

PRENHEZ ESTOPICA OVARIANA - RELATO DE CASO

CASE REPORT: HETEROTOPIC PREGNANC WITH OVARIAN IMPLANTATION

VALDIVINA FALONE¹, LUCCA MARTINS², PATRÍCIA LEITE², WINSTON SILVA², TÁRIK KASSEM SAIDAH³, WALDEMAR AMARAL⁴

RESUMO:

A gestação heterotópica é uma condição extremamente rara em que há uma gravidez ectópica e uma eutópica simultaneamente, sendo que o tratamento de reprodução assistida pode aumentar a incidência dessa condição. O caso apresentado trata-se de uma paciente primeiramente diagnosticada com gravidez ovariana que é um tipo raro de gestação ectópica, sendo considerada uma urgência ginecológica e um risco à vida materna. Após tratamento cirúrgico, a ultrassonografia obstétrica demonstrou a existência concomitante de uma gravidez eutópica, caracterizando um caso de implantação heterotópica. No caso apresentado, evidencia-se uma dificuldade no diagnóstico, sendo a gravidez eutópica suspeitada apenas após a resolução da gestação ovariana. Esse caso ressalta a importância de se realizar um acompanhamento clínico pós-resolução de gravidez ectópica e de se observar os sintomas da paciente. Destaca-se também a relevância de se excluir uma gravidez ectópica, principalmente quando a paciente possuir muitos fatores de risco, como reprodução assistida, além de salientar que não se deve desconsiderar a presença de uma gravidez ectópica na existência de uma eutópica, sendo o inverso verdadeiro.

PALAVRAS CHAVE: GRAVIDEZ ECTÓPICA; GRAVIDEZ OVARIANA; GESTAÇÃO HETEROTÓPICA; DIAGNÓSTICO; ULTRASSONOGRRAFIA.

ABSTRACT

Heterotopic pregnancy is an extremely rare condition characterized by an ectopic pregnancy combined with eutopic pregnancy. Assisted reproduction treatment is responsible for the incidence increase of this condition. Our case presents a patient first diagnosed with only ovarian pregnancy which is a rare type of ectopic pregnancy, being considered a gynecological emergency and a risk to maternal life. After surgical treatment the obstetric ultrasound showed a simultaneous eutopic pregnancy, characterizing a case of heterotopic implantation. In the case presented, there is difficulty in diagnosis, with eutopic pregnancy being suspected only after the resolution of the ovarian pregnancy. This case highlights the importance of conducting post-resolution clinical follow-up of ectopic pregnancies and also that valuing the patient symptoms is essential. It also highlights the relevance of excluding an ectopic pregnancy, especially when the patient has many risk factors, such as assisted reproduction. In addition, our case emphasizes that the presence of an ectopic pregnancy in the existence of an eutopic one should not be disregarded, being the inverse fact true.

KEYWORDS: ECTOPIC PREGNANCY; OVARIAN PREGNANCY; HETEROTOPIC PREGNANCY; DIAGNOSTIC; ULTRASOUND.

INTRODUÇÃO

Gestações Heterotópicas (GH) são definidas como a presença simultânea de gestação eutópica e ectópica. A primeira descrição de uma gestação deste tipo foi feita em 1708. Existem poucas estimativas de incidência na literatura, sendo a mais aceita a de 1 para cada 30000 gestações espontâneas¹. Entretanto, esta incidência é

relacionada a gestações naturais. Com o avanço e uso cada vez maior de técnicas de reprodução assistida, a incidência de gravidez heterotópica tem aumentando muito. Quando se utiliza tais métodos, chega a variar de 0,09% a 1,00%²⁻⁵.

Os fatores de risco para a gestação heterotópica são os mesmos para a gestação ectópica, incluindo disfun-

1 - Mestre e doutoranda em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás

2 - Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

3 - Doutor em Ciências da Saúde – UFG e Professor da UniEvangélica de Anápolis

4 - Professor Livre docente e professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

ENDEREÇO

Email: patriciamleite@hotmail.com

ções tubárias, doença inflamatória pélvica, manipulação cirúrgica do útero, gravidez ectópica prévia, infertilidade (que por si só pode indicar disfunção tubária) ⁶ e uso de técnicas de reprodução assistida, este último sendo um fator de risco cada vez maior neste cenário, sendo o principal alvo de discussão nas publicações recentes sobre gravidez heterotópica ².

A gravidez ovariana é forma mais comum de gravidez ectópica não tubária, ocorrendo em cerca de 0,5% a 3% das gestações ectópicas, sendo que suas causas não são totalmente esclarecidas ⁷. É considerada uma urgência ginecológica, sendo uma das principais complicações de gravidez no primeiro trimestre ⁸.

Pelos critérios de Spiegelberg, uma gestação ovariana é a que ocorre a presença de saco gestacional em posição ovariana e parcialmente envolvido pelo parênquima ovariano, sendo este conjunto ligado ao útero pelo ligamento ovariano ⁸.

O diagnóstico desta condição costuma ocorrer principalmente durante cirurgia, sendo ainda confundido com corpo lúteo roto, sendo necessário o exame anatomopatológico para fechar o diagnóstico ⁹.

No caso apresentado, veremos uma gestação heterotópica em que a paciente apresenta um embrião implantado no ovário (caracterizando uma gravidez ectópica ovariana) e o outro embrião em seu lugar típico.

RELATO DE CASO

Paciente, D.A.R, 37 anos, nuligesta, com queixa de infertilidade por dois anos, iniciou acompanhamento para engravidar após miomectomia por videohisteroscopia. Após dois meses do período de repouso, foi realizada dosagem de b-HCG plasmático com resultado positivo. No entanto, paciente apresentou-se com dor abdominal intensa na semana seguinte. A realização de ultrassonografia (US) transvaginal mostrou presença de líquido livre na cavidade abdominal e demonstrou-se a presença de massa anexial esquerda com diagnóstico de gravidez ectópica ovariana rota.

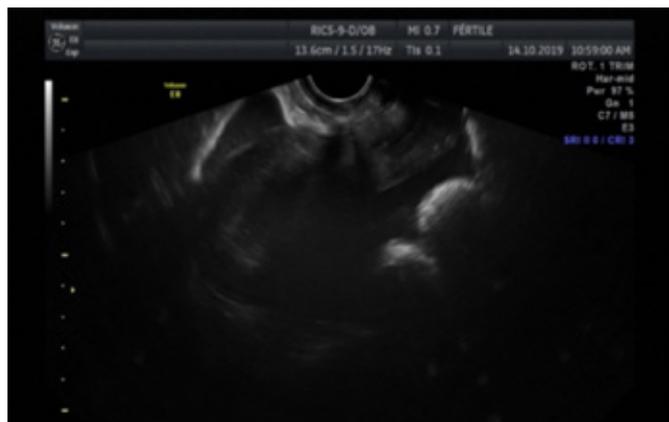


Figura 1: Ultrassonografia obstétrica demonstrando presença de líquido livre na cavidade abdominal
Fonte: Fértil diagnósticos

Paciente realizou tratamento cirúrgico videolaparoscópico. No entanto, na semana subsequente procurou atendimento pois relatava continuidade de sintomas gestacionais, sendo realizada uma nova US transvaginal. Esta evidenciou presença de saco gestacional normo-inserido, indicando possível gravidez heterotópica. O feto compatível com 6 semanas foi visualizado na semana seguinte em uma nova USG obstétrica. A evolução da gravidez tópica foi habitual, sem intercorrências.



Figura 2: Ultrassonografia obstétrica de 12 semanas
Fonte: Fértil Diagnósticos

O parto ocorreu a termo, com 39 semanas por via cesariana, dando origem a um feto masculino com 3,245kg e APGAR 9 e 10.



Figuras 3 e 4: Recém-nascido saudável
Fonte: Arquivos do autor

DISCUSSÃO

O desafio que tange a GH é sua dificuldade diagnóstica. No caso em questão, por exemplo, evidenciou-se a gestação ovariana (que por si só é rara, ocorrendo em 1-3% das gestações ectópicas e 0,15% das gestações como um todo) que apenas após a sua resolução e ma-

nutenção dos sintomas suspeitou-se de gestação ectópica. A ultrassonografia transvaginal é o método de escolha no diagnóstico de GH, que sendo feito por um profissional experiente, possui sensibilidade importante no diagnóstico⁵. Exames laboratoriais falham no diagnóstico devido à presença de duas gestações sobrepostas.

O caso evidencia a importância de se realizar acompanhamento clínico, com propedêutica armada, no seguimento de pacientes pós-resolução de gravidez ectópica, além de trazer luz à valorização dos sintomas da paciente.

O manejo de uma gravidez ectópica é controverso e repleto de pormenores. O objetivo consiste em preservar a vida da mãe e do feto intrauterino viável, o que contraindica tratamentos convencionais para gestações ectópicas, como o uso de metotrexato. A resolução de uma gravidez ovariana geralmente se dá por ooforectomia, entretanto métodos conservadores como cistectomia ou ressecção em cunha tem se provado bons no tratamento desta condição. A via laparoscópica é sempre preferencial devido à melhor recuperação e menores riscos. Porém, em pacientes instáveis ou que teriam acesso dificultado, a laparotomia é a melhor opção¹⁰. Diagnóstico precoce e tratamento precoce são pontos chave neste quesito pois o manejo laparoscópico cursa com menor manipulação do útero gravídico e melhor prognóstico para a gestação viável.

O caso chama a atenção devido ao fato de a gravidez ectópica somente ter sido diagnosticada após resolução da gravidez ectópica. A viabilidade e conclusão da gestação evidenciam a importância de um manejo adequado da gestação ectópica e o caso levanta a luz para a importância de se excluir uma gravidez ectópica sempre que possível, principalmente quando houverem fatores de risco para tal, entre estes o uso de técnicas de reprodução assistida tendo importância gigantesca. Alerta-se para o fato de nunca desconsiderar uma gravidez ectópica devido a presença de gravidez ectópica, sendo o inverso também verdadeiro.

REFERÊNCIAS

1. DeVoe RW, Pratt JH. Simultaneous intrauterine and extrauterine pregnancy. *Am. j. obstet. gynecol.* 1948; 56(6): 1119-1126.
2. Perkins KM, Boulet SL, Kissin DM, Jamieson DJ, National ART Surveillance (NASS) Group. Risk of ectopic pregnancy associated with assisted reproductive technology in the United States, 2001-2011. *Obstet Gynecol.* 2015; 125(1): 70.
3. Wang LL, Chen X, Ye DS, Liu YD, He YX, Guo W, Chen SL. Misdiagnosis and delayed diagnosis for ectopic and heterotopic pregnancies after in vitro fertilization and embryo transfer. *J. huazhong univ. sci. tech. med. sci.* 2014; 34(1): 103-107.
4. Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, Jamieson DJ, Reynolds MA, Wright VC. A comparison of heterotopic and intrauterine-only pregnancy outcomes after assisted reproductive technologies in the United States from 1999 to 2002. *Fertil. steril.* 2007; 87(2): 303-309.
5. Li XH, Ouyang Y, Lu GX. Value of transvaginal sonography in diagnosing heterotopic pregnancy after in-vitro fertilization with embryo transfer. *Ultrasound obstet. gynecol.* 2013; 41(5): 563-569.
6. Talbot K, Simpson R, Price N, Jackson S.R. Heterotopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2011; 31(1): 7-12.
7. Gaudoin MR, Coulter KL, Robins AM, Verghesc A, Hanretty KP. Is the in-

cidence of ovarian ectopic pregnancy increasing? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 70(2): 141-143.

8. Bigolin S, Fagundes DJ, Detoni, AF, Rivoire HC. Gravidez ovariana íntegra: tratamento cirúrgico videolaparoscópico. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2007; 34(2): 135-137.
9. Hallatt JG. Primary ovarian pregnancy: a report of twenty-five cases. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 143(1): 55-60.
10. Tinelli, A, Hudelist, G, Malvasi, A, Tinelli, R. Laparoscopic management of ovarian pregnancy. *JSL* 2008; 12(2): 169.