tópica, principalmente, quando tiver realizado método de reprodução assistida⁶.

Porém, o diagnóstico ultrassonográfico nem sempre é possível⁷. Segundo Condous et al., o diagnóstico de gravidez ectópica pode ser realizado pela ultrassonografia transvaginal em cerca de 90,9% dos casos antes da cirurgia, diminuindo, assim, o número de falsos-positivos nas laparoscopias⁸.

Atualmente, o diagnóstico precoce permite o uso da laparoscopia cirúrgica com excelente prognóstico: menor tempo de internação, recuperação pós-operatória precoce, a formação de aderência reduzida e melhor resultado reprodutivo, tendo, assim, bom prognóstico⁵. No entanto, estudos com a instilação de glicose hiperosmolar ou solução hipertônica de cloreto de sódio através do ultrassom transvaginal para o tratamento conservador estão apresentando sucesso, evitando a laparoscopia⁹.

Este relato de caso destaca a importância do exame ultrassonográfico, principalmente quando feito pelo método transvaginal, no primeiro trimestre de gestação, valorizando o estudo do ovário.

CONCLUSÃO

O ultrassonografista deve sempre estar atento à possibilidade da associação de gestação tópica e ectópica, aumentando a sensibilidade do método diagnóstico e reduzindo os riscos de possíveis complicações através de terapêutica adequada de forma precoce, mostrando, pela literatura médica, ser o exame de melhor custo-benefício para tal estudo devido a sua boa sensibilidade, baixo custo e fácil acesso, podendo, inclusive, realizar o tratamento em algumas oportunidades.

REFERÊNCIAS

1. Bigolin S, Fagundes DJ, Detoni AF, Rivoire HC. Gravidez ovariana íntegra: tratamento cirúrgico videolaparoscópico. *Rev Col Bras Cir* 2007;34(2):135-7.
2. Jha S, Haldar MK, Roberts LJ. Primary ovarian pregnancy with an intra-uterine contraceptive device in situ. *J Obstet Gynecol*. 2002;22(1):104-5.
3. Soriano D, Vicus D, Schonman R, Mashiach R, Shashar-Levkovitz D, Schiff E, Seidman DS, Goldenberg M. Long-term outcome after laparoscopic treatment of heterotopic pregnancy: 19 cases. *J Minim Invasive Gynecol*. 2010;17(3):321-4.
4. Mancera Reséndiz MA, Arredondo Merino RR, Gómezpedroso Rea FJ, Rivera Rodríguez P, Rosas Priego PI. Spontaneous heterotopic pregnancy. Case report. *Ginecol Obstet Mex*. 2011;79(6):377-81.
5. Lin EP, Bhatt S, Dogra VS. Diagnostic clues to ectopic pregnancy. *Radiographics*. 2008;28(6):1661-71.
6. Gutiérrez Cruz O, Romero Sánchez G, Velasco Pérez L. Heterotopic pregnancy. *Ginecol Obstet Mex*. 2006;74(7):389-93.
7. Anastakis E, Jetti A, Macara L, Daskalakis G. A case of heterotopic pregnancy in the absence of risk factors. A brief literature review. *Fetal*

Diagn Ther. 2007;22(4):285-8.

8. Condous G, Okaro E, Khalid A, Lu C, Van Huffel S, Timmerman D, Bourne T. The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. *Hum Reprod*. 2005;20(5):1404-9.
9. Suzuki M, Itakura A, Fukui R, Kikkawa F. Successful treatment of a heterotopic cervical pregnancy and twin gestation by sonographically guided instillation of hyperosmolar glucose. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(3):381-3.