



GESTAÇÃO ECTÓPICA ROTA EM PACIENTE COM DIU NORMOIMPLANTADO: UM RELATO DE CASO

*ROUTE ECTOPIC PREGNANCY IN A PATIENT WITH
NORMALLY IMPLANTED IUD: A CASE REPORT*

Nicole Bento de Oliveira¹

João Vítor Santana Mendes¹

Ana Luísa Schmid Ferreira¹

Jéssica Telli Palma²

Maria Eduarda Scherer Costi³

PALAVRAS-CHAVE: gravidez ectópica, contracepção, dispositivo intrauterino.

KEYWORDS: *ectopic pregnancy, contraception, intrauterine device.*

INTRODUÇÃO: Estima-se que o risco de gestação ectópica (GE) em todas as gestações é de aproximadamente 1 a 2%¹. Em sua maioria, o blastocisto, embrião pimitivo, aderido fora da cavidade endometrial irá se posicionar nas tubas uterinas, representando 96% dos casos, ao invés de posicionar-se dentro da cavidade uterina. No entanto, ele também pode se posicionar em outros locais inadequados, como ovários, cicatriz cesariana, peritônio ou porção do interstício da tuba uterina². Nos casos em que ocorre a ruptura do saco gestacional, é chamada de GE rota, sendo a maior responsável pela mortalidade materna no primeiro trimestre de gestação em todo o mundo³. Assim, pacientes

inseridas nessa condição, normalmente possuem sintomas alarmantes, envolvendo dor abdominal, sangramento vaginal de quantidade significativa, tontura ou síncope. Estudos recentes já identificaram os principais fatores de risco, entre eles, a GE prévia, cirurgia pélvica prévia, idade avançada, tabagismo materno, doença inflamatória pélvica prévia e uso de dispositivos intrauterinos (DIUs)⁴. Os DIUs são considerados como o método contraceptivo a longo prazo extremamente eficaz para prevenir gestações e bem com efeitos colaterais bem tolerados entre as pacientes, possuindo eficácia correspondente à esterilização feminina definitiva⁵. Existem dois principais modelos de dispositivos intrauterinos, os não hormonais (de Cobre ou Cobre e Prata) e os hormonais. Entre os DIUs hormonais, há os dispositivos Mirena® e Kyleena®, como sendo os principais, que liberam concentrações Levonorgestrel na

¹ Curso de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.

² Residência de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade do Extremo Sul Catarinense/Hospital Materno Infantil Santa Catarina, Criciúma, SC, Brasil.

³ Professora de Ginecologia e Obstetrícia do Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense e Médica Atendente do Hospital Materno Infantil Santa Catarina, Criciúma, SC, Brasil.

Autora correspondente: João Vítor Santana Mends, Rua João Cechinel 580, apt 303, Bairro Pio Correa, Criciúma, SC, 88811-500, joaovitorsantana@hotmail.com.

- Os autores informam que não existem órgãos e instituições financiadores deste estudo.

corrente sanguínea⁶. Ambos possuem Índice de Pearl de 0,2%, o qual significa que em 1 ano, somente 0,2 mulheres em cada 100 possui risco de gravidez⁷. A capacidade anticonceptiva dos dispositivos não hormonais é provocada pelo material composto, seja ele cobre isolado ou cobre associada a prata, o qual gera uma resposta inflamatória espermicida. Resulta-se então no aumento da produção de prostaglandinas, impedindo a implantação do embrião⁸. E a capacidade dos hormonais é que a progesterona levonorgestrel pode gerar anovulação ou gerar uma descamação contínua do endométrio impedindo que qualquer embrião fixe⁷. Paradoxalmente, embora reduzam muito o risco de uma gestação intrauterina, a mesma proteção não é equivalente à GE⁶.

RELATO DE CASO:

Mulher hígida de 23 anos, com história de parto cesárea anterior e inserção de dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (Kyleena®) no início de 2021, deu entrada ao pronto-socorro local devido dor abdominal importante, constante, do tipo pontada, em região do hipogastro, iniciada há 2 dias. Associado a dor, iniciou quadro de sangramento vaginal em pequena quantidade. Devido ao quadro, foi realizado exame de gravidez com resultado positivo, sendo encaminhada ao plantão obstétrico por suspeita de gravidez

ectópica. Na chegada ao hospital, encontrava-se com sinais vitais estáveis. Ao exame físico, paciente apresentava abdome flácido, porém doloroso à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Ao exame especular, havia presença de pequena quantidade de sangramento vaginal coletado em fundo de saco posterior, mas sem sangramento ativo e também não foi visualizado o fio do DIU. Ao toque vaginal, ausência de alterações quanto à mobilidade do útero e anexos. Na avaliação laboratorial, apresentou Beta hCG de 111,5 e hemograma dentro da normalidade. Nessas condições, foi realizado a ultrassonografia transvaginal, demonstrando o DIU hormonal normoposicionado, presença de líquido livre na cavidade uterina e ausência de saco gestacional na cavidade uterina, somente uma massa heterogênea em anexo esquerdo. Diante desses achados, paciente foi encaminhada à laparotomia exploratória de urgência por suspeita de gestação ectópica a esquerda. No transoperatório foi encontrada moderada quantidade de sangue livre na cavidade e trompa esquerda com presença de gestação ectópica rota. Foi realizada salpingectomia a esquerda sem intercorrências, com preservação do ovário esquerdo e também dos anexos direitos. Paciente manteve-se estável após cirurgia e recebeu alta dois dias depois, em boas condições.

DISCUSSÃO:

O diagnóstico precoce de GE é essencial para prevenir suas principais complicações: mortalidade materna e morbidade, como hemorragia intra-abdominal e infertilidade. Uma situação de risco importante dessas pacientes, é a GE rota, em que a paciente fica mais vulnerável a condições de instabilidade hemodinâmica e óbito. De maneira habitual, a GE rota apresenta sinais de choque, como hipotensão arterial e taquicardia. Esses casos necessitam de rápida intervenção cirúrgica para o tratamento definitivo⁹. No caso descrito, a paciente teve uma apresentação clínica sugestiva de GE e felizmente foi diagnosticada precocemente, sendo encaminhada ao centro cirúrgico sem intercorrências. O método de imagem preferido para diagnóstico de GE é a ultrassonografia transvaginal (USTV), por ser altamente sensível (87-99%) e específico (94-99,9%) para identificar alterações relacionadas à patologia. Apesar de conseguir abreviar o tempo de espera da paciente em receber tratamento, nem sempre esse aparelho está disponível em serviços de pronto-atendimento, podendo ser substituído pela ultrassonografia transabdominal^{2,10}. Nesse caso exposto, a USTV exibiu a presença de DIU de levonorgestrel normoposicionado. Estudos recentes têm mostrado que o risco para GE

foi aproximadamente 20 vezes maior em mulheres com uso de DIU quando comparadas às que não usam algum tipo de método contraceptivo¹¹. A taxa geral de gravidez (incluindo a ectópica) é inferior a 1% quando paciente tem DIU. No entanto, no caso raro de uma mulher engravidar enquanto usa esse dispositivo, a prevalência de GE chega a 53%¹². Apesar de não existir fisiopatologia esclarecedora, existem teorias de que o dispositivo pode causar inflamação nas tubas uterinas, alterando sua própria contratilidade e causando disfunção ciliar¹³. Outro ponto relevante a ser considerado é o deslocamento do DIU; ele pode ser expelido ou migrado para outros locais, comprometendo a prevenção da gestação¹⁴. A migração do DIU foi inicialmente considerada para essa paciente por conta da sintomatologia e o fio do DIU não visualizado ao especular, porém a ultrassonografia confirmou a posição adequada do dispositivo. Foi apresentado um relato de caso raro, pois demonstra a GE rota em uma paciente usuária de DIU hormonal normoposicionado, em que foi rapidamente diagnosticada devido ao uso da USTV. Embora os DIUs sejam eficientes para prevenção de gestação intrauterina, eles não conferem a mesma proteção para gravidez extrauterina. Cabe ao especialista médico sempre considerar possível gestação em mulheres de idade reprodutiva

com os sintomas descritos, mesmo quando em uso de dispositivos de longa duração.

CONCLUSÃO

Apesar de o caso e de seu manejo ser bem explanado na literatura, não é comum de correr e ao participar da cirurgia com um bom prognóstico/resultado para paciente foi de grande aprendizado quanto a técnica cirúrgica e quanto a importância de não realizar ooforectomia em pacientes jovens devido a morbidade que ela agrega.

REFERÊNCIAS

1. Panasowicz L, Kufelnicka-Babout M, Sieroszewski P. Right-sided ovarian ectopic pregnancy with Jaydess in situ. *Ginekol Pol* [Internet]. 2020 Maio 29 [citado 6 de outubro de 2022];91(5):294–294. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5603/gp.2020.0059>
2. Bouyer J. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* [Internet]. 2002 Dez 1 [citado 6 de outubro de 2022];17(12):3224–30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/17.12.3224>
3. Neth M, Thompson M, Gibson C, Gullett J, Pigott D. Ruptured Ectopic Pregnancy in the Presence of an Intrauterine Device. *Clin Pract Cases Emerg Med* [Internet]. 2019 Jan 22 [citado 6 de outubro de 2022];3(1):51–54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5811/cpcem.2019.1.41345>
4. Li C, Zhao W-H, Zhu Q, Cao S-J, Ping H, Xi X, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a multi-center case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2015 Ago 22 [citado 6 de outubro de 2022];15(1):187. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0613-1>
5. Eisenberg DL, Schreiber CA, Turok DK, Teal SB, Westhoff CL, Creinin MD. Three-year efficacy and safety of a new 52-mg levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contracept* [Internet]. 2015 Jul [citado 6 de outubro de 2022];92(1):10–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2015.04.006>
6. Long S, Colson L. Intrauterine Device Insertion and Removal. *Prim Care* [Internet]. 2021 Dez [citado 6 de outubro de 2022];48(4):531–44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2021.07.001>
7. Joshi R, Khadilkar S, Patel M. Global trends in use of long-acting reversible and permanent methods of contraception: Seeking a balance.

- Obstet Gynecol Int J [Internet]. 2015 Set 30 [citado 6 de outubro de 2022];131:S60–3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.024>
8. Bahamondes L, Fernandes A, Monteiro I, Bahamondes MV. Long-acting reversible contraceptive (LARCs) methods. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2020 Jul [citado 9 de outubro de 2022];66:28–40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.12.002>
 9. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. US Obstet Gynecol [Internet]. 2018 Mar [citado 6 de outubro de 2022];131(3):e91–103. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/aog.00000000000002560>
 10. Kirk E, Bottomley C, Bourne T. Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location. Hum Reprod Update [Internet]. 2014 Mar 1 [citado 6 de outubro de 2022];20(2):250–61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/humupd/dmt047>
 11. Graner S, Mc Taggart J, Nordström F, Melander E, Widenberg J, Kopp Kallner H. Levonorgestrel intrauterine contraceptive systems (13.5 mg and 52 mg) and risk of ectopic pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2019 Mar 14 [citado 6 de outubro de 2022];98(7):937–43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.13564>
 12. Hendriks E, Rosenberg R, Prine L. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. Am Fam Physician [Internet]. 2020 Maio 15 [citado 6 de outubro de 2022];101(10). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412215/>
 13. Makena D, Gichere I, Warfa K. Levonorgestrel intrauterine system embedded within tubal ectopic pregnancy: a case report. J Med Case Rep [Internet]. 2021 Mar 9 [citado 6 de outubro de 2022];15(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13256-021-02723-7>
 14. Practice Bulletin No. 186 Summary: Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. US Obstet Gynecol [Internet]. 2017 Nov [citado 6 de outubro de 2022]; 130(5):1173–5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/aog.00000000000002394>