

# GRAVIDEZ ECTÓPICA COM TRANSMIGRAÇÃO OVOCITÁRIA: UM RELATO DE CASO CLÍNICO

## ECTOPIC PREGNANCY WITH OVOCYTE TRANSMIGRATION: A CLINICAL CASE REPORT

NICOLAS FELIPE MACHADO<sup>1</sup>; THALLES EDUARDO RIBEIRO<sup>1</sup>; WEDER SILVA BORGES JUNIOR<sup>1</sup>; HENRI NAVES SIQUEIRA<sup>2</sup>; KAMILA DE OLIVEIRA GONÇALVES SOUZA<sup>1</sup>, WALDEMAR NAVES DO AMARAL<sup>1</sup>

### RESUMO

O propósito deste artigo é relatar um caso clínico envolvendo a ocorrência de gravidez ectópica (GE) e transmigração oocitária. Mulher de 33 anos, natural de Mozarlândia - Goiás, apresentou-se com polimenorréia e dismenorréia após teste positivo de gravidez. Sem histórico significativo de doenças, paciente relatou consumo social de álcool e uso anterior de contraceptivos orais por 5 anos. Após o teste positivo de gravidez adquirido em farmácia, apresentou sangramento e dor abdominal, levando-a a uma consulta de emergência onde o teste de  $\beta$ -hCG confirmou a gravidez e uma Ultrassonografia Transvaginal (USTV) mostrou achados normais. Com persistência dos sintomas, um segundo teste de  $\beta$ -hCG e uma USTV posterior revelaram um aumento insuficiente nos níveis hormonais e uma massa anexial com hemoperitônio. Uma videolaparoscopia foi realizada, identificando uma GE na tuba uterina esquerda e uma transmigração oocitária, tratadas com salpingostomia e cistectomia ovariana. A paciente se recuperou bem após a cirurgia, sem complicações. Este caso destaca a importância do diagnóstico precoce e da intervenção cirúrgica oportuna em casos de GE, visando evitar complicações graves e preservar a fertilidade da paciente. O diagnóstico e tratamento da GE são desafiadores devido à ambiguidade dos sintomas. Avanços tecnológicos melhoraram o diagnóstico, mas metade dos casos não é identificada inicialmente. O tratamento pode ser medicamentoso ou cirúrgico, dependendo da gravidade e dos desejos reprodutivos da paciente.

**PALAVRAS CHAVE: GRAVIDEZ ECTÓPICA; GRAVIDEZ TUBÁRIA; TESTES DE GRAVIDEZ; ULTRASSONOGRRAFIA; ZIGOTO.**

### ABSTRACT

The purpose of this article is to report a clinical case involving the occurrence of ectopic pregnancy (EP) and oocyte transmigration. A 33-year-old woman, native of Mozarlândia, Goiás, presented with polymenorrhea and dysmenorrhea after a positive pregnancy test. With no significant history of illnesses, the patient reported social alcohol consumption and previous use of oral contraceptives for 5 years. After the positive pregnancy test acquired at a pharmacy, she experienced vaginal bleeding and abdominal pain, leading her to an emergency consultation where the  $\beta$ -hCG test confirmed the pregnancy and a Transvaginal Ultrasound (TVUS) showed normal findings. With persistent symptoms, a second  $\beta$ -hCG test and subsequent TVUS revealed insufficient increase in hormonal levels and an adnexal mass with hemoperitoneum. A videolaparoscopy was performed, identifying an EP in the left fallopian tube and oocyte transmigration, treated with salpingostomy and ovarian cystectomy. The patient recovered well after surgery, without complications. This case highlights the importance of early diagnosis and timely surgical intervention in cases of EP, aiming to avoid severe complications and preserve the patient's fertility. The diagnosis and treatment of EP are challenging due to the ambiguity of symptoms. Technological advances have improved diagnosis, but half of the cases are not initially identified. Treatment can be medical or surgical, depending on the severity and reproductive desires of the patient.

**KEYWORDS: ECTOPIC PREGNANCY; PREGNANCY TESTS; TUBAL PREGNANCY; ULTRASONOGRAPHY; ZYGOTE.**

### INTRODUÇÃO

O termo gravidez ectópica (GE) remete a situação de fertilização e implantação dos óvulos em um local diferente da cavidade uterina, sendo essa condição uma das principais emergências em Ginecologia e Obstetrícia <sup>1</sup>. A ruptura das estruturas de ocorrência da GE é a causa mais comum de morte materna no primeiro trimestre de gestação e ocorre pois há incompatibilidade estrutural do teci-

do com o saco gravídico <sup>2</sup>. As taxas precisas relacionadas à estimativa de ocorrência da GE não são claras devido a subnotificação de casos que muitas vezes são tratados ambulatorialmente, contudo, estima-se que nos Estados Unidos da América entre 1 a 2% das gestações ocorrem dessa maneira <sup>3</sup>.

Dentre as possibilidades, a tuba uterina, mais conhecida como Trompa de Falópio, é o local com maior recorrên-

1. Universidade Federal de Goiás.  
2. Clínica Fértil.

**ENDEREÇO**  
WALDEMAR NAVES DO AMARAL  
Email: waldemar@sbus.org.br

cia da GE, sendo responsável por 90% dos casos <sup>4</sup>. Esse evento pode ser fatal uma vez que pode ser fator causal de hemorragia interna grave, causando a morte de até 6% das gestantes <sup>2</sup>. Os fatores de risco para essa condição são diversos e podem estar relacionados ao hábito de vida da mãe, como tabagismo e até mesmo fatores genéticos <sup>5</sup>.

Os mecanismos pelo qual o ovócito é capturado pelas fímbrias, estruturas presentes nas Trompas de Falópio, ainda não é claro na literatura mundial, contudo, há indícios que, devido a estrutura anatômica e posicionamento de útero, trompas e ovários a captura do ovócito ocorre pela tuba ipsilateral <sup>1</sup>. Apesar disso, sabe-se que há um evento, denominado transmissão oocitária, em que a gravidez ocorre de maneira contralateral ao ovário responsável pela ovulação e a elucidação do mecanismo fisiológico para tal explicação ainda permanece limitado <sup>6</sup>. Assim, o objetivo do presente artigo é descrever um relato de caso em que houve de dois eventos, sendo eles a gravidez ectópica e a transmigração oocitária.

### RELATO DE CASO

Paciente, L. M. C., 33 anos, caucasiana, procedente de Mozarlândia - Goiás (GO), procurou atendimento médico ginecológico em clínica privada na cidade de Goiânia - GO queixando-se de polimenorréia e dismenorréia após diagnóstico de gravidez por meio de teste vendido em farmácia. A respeito dos seus antecedentes, paciente nega histórico de gravidez prévia, não refere doenças crônicas, genéticas, alteração de pressão arterial e hábitos tabagistas. Refere o consumo de álcool socialmente. Refere uso contínuo de Ofolato D 10.000UI e Reconter 10mg (Oxalato de Escitalopram), além de anticoncepcional oral Stezza Merk 2,5mg/1,5mg (Acetato de Nomegestrol/Estradiol) nos últimos 5 anos, contudo, uso interrompido há 4 meses, com intuito de engravidar.

A partir da anamnese detalhada, a paciente relata que iniciou o ciclo menstrual dia 06 de Dezembro de 2023, o qual já era esperado, e que os sangramentos continuaram até o dia 09 de Dezembro de 2023, com um sangramento mais intenso que o habitual. Paciente relata que, até então, o ciclo era normal com fluxo médio de 3-4 dias. No dia 13 de Dezembro de 2023, houve mais um episódio de escape sanguíneo associado a dor leve, em cólica, na região abdominal inferior, dominante na região do hipogástrio. Devido a isso, foi realizado um teste de gravidez vendido em farmácia que atestou o resultado positivo.

Assim, no dia seguinte, 14 de Dezembro de 2023, a paciente procurou pronto atendimento em Goiânia - GO, em que foi realizado o Teste da Gonadotrofina Coriônica Humana Beta ( $\beta$ -hCG), que foi reagente e, dessa forma, demonstrou-se positivo com valor de 141,7 mUI/ml. Além do mais, foi solicitado uma Ultrassonografia Transvaginal (USTV), para averiguação da origem do sangramento uterino e, por meio do exame, não foram detectadas al-

terações aparentes. O exame demonstrou útero em anteversão, centrado, de forma e tamanho normais, com contornos delimitados e precisos, miométrio de textura acústica homogênea e paredes simétricas, canal endocervical fechado, zona juncional regular. Ecoendometrial presente, bem delimitado, regular, trilaminar, com espessura de 6,9 mm. Os ovários estavam normais em tamanho e padrão de eco, ovário esquerdo medindo 2,56 x 1,75 x 1,89 cm e volume de 4,40 cm<sup>3</sup>, ovário direito medindo 2,67 x 1,98 x 2,0 cm e volume de 5,58 cm<sup>3</sup>. (Figura 1). Visto isso, a paciente retornou às atividades laborais sem restrição na rotina, mantendo exercícios com esforço, por exemplo, no entanto, com ainda a presença de dor constante, incômoda mas não limitante, e que não exigiu de medicação analgésica.

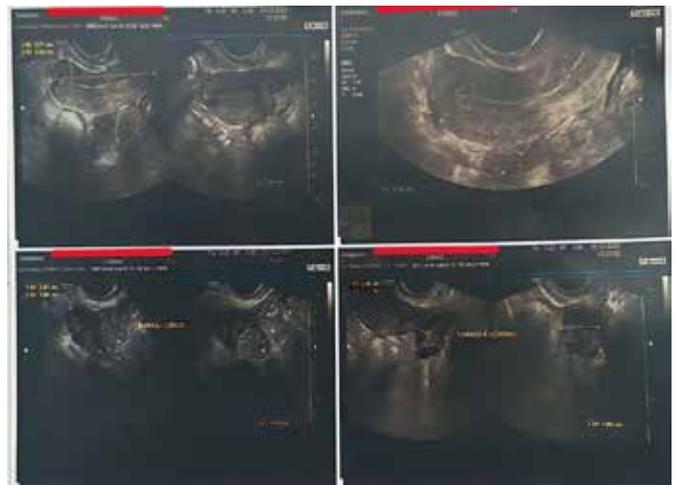


Figura 1 - USTV realizado em 14 de Dezembro de 2023 demonstrando normalidade uterina e estruturas anexas.

No dia 18 de Dezembro de 2023 foi realizado outro  $\beta$ -hCG com resultado quantitativo menor que o esperado, no valor de 291,7 mUI/ml. Além disso, o quadro de polimenorréia se mantinha constante. Dessa forma, associando esses dados, a paciente foi orientada a procurar atendimento em Goiânia - GO, em clínica privada, a fim de realizar USTV para análise ginecológica detalhada e, além disso, foi recomendada a administração de um comprimido de Utrogestan 200 mg. Foi realizada a USTV, no dia 24 de Dezembro de 2023, evidenciando massa anexial de 4,0 cm no lado direito e hemoperitônio (Figura 2). Dadas as imagens, foi realizado videolaparoscopia com intuito de averiguar os achados do exame.



Figura 2 - USTV realizado em 24 de Dezembro de 2023 evidenciando massa anexial à direita e hemoperitônio.

Desse modo, a paciente foi imediatamente admitida na internação para dar início ao tratamento. A paciente foi prontamente encaminhada para o centro cirúrgico, onde foi submetida a uma videolaparoscopia. Durante o procedimento, foi identificado um corpo gravídico na tuba uterina esquerda, contendo material embrionário em seu interior. Foi realizada a salpingostomia e uma cistectomia no ovário direito, seguidas de limpeza e aspiração do conteúdo hemorrágico na cavidade abdominal em virtude da GE rota (Figura 3). Ambas as trompas e ovários foram preservados. Não houveram complicações cirúrgicas. A evolução foi satisfatória com liberação no dia posterior à cirurgia.

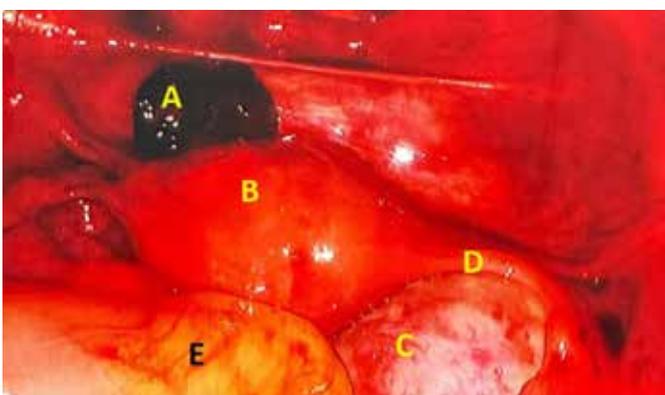


Figura 3 - Imagem obtida por videolaparoscopia em que é possível observar (A. Corpo gravídico após retirada da tuba esquerda; B. Útero; C. Ovário direito contendo massa cística anexial; D. Tuba uterina direita; E. Reto)

## DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta-se como um relato de caso que tem como objetivo relatar o processo de diagnóstico da paciente. A GE é um fator importante para a morbidade materna devido ao seu difícil diagnóstico<sup>5</sup>. Além disso, fatores como tabagismo, doenças inflamatórias pélvicas e aumento do uso de técnicas de reprodução assistida podem ser cruciais no aumento da incidência da GE. Apesar disso, esses dados ainda tratam-se de hipóteses, pois ainda não se tem uma relação exata sobre os fatores de risco da GE identificáveis. Associa-se de maneira mais clara a fatores que causam lesões nas trompas uterinas<sup>5</sup>.

Na literatura, diversos autores buscam identificar mais

fatores causais da GE, sendo encontrada associação positiva entre idade (>35 anos), infertilidade, falha contraceptiva, GE anterior e aborto espontâneo anterior<sup>1,5,6</sup>. Vale ressaltar que no presente caso clínico não há associação entre os os fatores fisiopatológicos supracitados, sendo que há descrito na literatura outro caso semelhante ao caso clínico em questão, como descrito por Sikorski; Zrubek (2003). Dessa forma, ressalta-se a importância do diagnóstico precoce e a necessidade de mais estudos para o entendimento dos aspectos fisiopatológicos da GE. O trabalho de Sikorski; Zrubek (2003) inclui uma observação importante a respeito da migração transperitoneal de espermatozoides, óvulos ou zigotos, encontrada por meio da visualização do corpo lúteo no ovário contralateral ao implante tubário<sup>8</sup>.

A apresentação clínica da GE é ambígua com sinais e sintomas comuns compatíveis com o início de uma gestação, como dor e sangramento vaginal, como relatado no caso clínico atual, podendo haver até mesmo a ausência de sinais e sintomas. O sangramento na GE é decorrente da descamação decidual da camada endometrial, podendo variar quanto a sua intensidade, sendo desde leve manchas até sangramentos volumosos, para a dor a variação é ainda maior a depender da paciente, podendo ser localizada em apenas um lado ou generalizada<sup>1,5</sup>.

O diagnóstico melhorou substancialmente devido aos avanços tecnológicos na USG e na dosagem hormonal, no entanto, ainda apresenta-se como um desafio para ginecologia, haja visto que aproximadamente 50% das mulheres não recebem o diagnóstico na primeira exibição, assim como descrito no caso clínico em avaliação<sup>5</sup>. Os valores quantitativos com significância no  $\beta$ -hCG já podem ser identificados a partir do oitavo dia de gestação e o monitoramento do seu nível é uma ferramenta importante para auxiliar no diagnóstico da GE<sup>1</sup>. A taxa é medida a cada 48h com intuito de distinguir uma gravidez normal da anormal e quando há variação para mais ou para menos do esperado para o estágio da gestação, suspeita-se de uma GE ou uma perda precoce da gravidez<sup>1</sup>. Outros métodos como a dosagem da progesterona sérica, biomarcadores e a USG transvaginal também podem ser utilizados<sup>1</sup>.

Quanto ao tratamento, deve-se optar principalmente por vias menos invasivas, quando possível, como na administração de metotrexato, medicamento que tem como alvo células com alto poder mitogênico. Por outro lado, em casos mais graves e até mesmo em GE avançadas, é necessário a intervenção cirúrgica, por meio da salpingostomia ou salpingectomia<sup>5,1</sup>. Em relação à técnica cirúrgica, numa visão geral, uma abordagem endoscópica é consensualmente preferível, visto que estudos randomizados confirmam a vantagem de uma abordagem minimamente invasiva. Entre as principais vantagens cita-se: diminuição do tempo operatório, menor risco de aderências pós-operatórias, menor tempo de internações e um retorno mais

curto e acelerado às atividades da vida diária, bem como a atividade laboral<sup>10</sup>.

Quanto à segurança do método de entrada, aberta ou fechada, os estudos demonstram que não há diferença significativa entre as duas<sup>10</sup>. A técnica da salpingectomia consiste na retirada da tuba uterina, caso não tenha sido planejada antes do início da cirurgia, orienta-se que seja analisada a viabilidade da tuba uterina contralateral<sup>10</sup>. Durante a retirada prioriza-se a retirada da GE in situ para evitar o risco de rompimento na cavidade abdominal, com o risco de uma GE subsequente<sup>10</sup>. A técnica de salpingostomia consiste na ressecção do corpo gravídico com a preservação da tuba uterina. A incisão deve ser mínima permitindo que o ectópico seja facilmente expelido ou removido (normalmente entre 1 e 2 cm), caso não ocorra de maneira espontânea, técnicas de hidrossecção podem ser utilizados para facilitar a retirada, no entanto o cirurgião deve estar atento para que não ocorra o rompimento do ectópico<sup>10</sup>.

A salpingectomia é indicada para pacientes com GE maiores de 5 cm de diâmetro, dano tubário significativo, hemorragias ou laqueadura tubária prévia. No entanto, para pacientes que desejam manter a fertilidade é recomendado a salpingostomia, para preservação da tuba uterina<sup>9,10</sup>. Independente da técnica utilizada, após o procedimento, é recomendada a lavagem abdominal com intuito de aspirar qualquer tecido trofoblástico derramado acidentalmente durante a cirurgia, visto o risco de uma nova GE<sup>10</sup>. No geral, a intervenção cirúrgica apresenta resultados mais satisfatórios quando comparado com o tratamento clínico. Por outro lado, tanto o manejo cirúrgico quanto o clínico não demonstraram diferença significativa em relação à taxa de fertilidade. Dessa forma, é orientado que o médico considere outros fatores para tomada de decisão, como hemorragias, estabilidade do paciente e fertilidade<sup>5,6,9,10</sup>.

## CONCLUSÃO

O diagnóstico e tratamento da gravidez ectópica (GE) representam desafios significativos na prática clínica, dada a ambiguidade dos sintomas e a necessidade de intervenção precoce para evitar complicações graves. Enquanto avanços tecnológicos melhoraram o diagnóstico, cerca de metade dos casos ainda não são identificados inicialmente. O tratamento, preferencialmente menos invasivo, pode incluir métodos medicamentosos como o metotrexato ou intervenção cirúrgica, como a salpingostomia ou salpingectomia, com a escolha dependendo da gravidade do caso e dos desejos reprodutivos da paciente. Embora não haja diferença significativa na fertilidade após tratamento cirúrgico ou clínico, outros fatores como estabilidade do paciente devem ser considerados na decisão terapêutica. Mais estudos são necessários para compreender completamente os fatores de risco e as melhores abordagens para o diagnóstico e tratamento da GE.

## REFERÊNCIAS

1. Hendriks E, Rosenberg R, Prine L. Ectopic pregnancy: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2020 May 15;101(10):599-606.
2. Creanga AA, Syverson C, Seed K, Callaghan WM. Pregnancy-related mortality in the United States, 2011-2013. *Obstet Gynecol*. 2017 Aug;130(2):366-73.
3. Creanga AA, Shapiro-Mendoza CK, Bish CL, Zane S, Berg CJ, Callaghan WM. Trends in ectopic pregnancy mortality in the United States: 1980-2007. *Obstet Gynecol*. 2011 Apr;117(4):837-43.
4. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod*. 2002 Dec;17(12):3224-30.
5. Sivalingam VN, Duncan WC, Kirk E, Shephard LA, Horne AW. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2011 Oct;37(4):231-40.
6. Benjamin I, Figueira JV, Miquilarena R, Rodriguez F, Lopez A, Lerner J. Ectopic pregnancy with a contralateral corpus luteum: case report. *JBRA Assist Reprod*. 2023 Jun 22;27(2):314-6.
7. Sikorski M, Zrubek H. Sperm, oocyte or zygote transmigration as a cause of adnexal stump heterotopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol*. 2003 Sep;23(5):577-8.
8. Insunza A, de Pablo F, Croxatto HD, Letelier LM, Morante M, Croxatto HB. On the rate of tubal pregnancy contralateral to the corpus luteum. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1988;67(5):433-6.
9. Mullany K, Minneci M, Monjazeb R, Coiado OC. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. *Womens Health (Lond)*. 2023;19:17455057231160349.
10. Ozcan MCH, Wilson JR, Frishman GN. A systematic review and meta-analysis of surgical treatment of ectopic pregnancy with salpingectomy versus salpingostomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2021 Mar;28(3):656-67.