

Is it really an adnexal ectopic pregnancy? An atypical presentation

É mesmo uma gravidez ectópica anexial? Uma apresentação atípica

Tatiana Semedo Leite*, Diana de Castro Almeida*, Olga Viseu**, João Dias***
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro – Serviços de Ginecologia e Obstetria

Abstract

Ectopic pregnancy, a potentially life-threatening condition, represents 1-2% of all pregnancies. Tubal pregnancy represents about 95% of the cases, but other locations can occur such as ovary, uterine cervix and abdominal cavity. Abdominal pregnancy is a rare event, seen in about 1.3% of ectopic pregnancies. We present a case of abdominal pregnancy located at the Douglas pouch and superficially infiltrated the rectovaginal septum in a woman under intra-uterine device contraception.

Keywords: Ectopic pregnancy; Abdominal pregnancy.

INTRODUÇÃO

As gravidezes ectópicas (GE), representando 1-2% das gestações¹, estão associadas a morbimortalidade significativa. Cerca de 95% localiza-se na trompa uterina e os restantes 5% podem ocorrer noutras localizações como: ovário, colo uterino e cavidade abdominal. A GE abdominal (GEA) é um evento raro (1,3% das GE)¹.

Têm sido enunciados fatores de risco² como GE prévia, tabagismo, infeções sexualmente transmissíveis como doença inflamatória pélvica e infeção por *Chlamydia trachomatis*; abortos espontâneos prévios; idade ≥ 40 anos; técnicas de procriação medicamente assistida; número de parceiros sexuais; uso de dispositivo intrauterino (DIU).

A taxa de GE tem aumentado e a taxa de mortalidade associada tem diminuído³. A clínica inespecífica impede frequentemente o diagnóstico precoce, o qual só é, muitas vezes, possível reunindo um elevado índice de suspeição e os meios de diagnóstico adequados, no-

meadamente o doseamento sérico de gonadotropina coriônica humana (hCG) e a ecografia transvaginal de alta resolução⁴. A clínica inespecífica associada à constatação de sangue na vagina, dor à mobilização do colo uterino e à palpação do fundo-de-saco de Douglas e a presença de massa durante o exame ginecológico, poderá fazer suspeitar de GE.

Um doseamento sérico isolado de β -hCG é útil na predição de visualização ecográfica de saco gestacional («zona discriminatória»)⁵. Avaliações seriadas de β -hCG serão necessárias quando a avaliação ecográfica é inconclusiva, contudo têm limitações - a taxa de subida mínima esperada em 48 horas numa gravidez viável varia de 35-66%⁶.

A determinação da progesterona sérica não parece adicionar informação útil. O valor preditivo de um valor sérico baixo para identificar gestações não-viáveis varia com a população de pacientes e a definição desse valor não está clara^{7,8}.

Para o diagnóstico de suspeição, é importante a complementaridade entre ecografia transvaginal com *color Doppler* e o valor de β -hCG (níveis discriminatórios =1500-2000mIU/ml)⁵. A sensibilidade e a especificidade da ecografia transvaginal para hCG>1500 UI/L é de 15,2% e de 93,4%, e para hCG>2000 UI/L é de 10,9% e 95,2%, respectivamente⁹. Em alguns casos poderá re-

*Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetria

** Assistente Hospitalar Graduada Sênior de Ginecologia e Obstetria

*** Assistente Hospitalar Graduado Sênior, Diretor do Serviço de Ginecologia da Unidade de Faro do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Professor auxiliar convidado do Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve

correr-se à laparoscopia diagnóstica e/ou terapêutica.

O diagnóstico e o tratamento das GE não-tubárias podem ser desafiantes devido à diversidade de locais de implantação e dificuldades a eles associadas.

Os locais de implantação das GEA incluem o epíplon, a parede pélvica, o ligamento largo, o fundo-de-saco de Douglas, os órgãos abdominais, vasos abdominais e pélvicos, o diafragma e a serosa uterina. Para o diagnóstico de GEA é necessário um elevado índice de suspeição.

Contrariamente às GE tubárias, as GEA podem evoluir até ao termo. Uma GEA precoce poderá ser difícil de distinguir de uma GE tubária se a área de implantação estiver próxima dos anexos. Uma GEA avançada, cujos achados ecográficos são a ausência de miométrio entre a bexiga e a gestação¹⁰ e uma baixa definição placentária e oligoamnios, pode ser confundida com uma gravidez intrauterina. A ressonância magnética nuclear¹¹ poderá ser útil para confirmar o diagnóstico e definir relações anatómicas. Nas GEA, o tratamento deverá ser decidido caso a caso. A cirurgia é a opção terapêutica mais frequente. Para diminuir a taxa de complicações, sobretudo hemorrágicas, poder-se-á associar a embolização arterial pré-operatória ou a necessidade de deixar a placenta *in situ* e medicar com metotrexato^{12,13}.

Os autores apresentam um caso de GE localizada no fundo-de-saco de Douglas, numa mulher sob contração com dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu).

CASO CLÍNICO

Mulher de 32 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal generalizada e omalgia com um dia de evolução e agravamento progressivo, referindo dor ano-retal com duração de 1 semana. A doente, cujo grupo sanguíneo era ARh positivo, desconhecia a data de última menstruação, era portadora de DIU-Cu desde há 1 ano e fumadora.

Foi observada pelos colegas da Cirurgia Geral que solicitaram colaboração dos da Ginecologia/Obstetrícia, após terem observado dor à palpação, sobretudo profunda e dos quadrantes inferiores do abdómen, associada a dor à descompressão, sem massas palpáveis, tendo considerado hipóteses de diagnóstico de origem ginecológica como rotura de quisto.

No exame objetivo apresentava-se consciente, apirética, com pele e mucosas ligeiramente descoradas, tensão arterial de 102/53mmHg e frequência cardíaca

de 112bpm. No exame ginecológico apresentava: perda hemática escassa, fios de DIU visíveis, dor à mobilização do colo uterino e no fundo de saco posterior da vagina, com massa palpável no fundo-de-saco de Douglas/região anexial esquerda, moderadamente dolorosa, com cerca de 3cm de diâmetro e consistência duro-elástica.

A avaliação analítica revelou anemia (Hb=9,7mg/dL) e os doseamentos de β -hCG e de progesterona foram 1950mUI/mL e 6ng/mL, respetivamente.

Ecograficamente, observou-se: DIU-Cu localizado no istmo; imagem compatível com saco gestacional extrauterino sem embrião visível, medindo 18x18mm, localizado no fundo-de-saco de Douglas/região anexial esquerda; áreas anecogénicas e áreas de ecogenicidade heterogénea irregular com cerca de 91x44x52mm sugestivas de hemoperitoneu (Figuras 1 a 3).

Perante este quadro, decidiu-se laparotomia exploradora. Após remoção de cerca de 1500mL de sangue e coágulos, verificou-se que os ovários, trompas e úte-

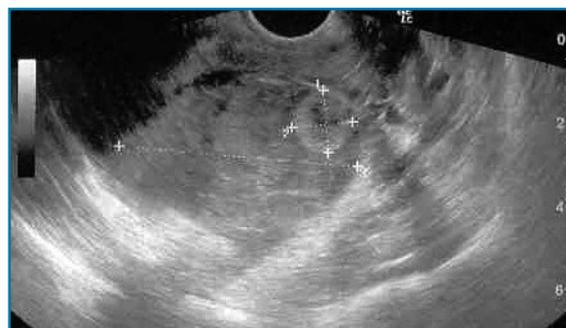


FIGURA 1. Saco gestacional (18x18mm) e reação trofoblástica periférica.

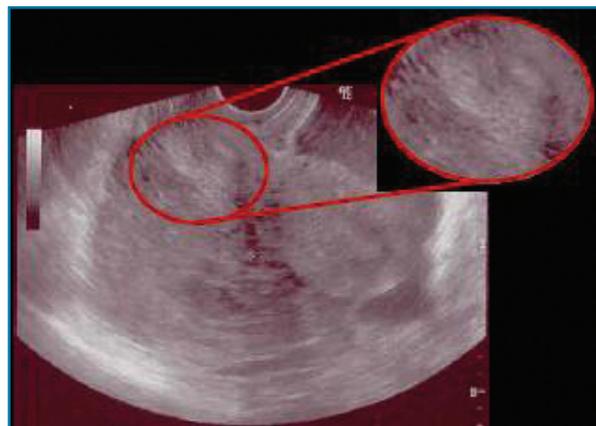


FIGURA 2. Aspecto ecográfico do fundo-de-saco de Douglas (reação trofoblástica)



FIGURA 3. Aspeto ecográfico do fundo-de-saco de Douglas (reação trofoblástica e área compatível com coágulos)

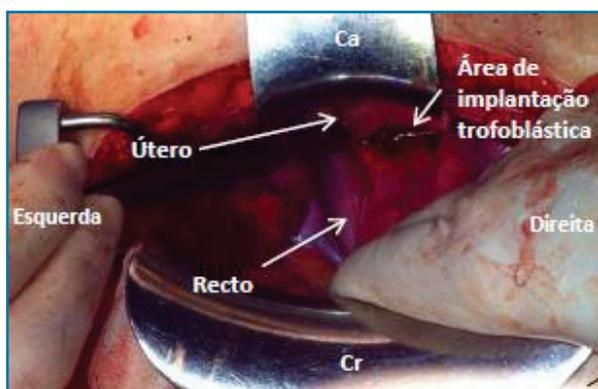


FIGURA 4. Aspeto intra-operatório da área de implantação trofoblástica.
Ca: caudal; Cr: cranial.

ro apresentavam superfície intacta, sem pontos hemorrágicos, dimensões normais e sem regiões distendidas ou de coloração alterada.

Constatou-se área hemorrágica compatível com implantação trofoblástica localizada superficialmente no septo reto-vaginal (Figura 4), cuja hemostase foi controlada após remoção do material.

A doente necessitou de 2 unidades de concentrado eritrocitário e teve uma evolução clínica favorável. Foi efetuado controlo analítico no segundo dia de pós-operatório, com β -hCG de 891 mIU/mL. A β -hCG negativizou ao 14º dia de pós-operatório, após controlos analíticos seriados.

O estudo anatomopatológico revelou coágulos e vilosidades coriônicas em contacto direto, numa curta extensão, com epitélio simples escamoso sobreposto a tecido conjuntivo. A doente iniciou contraceção hormonal combinada oral.

DISCUSSÃO

O caso relatado traduz um exemplo de apresentação clínica «atípica» que as GE não tubárias podem assumir e a importância de um elevado grau de suspeição.

A variedade de apresentações clínicas das GE não tubárias relaciona-se com a diversidade de localizações, que incluem GE cervical, intersticial, ovárica, intramural, em cicatriz de histerotomia ou abdominal, podendo ainda ocorrer gravidez heterotópica.

A clínica de apresentação desta GE foi «atípica». Se por um lado a omalgia pode estar associada a irritação do nervo frénico condicionada pelo hemoperitoneu, por outro a dor ano-retal poderá ter estado relacionada com a área de implantação trofoblástica.

A clínica de apresentação das GEA depende da idade gestacional e da sua localização. Até ao início do segundo trimestre de gravidez, os sintomas podem ser idênticos aos de uma GE tubária. Contudo, as GEA podem apresentar-se sob a forma de choque hemorrágico ou, em casos raros, sob a forma de obstrução intestinal ou de fístulas.

As GEA podem ser classificadas como primárias ou secundárias. As GEA primárias definem-se pelos critérios de Studdiford¹⁴, isto é: presença de trompas e ovários normais sem evidência recente ou passada de gravidez; ausência de fistula uteroplacentária; presença de gravidez relacionada exclusivamente com a superfície peritoneal e precoce o suficiente para eliminar a possibilidade de implantação secundária após nidação tubária primária. As GEA secundárias são mais comuns e resultam de abortamento ou rotura tubária ou de implantação abdominal após rotura uterina².

A GEA está associada a um risco de morte materna de 20%¹⁵, contudo é difícil estimar a real incidência de complicações porque a maioria dos estudos são séries de um reduzido número de casos.

Neste caso optou-se por terapêutica cirúrgica imediata. A laparotomia foi a via de abordagem, atendendo à sintomatologia, aos sinais de abdómen agudo, à anemia e à ausência de laparoscopistas na equipa de urgência. A escolha da abordagem cirúrgica (laparotomia versus laparoscopia) e do procedimento depende das circunstâncias clínicas, da estabilidade hemodinâmica, da localização da GE, dos recursos disponíveis e da capacidade técnica do cirurgião¹⁶. As GEA podem ser tratadas cirurgicamente por ambas as vias, dependendo da IG. Até ao início do segundo trimestre, sem envolvimento de estruturas vasculares poder-se-á considerar a via laparoscópica. Em IG avançada, a via mais

adequada será a laparotomia¹⁷. A embolização arterial pré-operatória poderá reduzir o risco hemorrágico¹⁸.

A GE persistente deverá ser excluída. Em geral, no primeiro dia de pós-operatório de uma GE a concentração de β -hCG diminui mais de 50% em relação à avaliação pré-operatória¹⁹. Quando esta diminuição é superior a 76%, poder-se-á excluir GE persistente¹⁹. A avaliação de β -hCG uma semana após a cirurgia poderá ser útil na exclusão de GE persistente, se for inferior a 5% do valor pré-operatório. Contrariamente, se for superior a 5-10%²⁰, dever-se-á reavaliar no prazo de uma semana. Neste caso, a primeira redução de β -hCG de cerca de 60% e a avaliação posterior excluíram persistência de doença.

A persistência de GE poderá ser tratada médica ou cirurgicamente. O metotrexato é um método eficaz¹⁷, que apesar de ter sido associado à necrose rápida dos tecidos, risco de infecção e sepsis, sobretudo em IG avançadas, pode ser considerado em casos seleccionados²¹. Apesar da dificuldade de diagnóstico (falha de diagnóstico pré-operatório de GEA de cerca de 40%²²), a localização abdominal da gravidez ectópica deve fazer parte do diagnóstico diferencial²².

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG, Calver LE. Ectopic Pregnancy. In: Williams Gynecology (2nd Edition). New York: McGraw-Hill; 2012: 334-365.
- 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; 17:3224-3230.
- Givens VM, Lipscomb GH. Diagnosis of ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2012; 55:387-394.
- Barnhart KT. Clinical practice. Ectopic pregnancy. *N Engl J Med* 2009; 361: 379-387.
- Seeber BE. What serial hCG can tell you, and cannot tell you, about an early pregnancy. *Fertil Steril* 2012; 98: 1074-1077.
- Cartwright J, Duncan WC, Critchley HO, Horne AW. Serum biomarkers of tubal ectopic pregnancy: current candidates and future possibilities. *Reproduction* 2009; 138:9-22.
- Verhaegen J, Gallos ID, van Mello NM, Abdel-Aziz M, Takwoingi Y, Harb H, Deeks JJ, Mol BW, Coomarasamy A. Accuracy of single progesterone test to predict early pregnancy outcome in women with pain or bleeding: meta-analysis of cohort studies. *BMJ* 2012; 345:e6077.
- Doubilet PM, Benson CB, Bourne T, Blaiva M. Society of Radiologists in Ultrasound Multispecialty Panel on Early First Trimester Diagnosis of Miscarriage and Exclusion of a Viable Intrauterine Pregnancy. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. *N Engl J Med* 2013; 369:1443-1451.
- Condous G, Kirk E, Lu C, van Huffel S, Gevaert O, de Moor B, de Smet F, Timmerman D, Bourne T. Diagnostic accuracy of varying discriminatory zones for the prediction of ectopic pregnancy in women with a pregnancy of unknown location. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 26:770-775.
- Varma R, Mascarenhas L, James D. Successful outcome of advanced abdominal pregnancy with exclusive omental insertion. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21(2):192-194.
- Lockhat F, Corr P, Ramphal S, Moodley J. The value of magnetic resonance imaging in the diagnosis and management of extra-uterine abdominal pregnancy. *Clin Radiol* 2006; 61:264-269.
- Gupta P, Sehgal A, Huria A, Mehra R. Secondary abdominal pregnancy and its associated diagnostic and operative dilemma: three case reports. *J Med Case Reports* 2009; 3: 7382.
- Poole A, Haas D, Magann EF. Early abdominal ectopic pregnancies: a systematic review of the literature. *Gynecol Obstet Invest* 2012; 74(4):249-260.
- Studdiford WE. Primary peritoneal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1942; 44:487-491.
- Ayinde OA, Aimakhu CO, Adeyanju OA, Omigbodun AO. Abdominal pregnancy at the University College Hospital, Ibadan: a ten-year review. *Afr J Reprod Health* 2005; 9(1):123-127.
- McCord ML, Muram D, Buster JE, Arheart KL, Stovall TG, Carson SA. Single serum progesterone as a screen for ectopic pregnancy: exchanging specificity and sensitivity to obtain optimal test performance. *Fertil Steril* 1996; 66(4): 513-516.
- Hajenius PJ, Mol F, Mol BW, Bossuyt PM, Ankum WM, van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 24(1):CD000324.
- Rahaman J, Berkowitz R, Mitty H, Gaddipati S, Brown B, Nezhat F. Minimally invasive management of an advanced abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004; 103 (5 Pt 2):1064-8.
- Spandorfer SD, Sawin SW, Benjamin I, Barnhart KT. Postoperative day 1 serum human chorionic gonadotropin level as a predictor of persistent ectopic pregnancy after conservative surgical management. *Fertil Steril* 1997; 68(3):430-434.
- Vermesh M, Silva PD, Sauer MV, Vargyas JM, Lobo RA. Persistent tubal ectopic gestation: patterns of circulating beta human chorionic gonadotropin and progesterone, and management options. *Fertil Steril* 1988;50:584-588.
- Cetinkaya MB, Kokcu A, Alper T. Follow up of the regression of the placenta left in situ in an advanced abdominal pregnancy using the Cavalieri method. *J Obstet Gynaecol Res* 2005; 31(1):22-26.
- Worley KC, Hnat MD, Cunningham FG. Advanced extrauterine pregnancy: diagnostic and therapeutic challenges. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198(3): 297.e1-7.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Tatiana Semedo Leite
E-Mail: tatianasemedo@hotmail.com

RECEBIDO EM: 16/12/2015

ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 29/05/2018