

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FACULDADE DE MEDICINA

20/0
/M

GRAVIDEZ ECTÓPICA CERVICAL

(APRESENTAÇÃO DE 1 CASO)

ERONI FORESTI

LUIZ RINALDO CORDIOLI

DOCTORANDOS DA 11a. FASE DO CURSO DE MEDICINA

A G R A D E C I M E N T O

Agradecemos à gentileza do Doutor Carlos Gilberto Crippa, Ginecologista e Obstetra da Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, que permitiu-nos apresentar este caso de Gravidez Ectópica Cervical, o qual encontra-se sob seus cuidados.

I N D I C E

I	-	INTRODUÇÃO	.....	01
II	-	A APRESENTAÇÃO DO CASO	.....	02
III	-	RESULTADO DO EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO	.....	03
IV	-	EVOLUÇÃO DO PÓS-OPERATÓRIO	.....	04
V	-	LABORATÓRIO	.....	05
VI	-	DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS	.....	06,07 e 08
VII	-	CONCLUSÃO	.....	09
VIII	-	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	.....	10 e 11

R E S U M O

Os autores apresentam 1 caso de gravidez ectópica cervical ocorrido em abril de 1983 na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis-SC. Com o objetivo de discutir o tratamento' deste caso em particular e comentar sobre diagnóstico, in cidência revendo a literatura existente.

I - INTRODUÇÃO

Embora excessivamente rara, existe a possibilidade de prenhez cervical, exatamente como na placenta prévia. O ovo pode se implantar na região ao erifício interno, de modo que, em casos raros pode se implantar na mucosa cervical. Como se pode prever este tipo de prenhez produz hemorragia abundante nos primeiros meses de gestação e necessita de intervenção cirúrgica (histerectomia) a qual pode ser de natureza difícil e grave¹.

A etiologia é desconhecida. Schneider e Dreizin postularam que a etiologia pode estar baseada numa velocidade aumentada ou diminuição da taxa de amadurecimento do ovo fertilizado. O cervix não foi equipado para nutrir o ovo nem para satisfazer a demanda de um feto em crescimento por esta razão ela é considerada uma verdadeira gravidez ectópica².

As alterações patológicas são baseadas na perda de uma decíava basal protetora. Há um avanço aleatório das vilosidades caiônicas, com o tecido cervical sendo destruído. O aborto precoce é a regra geral devido a distruição do suprimento nutritivo para o ovo. O curso seguido pela gravidez pode ser os seguintes:

- I - Expandir para o canal cervical
- II - Expandir base do ligamento largo
- III- Expandir a cavidade peritonia
- IV - Romper para dentro da vagina

A tendência de sangramento é grande devido a contratilidade deficiente do cêrvix.

Outras condições que podem ser diferenciadas a partir da gravidez cervical são: aborto simples incompleto, tentativa criminosa de aborto, prenhez tubária rôtta e a mais importante do ponto de vista terapeutico, o carcinoma cervical³.

Studdiford (1969) definiu a gravidez cervical como im^{pl}antação e desenvolvimento do ovo dentro da estrutura cervical sem envolver o corpo uterino.

Dees (1966) descobriu que a incidência de prenhez cervical é de cerca de 1: 18.000 gravidezes⁴.

Nosso objetivo visa discutir sobre o tratamento deste caso em particular bem como complementar comentando sobre o disgnóstico, evolução e incidência.

2. APRESENTAÇÃO DO CASO

A.J.R, uma jovem branca de 21 anos de idade, solteira, datilógrafa, natural e residente em Florianópolis, gesta II, para o, com 1 aborto, foi admitida dia 09 de abril de 1983, na Maternidade, com uma queixa principal de sangramento vaginal abundante com coágulos, que teve início 2 horas antes da internação, seu último período menstrual foi em 05 de março de 1983.

Apresentava-se lúcida, orientada, hidratada, afebril, ausência de gânglios palpáveis. Suas mamas eram dolorosas, vulva e vagina estavam livres de doença. Abdômem dolorido à palpação profunda. O exame pélvico revelou um sangramento abundante com coágulos. Colo aberto para uma polpa digital, mole e friável. Útero aumentado de volume à 8cm da sínfese púbica. Os anexos eram de tamanho normal, livres a movimentação e dolorosos. A pressão sanguínea era de 120/70 mm Hg. Pulso-120 bpm e temperatura 37°C.

Com a evolução do quadro clínico a paciente foi encaminhada às 02:00 horas do dia 09.04.83, para curetagem uterina com suspeita de abortamento incompleto, medicada com ocitócico (SU) já no controle intensivo apresentou PA de 100/60 mm Hg registrada às 03:00 horas, às 03:10 horas a pressão arterial caiu para 60/30 mm Hg.

Foi observado novamente sangramento vaginal abundante, e a paciente foi submetida a 2ª. curetagem uterina, tentando-se desta forma o tratamento por via vaginal. Recebendo reposição sanguínea (500ml de sangue total) após a curetagem. A pressão arterial subiu para 90/60 mm Hg e voltou a cair bruscamente para 50/0 mm Hg, e nesta situação já estava a paciente com sinais de choque.

Levada para cirurgia, foi submetida a histerectomia abdominal total com resolução definitiva do sangramento.

O diagnóstico para o procedimento cirúrgico foi de gravidez ectópica cervical, confirmado pelo anatomo-patológico da peça cirúrgica (Útero).

Problema: Discutir e comentar a conduta terapêutica, diagnóstico e incidência deste tipo de gravidez ectópica baseados na literatura existente.

RESULTADO DO EXAME ANATOMO PATOLÓGICO

Serviço MCA INAMPS

Material - Útero

DESCRIÇÃO MACROSCÓPICA: 12-04.83

Útero medindo 12cm, exibindo no canal cervical solução de continuidade onde se observa tecido pardacento e hemorrágico.

DESCRIÇÃO MICROSCÓPIA

Cortes histológicos do peça, revelam área ulcerada no canal cervical com abundante excedato fibrino purolento, restos necróticos, células teciduais e algumas vilosidades cori-áis.

CONCLUSÃO

Gravidez cervical

Fc- 70 C.P.O.

Fpolis- SC. 14.04.83

EVOLUÇÃO DO PÓS-OPERATÓRIO10.04.83

Paciente bem
 Normatensa
 Abdome flácido, indolor
 Diurese por sonda - retirada sonda
 Paciente com movimentos peristálticos intestinais
 Eliminando gases
 Afebril
 Sinais vitais dentro da normalidade

11.04.83

Paciente bem
 Afebril
 Mucosas coradas
 Refere dor no local da incisão
 Diurese normal
 Ausc. pulmonar - normal
 Ausc. cardíaca - normal
 Sinais vitais mantidos
 Não evacuou solicitado hemograma

12.04.83

Paciente bem
 Afebril
 Mucosas normocoradas
 Sinais vitais mantidos
 Diurese normal
 Não evacuou

13.04.83

Paciente bem
 Afebril
 Diurese normal
 Evacuou
 Sinais vitais mantidos

14.04.83

Paciente em excelentes condições recebeu alta hospitalar.

LABORATÓRIO

Dia 12-04-83 HEMOGRAMA

HEMATIMETRIA - 2,7/mm³
 HEMATÓCRITO - 24%
 HEMOGLOBINA - 7.30 G%
 LEUCOMETRIA - 4000 mm³

VGM - 88

Hb GM - 27

CHBGM - 31

NEUTRÓFILOS

MIEZÓCITOS - 0
 METAMELANÓCITOS - 0
 BASTONADOS - 4
 SEGMENTADOS - 50

EOSINÓFILOS - 12

BASÓFILOS - 0

LINFÓCITOS

Linfócitos típicos - 31
 Linfócitos típicos - 0
 Monócitos - 3

ASPECTO DAS HEMÁCIASHIPOCROMIA MODERADALEUCÓCITOS NORMAIS

VI - DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS

Price e Webster⁵, afirmaram recentemente. "A incidência de preghez ectópica cervical é desconhecida. Houve até a presente data pouco mais de 80 casos".

Resnick⁶ nota apenas 65 casos de preghez cervical verdadeira em sua exaustiva revisão de casos relatados, ao mesmo tempo mostra a dificuldade em realizar o diagnóstico e menciona uma mortalidade de 20% em 1958.

Dess (1966)⁴ descobriu que a incidência de preghez cervical é de cerca de 1: 18.000 gravidezes.

Estas observações citadas pelos autores acima vieram ' suspreender aos Japoneses Shinryo Shinagawa, Md e Masataka Nagayama, Md.⁷.

Os autores apresentaram 19 casos no decorrer de 10 anos, e no mínimo 119 casos foram relatados no Japão no período de 15 anos entre 1953 a 1967⁷.

Com estas observações os ginecologistas Japoneses acreditam que existem disparidades entre as pesquisas Americanas e Japonesas, isto porque a gravidez ectópica cervical no Japão constitui o 2º tipo mais freqüente.

Em um relato de 7.825 casos de gravidez foram observados 59 casos de preghez tubárias e 8 casos de preghez cervical, não sendo observados casos de preghez ectópica Ovariana e Peritoneal⁷.

Uma observação importante é que segundo a literatura ' pesquisada, a gravidez ectópica aumentou sensivelmente após a liberação do aborto no Japão⁷.

Com o aumento da incidência de placenta prévia e gravidez ectópica cervical após a liberação do aborto citada em uma publicação intitulada "aborto induzido: um fator de risco para placenta prévia" de autoria de Jeffrex M. Barret, Frank. H. Boehm, e Allen P. Killann existem fatores casuais comuns entre estas ' duas patologias quanto a etiologia⁸.

No relato de 19 casos no Japão todas as pacientes haviam feito curetagem uterina para o abortamento legal antes de exibirem a gravidez ectópica cervical⁷.

Quanto ao tratamento desta patologia na observação literária, fica a critério de cada caso em particular, na resolução ao sangramento dos 19 casos relatados pelos autores Japoneses Shinryó Shinagawa, Md e Masataka Nagayama, Md⁷ foram 17 pa-

cientes submetidas a histerectomia abdominal total e apenas 2 com histerectomia sub-total.

Na apresentação de um caso no Am J. Obstet Gynecol 99: 134, 1967. O tratamento foi por via vaginal, onde apenas com o tamponamento com gase contendo iodoforme mantido durante 8 (oito) dias e com multiplas suturas não houve mais sangramento³.

J.J. Price³. Doutro em Medicina Filadélfia, Pensilvania. sugere que nos casos de sangramento incontrolável cêrvix deve-se fazer biópsia de congelação, já que podemos estar tratando uma gravidez cervical ou um carcinoma cervical. Porque enquanto com uma histerectomia simples resolve a prenhez cervical, complica no caso de carcinoma cervical pois neste caso não poderíamos efetua-la na opinião do autor o tratamento varia para cada caso individual, é certo que administração de sangue e tratamento do choque são necessários. Uma biópsia imediata e um corte de congelação devem ser realizados, o útero e o cêrvix são curetados. Uma tentativa é feita para controlar o sangramento, pela ligadura dos ramos cervicais dos vasos uterinos e quando não controlado o sangramento a histerectomia será realizada³.

Augusta Webster³, Doutora em Medicina. Chicago Illinois. Relata que o único tratamento para prenhez ectópica cervical é a remoção ao concepto com o dedo ou por suave instrumental de curetagem e controle do sangramento.

Flanagan e Walsh (1954)¹², relatam que a excisão local é possível devido a secrose decidual e trombose dos vasos terminais da placenta após a morte do concepto. Um caso relatado em 1989, na literatura intitulado "Gravidez cervical tratada por excisão local" onde a massa cervical foi cuidadosamente dusecada e a paciente evoluiu bem no pós operatório¹³.

A respeito do diagnôsti encontramos na literatura pesquisada os critérios clínicos sugeridos por Duckman (1951)¹⁰ relatou o autor os seguintes critérios: (A) um canal cervical com parede fina e dilatado contendo evidências histclógicas de gestação (B) com ôstio patente (C) um pequeno e firme corpo lúteo com orifício interno de tamanho normal.

Em 1911, Rubin⁹ estabeleceu quatro critérios para o diagnôstico de gravidez cervical: (1) as glândulas cervicais devem estar em íntima oposição ao tecido placentária (2) deve haver íntima união entre o cêrvix e a placenta (3) o corte uterino

não deve conter partes fetais (4) a placenta uterina deve estar fixada abaixo da entrada dos vasos uterinos ou reflexão peritoneal.

A evolução normal de uma gravidez cervical progride para o aborto precoce, no entanto Pisarski (1960)¹¹ relatou 1 caso de gravidez cervical que resultou no nascimento de um feto vivo.

Paalman e Mcelin (1959)¹⁴, delinearam os seguintes critérios pelos quais o diagnóstico pode ser feito: sangramento ativo após amenorréia sem dor em cólica; cérvix amolecido e desproporcionalmente aumentado, igual ou maior que o corpo uterino, produtos da concepção aderidos firmemente, óstio interno fechado; e finalmente um óstio externo parcialmente aberto.

O tratamento da prenhez cervical frequentemente apresenta dificuldades e na maioria das vezes o diagnóstico não é feito devido ao quadro de hemorragia que facilmente leva a paciente ao choque. Assim sendo, a hemorragia intensa e não controlada leva a histerectomia abdominal total.

Barkley e Creighton (1967)¹⁵ sugeriram que quando a gestação é menor que 12 semanas e a fertilidade é desejada, medidas conservadoras devem ser tentadas. Senão, a histerectomia é imperativa.

Mortimer e Aiken (1968)¹⁶ descreveram a ligadura da artéria ilíaca externa seguida por incisão da saculação cervical, remoção dos conteúdos, reparo da cérvix e tamponamento.

Sheldon Et Al (1963)¹⁷ relataram um clampeamento dos ramos cervicais da artéria uterina, seguidos por excisão do cérvix.

Whittle (1976)¹⁸ relatou um caso tratado desta maneira com sucesso. Outra técnica usada por Wood Forde Et Al (1978) numa paciente com gravidez cervical recente na qual envolven a sutura circular com obturador intracervical no local.

Em 23. 279 gravidezes registradas na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis-SC., registramos a ocorrência de 1 caso de gravidez ectópica cervical, o que se ajusta com a pesquisa de Dees (1966) que concluiu a incidência de 1:18.000 gravidezes.

VII - CONCLUSÃO

A gravidez ectópica cervical é uma patologia rara conforme observamos na literatura, entretanto variam sensivelmente as pesquisas de um país para outro.

Também podemos concluir que a etiologia da prenhez ectópica cervical apesar de desconhecido está intimamente relacionado com abortos que à antecederem, o que também foi observado no caso aqui apresentado.

O tratamento deste caso em particular foi correto segundo a literatura pesquisada, já que na maioria de nossa revisão a histerectomia foi realizada. Enquanto outros procedimentos terapêuticos para se poupar o útero foram pouco relatados.

Quanto ao diagnóstico concluímos que em geral o abortamento incompleto é a primeira suspeita, mas devemos ficar atentos para o carcinoma cervical. E aqui segundo nossa pesquisa as biópsias de congelação na sala de cirurgia tem indicação precisa.

VIII - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Novak, er et Allit. Tratado de ginecologia
9a. ed rj 1977
2. Schneider, Paul, and Dreizin, David H: am J.
Surg 93:27, 1957. in am J. obstet. Gynecol
99: 134, 1967
3. Curret Opinion Clinical Problems:
am J. of Obstet Gynecol. 99: 134, 1967
4. Dees, hc (1966) cervical pregnancy associates
With uterine leiomyomas Southern medical
Journal. 59, 900 in aust. NZJ obstet Gynaic, 1980. 20: 162
5. Prince and Webster, a am, J. obst and Gynec 99. 134, 1967, in
am J. obst and Gynec 105. 282. 1969.
6. Resnick: cervical pregnancy, south african med J. 36, 73, 1962.
in novak, er etzlii (1) rj 1977.
7. Shinryo Shnagawa, md masataka nagayama md. am J. obstet and
gynec 105. 282, 1969.
8. Am J. obstet gynecol. 141: 769, 1981. in am J. of obstet gynecol
99: 134. 1967.
9. Rubin C: surg gynec and obstet. 13: 625, 1911. in am J. of
obstet gynecol. 99. 134. 1967.
10. Duckmans (1951) cerbical pregnancy. am J. of obstetrios and
gynecology, 62, 1381. in. postgraduate medical journal,
1980: 56, 789.
11. Pisarski, ts (1960) cervical pregnancy am J. of obstetrics and
gynecology 105, 282 in am J. obstet and gynec, 105, 282, 1969
1969.
12. Flanagan and Walsh gr (1954) cervical pregnancy, report of a
case. obstet and gynecol 4.511 in am J. obstet and gynecol.
105, 282, 1969.
13. S.A. Farghaly M.B., Ch. B, D.G.O. and J.G. mathie fres fr.
gog Posgraduate Medical Journal, (1980), 56, 789.
14. Paalman RJ. and Mcelin Tw (1959), Amer. J. obstet gynec,
77: 1261. In Aust. N.Z.J. obstet gynaec (1980)20:164.
15. Barkley, M.D. And. Creighton, R.K. (1967(, NC Med. J.
28: 480. In Aust N.Z.J. Obstet gynaec. (1980) 20: 164.

16. Mortimer, C.W. And Aiken, D.A. (1968), NC. Med. J. 75. 741, In Aust. N.Z.V. Obstet gynaec. (1980) 20: 166.
17. Sheldon, R.S. Et Al. (1963) Amer. J. Obstet Gynec, 87. 505, In Aust N.Z.J. obstet Gynaec (1980) 20: 166.
18. Whittle, M.J. (1976), Brit Med. J. 3: 795 In Aust. N.Z.J. Obstet Gynaec (1980) 20: 166
19. Wood Forde, S.J. (1978) Brit Med. J. 1: 825 In Aust N.Z.J. Obstet Gynaec (1980) 20: 166.

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BENSON RC, *Diagnóstico e Tratamento em obstetrícia & Ginecologia*. 2 ed. 170/178, 1980.
2. KRUPP MA, CHATTON MJ, *Medical Diagnosis & Treatment*. 448/449 Jan/1978.
3. ROCHA MP, ARRUDA SM, FALKEMBACH LC, GAIGER AM, RESENER E, MELLO AB & MELO CR. - Carcinoma Verrugoso da Vulva. *J. Bras. Gynec*, 92 (3). 133-136, 1982.
4. FERNANDES RT. - Vulva de Alto Risco. *J. Bras: Gynec*, 93 (6) : 315, 1983.
5. SIMÕES PM, ALMEIDA FILHO GLA, LOPES PVC & CAMELO AA - *Terapêutica do Câncer da Vulva Análise de 85 casos*. *J. Bras Gynec*, 92 (2): 117-120, 1982.
6. SILVEIRA GG, VIEIRA LFC - Câncer de Vulva em paciente jovem: Relato de um caso. *Rev. Bras. Gynec. Obstetr.*, vol IV nº 3. Julho - Agosto-Setembro/1982.
7. ABRÃO FS, MARZIONAF, Filho AA - O Câncer microinvasor da vulva. *Rev. Bras. Gynec. Obstetr.*, vol. IV nº 2 Abril/Maio/ Junho / 1982.

TCC
UFSC
TO
0254

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0254

Autor: Foresti, Eroni

Título: Gravidez ectópica cervical..



972810956 Ac. 254387

Ex.1 UFSC BSCCSM