

GESTAÇÕES EXTRA E INTRA-UTERINA COMBINADAS UM CASO

HENRI CHAPLIN RIVOIRE*

MIGUEL ANGELO M. DE CASTRO**

MARCO ANTONIO H. RAPHAEL***

RESUMO

Os autores relatam um caso raro em que uma paciente com gestação intra-uterina a termo, apresentava também uma gestação ovariana que foi interrompida na 16ª semana de evolução, sem nenhuma manifestação clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação ovariana, Gestação ectópica, Gestação intra-uterina e ovariana combinada.

ABSTRACT

The authors report a rare case, that a patient which uterian pregnancy at termus, shows too a ovarian pregnancy, it has been interrupted in the 16th week of evolution without none clinical manifestations.

KEY WORDS: Ovarian pregnancy, Ectopic pregnancy, Intra-uterine pregnancy.

A gravidez ectópica é aquela em que o óvulo fecundado implanta-se fora da cavidade uterina, ou poeticamente falando, quando o ovo aninha-se em outro ninho que não a cavidade intra-uterina.

Dentre as gravidezes ectópicas encontramos a gravidez ovariana, entidade rara, que nas estatísticas mundiais correspondem entre 0,7% e 1,5% de

* Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Responsável pelo Serviço de Obstetrícia do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência do Rio Grande.

** Doutor em Cirurgia Abdominal pela UFMG. Responsável pelo Serviço de Cirurgia do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência do Rio Grande.

*** Acadêmico do 10º semestre do Curso de Medicina da Fundação Universidade do Rio Grande – RS.

todas as gestações extra-uterinas, ou seja, entre 1:25000 a 1:40000 gestações tópicas, sendo que segundo Grimes et al. em trabalhos mais recentes, as gestações ovarianas estariam na proporção de 1:7000 a 1:10000 gestações intra-uterinas.

Para que possamos firmar o diagnóstico de gestação ovariana, ainda hoje, observamos os critérios propostos por Spiegelberg em 1878, e que diz ser uma gestação ovariana quando:

- a) encontramos a trompa homóloga em sua integridade, inclusive suas fímbrias;
- b) temos o saco gestacional na topografia ovariana;
- c) o saco gestacional encontra-se, parcialmente, envolvido pelo parênquima ovariano; e
- d) todo este conjunto está ligado ao útero pelo ligamento útero-ovariano.

Em vista de sua baixa incidência, e mais baixa ainda por se encontrar combinada com uma gestação uterina a termo, resolvemos descrever este caso que foi atendido em nosso Serviço de Obstetrícia do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência do Rio Grande – RS.

RELATO DO CASO

IDENTIFICAÇÃO: paciente L.M.R., com 28 anos de idade, de cor branca, casada, do lar, natural de São José do Norte-RS, residente no interior do município do Rio Grande – RS.

HISTÓRIA CLÍNICA: paciente chega ao nosso serviço relatando estar no final da gravidez e com perda de líquido esverdeado por via vaginal, além de contrações uterinas a cada 20 minutos, de curta duração e de pouca intensidade.

HISTÓRIA PREGRESSA: 15/10/89 – paciente gestante referindo DUM-05/01/89, com DPP-12/10/89, atualmente com 40 semanas de gestação, tendo realizado rotina pré-natal em posto previdenciário da periferia.

Procurou ambulatório no 3º mês de gestação com queixa de amenorréia secundária, a paciente refere ter sido feito toque vaginal e levantada a hipótese de gestação. Foi encaminhada para exames laboratoriais, onde obteve os seguintes resultados:

- Planotest – Positivo
- Eritrograma – Hto – 38%, Hb – 12,1g%, Eritrócitos – 4100000/mm³
- VDRL – Negativo
- Glicemia – 82mg%
- EQU – Sem particularidades
- Tipagem sangüínea e Fator Rh – A Positivo

Conforme relata a paciente, quando levou os exames queixou-se de dor em FIE, contínua, tipo queimação, s/irradiação, que já tinha duração de mais ou menos 40 dias, que não foi valorizada pelo médico atendente, tendo sido orientada apenas para alimentação e hábitos higiênicos.

Retornou no 4^o mês queixando-se da mesma dor, como único sintoma anormal que vinha ocorrendo, mas havendo notado nítida diminuição de sua intensidade nos últimos dias, e novamente o quadro de dor não recebeu valorização.

A paciente fez visitas normais ao ambulatório durante todos os meses até o final da gestação, sendo que no 8^o mês repetiu Eritrograma com os seguintes resultados: Hto - 36%, Hb - 11,05g%, Eritrócitos - 3900000/mm³, tendo sido então prescrito Sulfato Ferrroso.

A paciente não realizou nenhum exame ecográfico durante todo o período gestacional, ficando o quadro de dor, catalogado pelo médico atendente, como normal(sic).

ANTECEDENTES PESSOAIS: somente doenças próprias da infância, negando rubéola.

ANTECEDENTES FAMILIARES: nega quaisquer antecedentes.

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: menarca aos 12 anos de idade, sempre com ciclos menstruais regulares com duração de 27-28 dias, com fluxo menstrual moderado de 3-4 dias. Fazia Contracepção Oral com preparados combinados, havendo interrompido 3 meses antes de engravidar. Nega patologias mamárias, nega leucorréias, nega ECCU, nega visitas ginecológicas de rotina.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: Gesta 02, Para 01. Tendo tido Parto Normal com Episiotomia, dando luz à criança de sexo masculino com peso ao nascer de 3.200g, atualmente com 4 anos de idade, tendo tido trabalho de parto sem anormalidades (sic).

EXAME FÍSICO: paciente em bom estado geral, pesando 62kg, mucosas úmidas e coradas, bem orientada no tempo e espaço. Tendo TA - 110x60mmHg, FC-88bpm, FR-24mrpm, TAx-36,8 °C, com Ausculta Pulmonar e Cardíaca dentro da normalidade.

EXAME OBSTÉTRICO:

– Manobras de Leopold: detectamos pólo cefálico fetal no epigástrio, situação longitudinal com dorso à direita e apresentação pélvica fixa, conseguimos notar também a presença de “massa” em região cornual uterina esquerda, com sensibilidade maior referida pela paciente.

– Medida do Fundo Uterino: apresentando desde a sínfise púbica, até o fundo um total de 35cm.

– Ausculta Fetal: ao nível da cicatriz umbelical, com batimentos cardíofetais de 148bpm, rítmicos, sem episódios bradicardizantes.

– Contratilidade Uterina: apresentando metrossístoles, 1 a cada 10 minutos, com duração de 60 segundos.

– Genitália Externa: detectamos a presença de cicatriz de episiotomia médio-lateral com aproximadamente 5cm, à esquerda.

– Toque Vaginal: colo apagado com dilatação cervical de 4cm, feto

em apresentação pélvica e eliminação de líquido amniótico juntamente com mecônio.

— Exame Especular: constatamos a saída de líquido amniótico claro, com grumos e visualizamos a saída de mecônio diretamente do ânus fetal.

Formalizamos então a indicação de Operação Cesareana, em virtude da apresentação pélvica, e também para esclarecermos aquela massa que palpamos no corno uterino, e que ao nosso ver estava relacionada com a dor referida pela paciente na 1ª fase do ciclo gestatório.

ATO TOCÚRGICO

Uma vez feita tricotomia abdomino-perineal e enema glicerinado de 1000ml, além da higiene corporal de rotina, a paciente foi encaminhada para cirurgia, que foi por nós realizada.

Submetida à Bloqueio Epidural Lombar Simples c/Bupivacaína 0,5%, fez-se a abordagem cirúrgica através de incisão de Pfannenstiel, uma vez alcançada a cavidade abdominal realizamos Histerotomia Segmentar Inferior por onde retiramos uma criança de sexo feminino, pesando 3100g, com Apgar 6 no 1º minuto e Apgar 10 no 5º minuto. A seguir, fez-se a dequitação a histerorrafia com pontos separados seguidos pela peritonização visceral.

Nos orientamos então para a revisão da cavidade abdominal, como procedemos rotineiramente. A nível do anexo esquerdo, mais precisamente em ovário esquerdo encontramos tumoração com aproximadamente 10x12cm em seus maiores diâmetros.

Revisamos a trompa esquerda que se encontrava totalmente íntegra, desde sua emergência do útero até o pavilhão fimbrial. Procedemos à ligadura do ligamento útero-ovariano e realizamos a Ooforectomia Esquerda, com campo operatório excelente.

Não encontramos dentro da cavidade uterina sinais de que tivesse havido sangramento intracavitário prévio, não haviam coágulos, aderência pelve-intestinais ou omento-ovarianas.

Fizemos a lavagem da cavidade abdominal com Soro Fisiológico e procedemos a síntese cirúrgica do abdome, de acordo com a nossa rotina.

De posse da peça cirúrgica encaminhamos para o Laboratório de Anatomia Patológica, onde antes de seccioná-la a submetemos à Microrradiografias (Figuras 1 e 2), onde constatamos a presença de feto dentro de saco gestacional com idade de 16 semanas (fêmur com 2,1cm) de gestação, daí, então, retiramos fragmentos da peça para preparação e posterior estudo microscópico.

Na microscopia constatou-se a presença de parênquima ovariano em zonas da envoltura do saco gestacional.

Comprovamos desta maneira o ocorrido de uma gestação ectópica ovariana, onde foram observados academicamente todos os estigmas propostos por Spiegelberg.

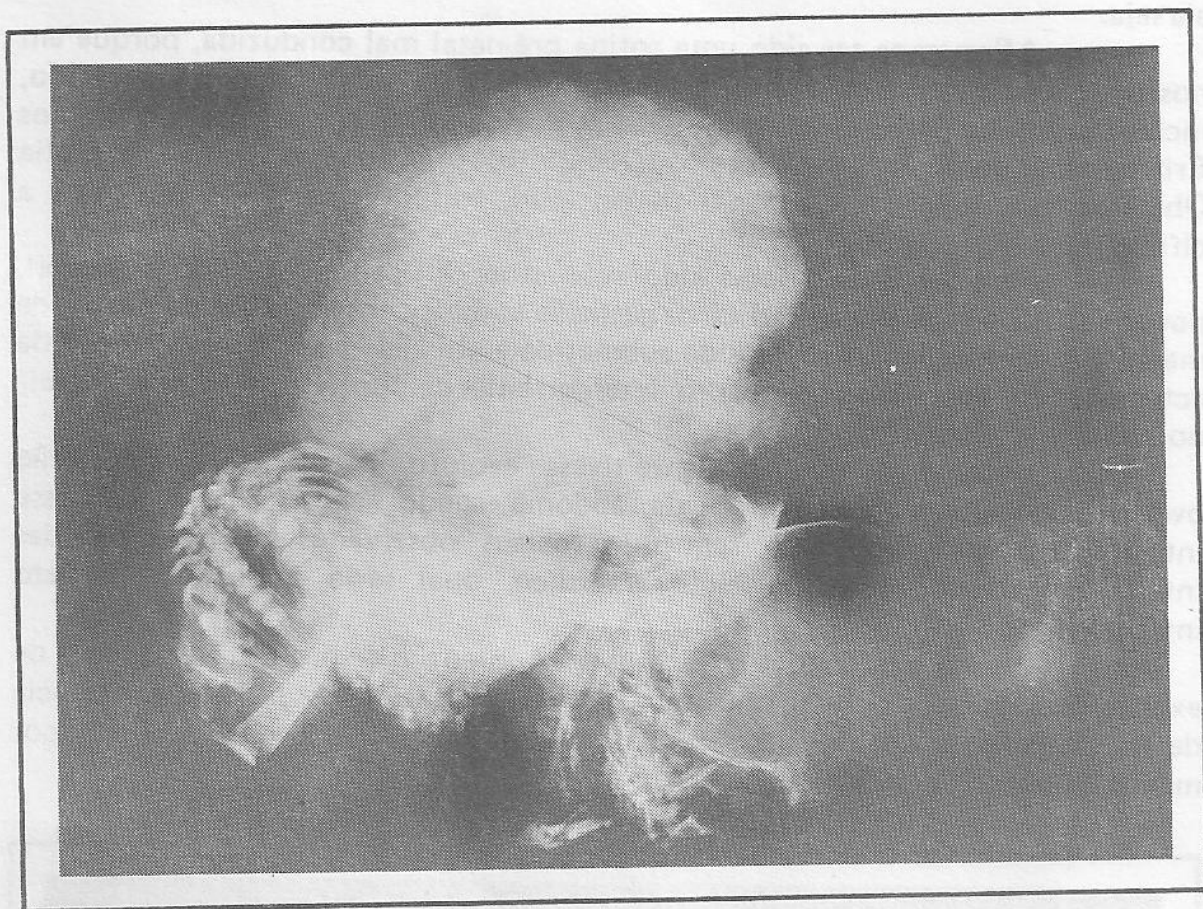


FIGURA 1 — Microrradiografia da peça cirúrgica, em incidência crânio-caudal, onde divulgam-se as partes fetais e o complexo ooforo-placentário.

EVOLUÇÃO

A paciente recebeu alta de nosso serviço no 5º dia de pós-operatório, apresentando evolução satisfatória, também o Recém-Nato recebeu alta do Berçário em boas condições.

COMENTÁRIOS

O caso que acabamos de relatar nos chamou a atenção pela sua raridade na literatura mundial (Grimes et al.), ainda mais, conjuntamente, com uma gestação intra-uterina que chegou ao termo sem complicações; revendo os arquivos dos hospitais de nossa cidade não encontramos registro de caso semelhante ocorrido anteriormente, tampouco, caso isolado de gestação ovariana. De tal sorte, a gestação ovariana interrompeu-se em sua 16ª semana de evolução, não evoluindo para um possível quadro de ruptura, grave, em decorrência de hemorragia intracavitária, dando a chance de evoluir normalmente à gestação intra-uterina até seu término, com o êxito de uma criança saudável.

Chamou-nos a atenção, também, a rotina pré-natal mal conduzida a que esta paciente se submeteu, onde houve falhas que não podemos permitir que ocorram; uma vez que a gestante é sempre uma eterna desconhecida, toda e qualquer queixa subjetiva, deve ser valorizada e investigada, por mais simples que

ela seja.

Afirmamos ter sido uma rotina pré-natal mal conduzida, porque em nosso serviço lançamos mão de exames laboratoriais em cada trimestre da gestação, incluindo Imunológico para Toxoplasmose e EPF em 3 amostras e não usamos Eritrograma, mas sim, Hemograma Completo; usamos também a Ecografia Obstétrica na 18^a e 32^a semanas de gestação, sofrendo variações conforme a clínica de cada gestante.

Se a paciente tivesse sido submetida à Ecografia em tempo hábil, poderia ter sido feito o diagnóstico da gestação ectópica, e a gestação conduzida de maneira diferente, inclusive ter sido submetida a ato cirúrgico para extirpação da ectopia antes que houvesse quadro intercorrente de ruptura, deixando evoluir normalmente a gestação uterina.

Imaginemos que a paciente tivesse evoluído para ruptura da gestação ovariana com quadro emergencial de abdome agudo hemorrágico e que fosse intempestivamente intervinda, sem que fossem observados os preceitos das intercorrências cirúrgicas do ciclo gravídico, qual seria o destino do feto intra-uterino?

Com o relato deste caso, tivemos a intenção de mostrar um quadro de excepcional raridade e, também, tivemos a intenção de alertar para a importância de ser estabelecida uma rotina pré-natal, onde toda queixa deve ser avaliada, por menos ou por mais insignificante que pareça ser.

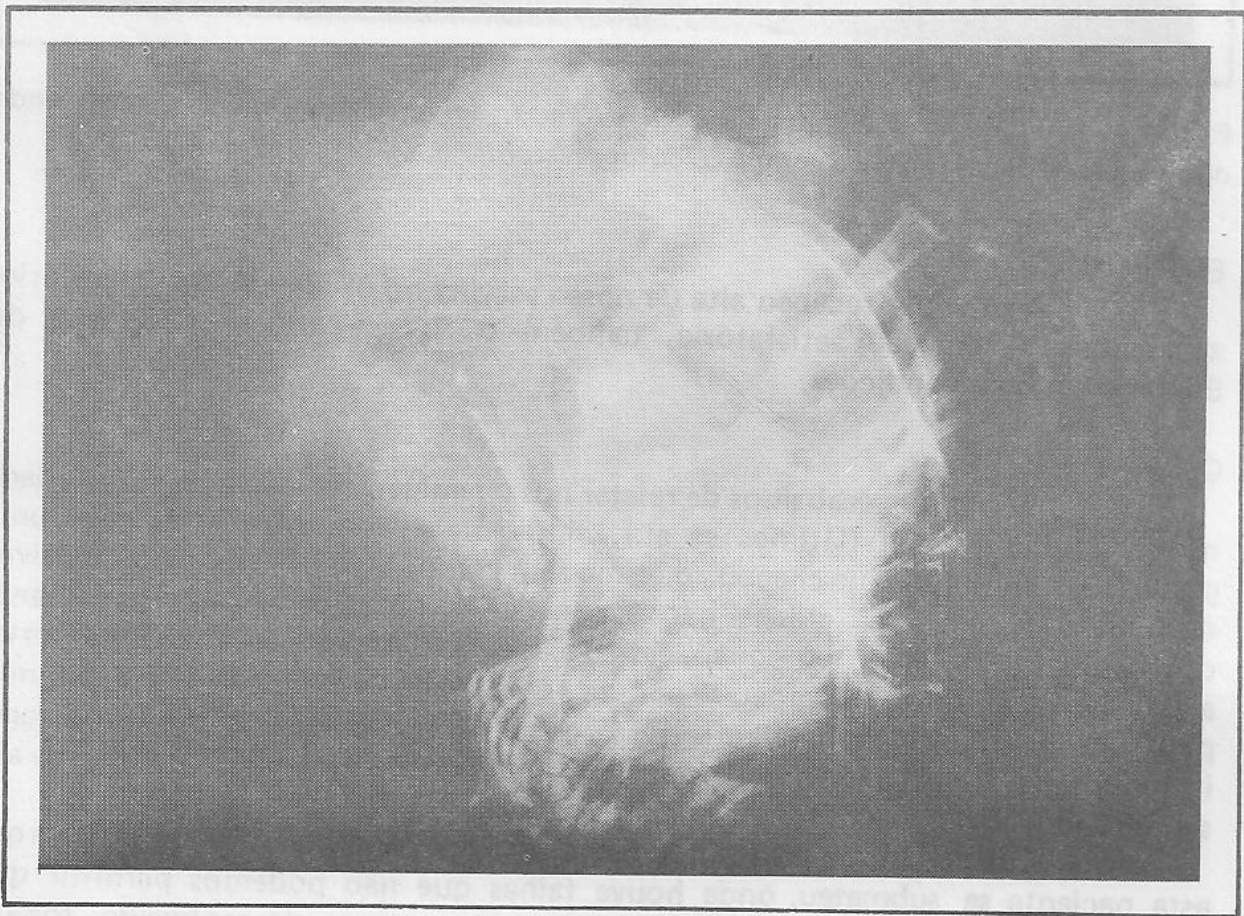


FIGURA 2 — Microrradiografia da peça cirúrgica em incidência antero-posterior.

BIBLIOGRAFIA

- CARVALHO, A. A. A.; BARBOSA, A. M.; PINHEIRO, L. S.; GIVAL JR., J.; ARAUJO, R. W. B. Gravidez Ovariana a Termo. *J B Gynec.*, 94:135-137-1984.
- COSTA, O. T. & ROCCO, R. Gravidez Ectópica e Heterotópica. In: COSTA, O. T. eds. *Ginecologia. S. I. Médico-Científica*, 1988: 381-384.
- DECHERNEY, A. H. Gravidez Ectópica. In: KASE, N. G. & WEINGOLD, A. D. eds. *Ginecologia. São Paulo, Guanabara Koogan*, 1987:355-358.
- GRIMES, H. G.; NOSOL, R. A. & GALLAGHER, J. C. Ovarian pregnancy; a series of 24 cases. *Obst. Gynec.*, 61:174, 1983.
- MATHIAS, L. Gravidez Ectópica. In: HALBE, H. W. *Tratado de Ginecologia. Rocca*, 1987.
- PRITCHARD, J. A.; MACDONALD, P. C.; WILLIAMS. *Obstetrics*. 15. ed. New York. *Appleton-Century-Crofts*, 1980. p. 536.
- REZENDE, J. & QUEIROZ, A. P. Prenhez Ectópica. In: REZENDE, J. eds. *Obstetrícia*. 5. ed. São Paulo, Guanabara Koogan, 1987. p. 496-497.
- RIBEIRO, G. Gravidez Ectópica. In: SALES, J. M. et al. eds. *Tratado de Assistência Pré-Natal. S. I.*, Rocca, 1989. p. 237-245.
- TEMPLE, E. H. Ectopic Pregnancy. In: NISWANDER, K. R. eds *Manual of Obstetrics*. 3. ed. Little, Brown and Company, 1980. p. 536.