

Laparotomia de urgência por gravidez gemelar tubária: um raro relato de caso

Urgent laparotomy for tubal twin pregnancy: a rare case report

DOI:10.34119/bjhrv6n3-086

Recebimento dos originais: 10/04/2023

Aceitação para publicação: 15/05/2023

Wellington Lombardi

Doutor em Ginecologia e Obstetrícia

Instituição: Universidade de Araraquara (UNIARA)

Endereço: R. Carlos Gomes, 1338, Centro, Araraquara – SP, CEP: 14801-320

E-mail: wellom@terra.com.br

Luciana Borges Lombardi

Mestra em Ginecologia e Obstetrícia

Instituição: Universidade de Araraquara (UNIARA)

Endereço: R. Carlos Gomes, 1338, Centro, Araraquara – SP, CEP: 14801-320

E-mail: lulom@terra.com.br

Fernando Pereira Vanni

Mestre em Radiologia

Instituição: Universidade de Araraquara (UNIARA)

Endereço: R. Carlos Gomes, 1338, Centro, Araraquara – SP, CEP: 14801-320

E-mail: fpvanni@uniara.edu.br

Ademir Roberto Sala

Doutor em Ginecologia e Obstetrícia

Instituição: Universidade de Araraquara (UNIARA)

Endereço: R. Carlos Gomes, 1338, Centro, Araraquara – SP, CEP: 14801-320

E-mail: ademir.sala@yahoo.com.br

Flávia Vicentin Silva

Residente de Ginecologia e Obstetrícia

Instituição: Universidade de Araraquara (UNIARA)

Endereço: R. Carlos Gomes, 1338, Centro, Araraquara – SP, CEP: 14801-320

E-mail: flavia_fvs@hotmail.com

Jéssica Aparecida Marcinkevicius

Residente de Ginecologia e Obstetrícia

Instituição: Universidade de Araraquara (UNIARA)

Endereço: R. Carlos Gomes, 1338, Centro, Araraquara – SP, CEP: 14801-320

E-mail: japmarcin@gmail.com

Laura de Oliveira Marchetti

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Araraquara (UNIARA)

Endereço: R. Carlos Gomes, 1338, Centro, Araraquara – SP, CEP: 14801-320

E-mail: lauramarchetti@hotmail.com

João Ramalho Borges

Residente de Cirurgia Geral

Instituição: Universidade de Araraquara (UNIARA)

Endereço: R. Carlos Gomes, 1338, Centro, Araraquara – SP, CEP: 14801-320

E-mail: joaoramalhoborges@gmail.com

RESUMO

A Gravidez Ectópica ocorre quando existe a implantação do blastocisto fora do endométrio. É considerada uma causa comum de morbidade e mortalidade, principalmente em mulheres no período reprodutivo. De todas as gestações ectópicas, a tubária é a mais frequente. A gravidez ectópica gemelar, por sua vez, é extremamente rara (1 a cada 20.000 casos) sendo ainda mais incomum quando apresenta os batimentos cardíacos fetais. Apresentamos o caso de uma paciente com gravidez ectópica tubária gemelar, com presença de batimentos cardíacos fetais e que cursou com quadro de abdome agudo hemorrágico, sendo necessário a realização de uma laparotomia exploradora de urgência e salpingectomia à direita.

Palavras-chave: gravidez ectópica, gravidez tubária, gravidez ectópica gemelar.

ABSTRACT

Ectopic Pregnancy occurs when the blastocyst implants outside the endometrium. It is considered a common cause of morbidity and mortality, especially in women in the reproductive period. Of all ectopic pregnancies, tubal pregnancy is the most frequent. Twin ectopic pregnancy, in turn, is extremely rare (1 in every 20,000 cases) and is even more uncommon when it presents fetal heartbeats. We present the case of a patient with a twin tubal ectopic pregnancy, with the presence of fetal heartbeats and who developed an acute hemorrhagic abdomen, requiring an urgent exploratory laparotomy and right salpingectomy.

Keywords: ectopic pregnancy, tubal pregnancy, twin ectopic pregnancy.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica, também conhecida como gravidez extrauterina, possui essa denominação quando acontece fora da cavidade uterina, ou seja, quando há implantação do blastocisto fora do endométrio. Trata-se de uma causa comum de morbidade e, eventualmente de mortalidade em mulheres com idade reprodutiva¹. Sua incidência varia entre 1,2% a 1,4% de todas as gestações. Possui etiologia ainda incerta, embora fatores de risco materno tenham sido identificados. Dentre eles, são citados: cirurgias prévias tubárias, cirurgias pélvicas, cesarianas, cistectomias ovarianas, cirurgias abdominais, infecção genital confirmada e/ou

doença inflamatória pélvica, doenças tubárias documentadas, uso da reprodução assistida, endometriose, tabagismo, aborto espontâneo ou induzido e idade maior que 35 anos.^{1, 2, 3}

Entre os tipos mais comuns de gestação ectópica estão a tubária, totalizando 95% dos casos, a ovariana (3,2%) e a abdominal (1,3%). Os outros tipos relatados e geralmente raros são: a gravidez cervical (0,15%); a gravidez em cicatriz de cesariana (1:1800 casos de gravidez) e a gravidez intersticial (2,5%).^{2, 3}

Dentre os casos de gravidez ectópica, encontram-se a gravidez ectópica gemelar, que ocorre geralmente na tuba uterina, sendo extremamente rara (1 em cada 20.000 casos) e, na grande maioria das vezes, com ausência de batimentos cardíacos fetais. Os métodos diagnósticos mais utilizados para a detecção precoce de gravidez ectópica são: os sintomas clínicos, como o sangramento vaginal e a dor abdominal baixa; a determinação do nível do hormônio gonadotrofina coriônica humana (β -hCG) sanguíneo; e a ultrassonografia transvaginal (US-TV). Testes adicionais como a Tomografia Computadorizada e a Ressonância Nuclear Magnética também podem ser utilizados.²

As opções de tratamento são geralmente cirúrgicas, por laparoscopia ou laparotomia, indicadas para pacientes que não tiveram boa evolução com o tratamento clínico ou que possuem alguma complicação. Dos procedimentos cirúrgicos encontram-se a salpingectomia, que consiste na retirada total da tuba com a gravidez ectópica em conjunto e a salpingostomia, que é a retirada apenas do material gravídico.^{2, 5}

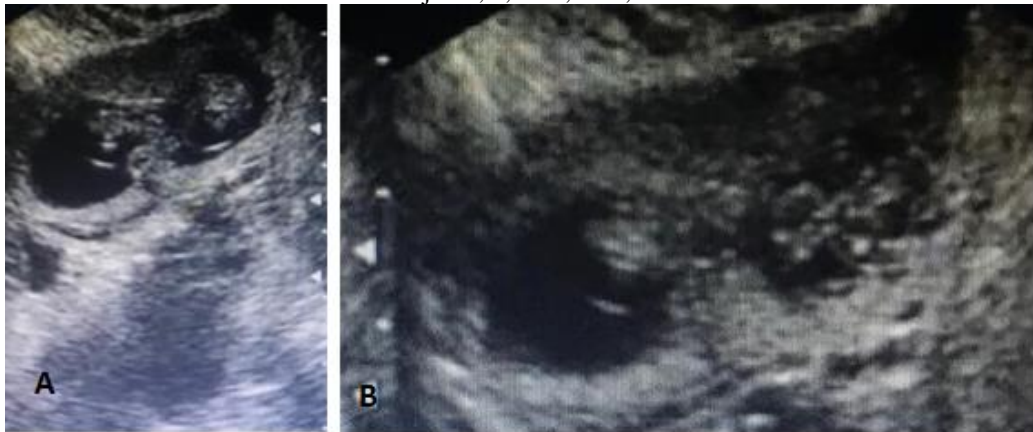
Nesse relato, apresentamos um caso raro de gravidez ectópica tubária gemelar, com presença de batimentos cardíacos fetais, e discutimos a sua importância epidemiológica, diagnóstico e métodos de tratamento. Foram avaliados artigos e textos literários de grande relevância científica no mundo acadêmico, extraídos de bases de dados como Science Direct, Scielo e PubMed, de forma sistemática, em diversas línguas, na literatura recente.

2 RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 34 anos, foi admitida na Maternidade com queixa de sangramento vaginal de pequena quantidade, associada a dores do tipo cólica em baixo ventre, de forte intensidade. A paciente negava febre e apresentava diurese normal. No exame especular observou-se ausência de sangramento e, no toque vaginal, o colo uterino estava grosso, posterior, orifício externo fechado e o útero estava aumentado, sendo compatível com aproximadamente 6 semanas de gestação. No exame abdominal, observou-se massa palpável em fossa ilíaca direita com descompressão brusca positiva. Também foram realizados alguns exames complementares como hemograma, VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*),

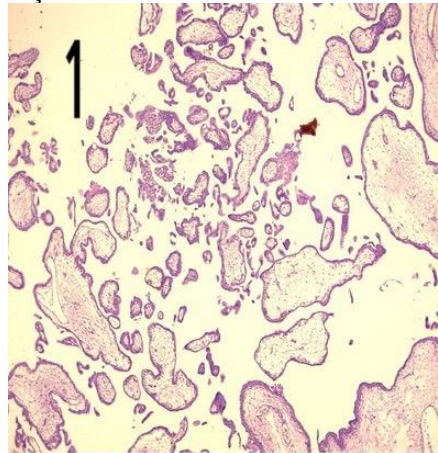
tipagem sanguínea e ecografia transvaginal. No ultrassom transvaginal, observou-se, em região anexial direita, uma imagem compatível a dois sacos gestacionais distintos com presença de batimentos cardíacos fetais (Fig. 1).

Fig. 1. A. Presença de dois sacos gestacionais em região anexial direita, nota-se imagem hipoeecóica com forte reforço acústico posterior que corresponde a líquido livre com ecos no interior de provável natureza hemático. B. Caracterização de dois sacos gestacionais, íntegros, de contornos regulares, em região anexial, medindo, o conjunto, 5,3 x 3,9 x 3,1 cm.



Além disso, observou-se pequena quantidade de líquido livre na cavidade pélvica. A paciente foi então internada e submetida a laparotomia exploradora de urgência, com salpingectomia à direita. No inventário de cavidade abdominal, observou-se grande quantidade de sangue em fundo de saco de Douglas e uma tumoração em região tubária direita, envolto por coágulos e sangramento local ativo. Os achados cirúrgicos foram enviados para análise histopatológica e, na microscopia, os cortes seriados mostraram fragmentos de trompa uterina apresentando hemorragia intersticial e peri-tubária, associada a vilosidades coriônicas imaturas e áreas de decidualização; presença de exsudato fibrino-leucocitário e ausência de sinais de malignidade (Fig. 2). No segundo dia do pós-operatório, a paciente recebeu alta hospitalar em bom estado geral.

Fig. 2. Imagem histopatológica demonstrando hemorragia intersticial e peri-tubária, vilosidades coriônicas imaturas com decidualização e exsudato fibrino-leucocitário sem sinais de malignidade.



3 DISCUSSÃO

A gravidez ectópica tubária foi relatada pela primeira vez por De Ott, em 1891⁶. Sua incidência é de 1:200 de todos os casos de gravidez ectópica. Embora comparando-se as taxas de 1970 com as taxas de 1992, possa ser observado um aumento da ocorrência dos casos em quatro vezes (cresceu de 0,5% em 1970 para 2% em 1992) nos Estados Unidos, a gravidez ectópica gemelar unilateral é ainda mais rara⁷. Cerca de 60 casos foram relatados na literatura e publicados na *National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine*, até março de 2019, com apenas 11 casos apresentando batimento cardíaco fetal relatados na literatura recente⁸.

A ocorrência de gravidez ectópica é mais comum em mulheres que sofrem de doença inflamatória pélvica (DIP). Atualmente existem evidências em relação ao risco de problemas na gravidez, subsequente a infecção pélvica. Um estudo do tipo caso-controle retrospectivo, avaliou o aumento de dano tubário após episódios sucessivos de DIP (após um episódio aumentou o dano em 13%, 35% após dois e 75% após três episódios). Neste estudo foi proposto que a resposta do anticorpo contra a proteína hsp-60 da clamídia causaria uma resposta inflamatória tubária levando a uma obstrução das trompas ou a uma predisposição de implantação tubária⁹.

O tratamento da infertilidade, cirurgias tubárias prévias, tabagismo e o avançar da idade, também são condições que estão presentes como fatores de risco para a ocorrência de gravidez ectópica². Com relação à apresentação clínica da paciente, existem três características típicas: amenorreia, sangramento vaginal e dor abdominal. Baseado na observação clínica, 95% dos casos de gravidez ectópica gemelar, os gêmeos eram monozigóticos. Porém, na análise do DNA

nesses casos de ectopia gemelar, especulou-se que a maioria destes, na realidade, seriam dizigóticos³.

Inicialmente a suspeita diagnóstica deve-se ao sangramento vaginal e à dor em abdome inferior. A dosagem dos níveis de β -HCG e a US-TV são exames complementares importantíssimos para a confirmação diagnóstica (β -HCG positivo e ausência de gestação na cavidade endometrial). A sensibilidade e especificidade da US-TV foi calculada em 84,4% e 98,9% respectivamente, sendo o padrão ouro para o diagnóstico de gravidez ectópica.^{2, 3, 10}

As opções de tratamento para a gravidez ectópica incluem o tratamento cirúrgico, por laparoscopia ou laparotomia e, o tratamento clínico, com a administração de metotrexato (MTX)¹¹. O tratamento cirúrgico por laparoscopia é preferível à cirurgia aberta, por ser menos invasivo¹². No entanto, para a escolha do tratamento clínico, é necessário que se observe alguns parâmetros. Seus critérios de elegibilidade são: estabilidade hemodinâmica, ausência de hemoperitônio, desejo de permanecer fértil, apresentar alto risco para anestesia geral, anuência em realizar o seguimento, ausência de contra-indicações ao MTX, massa anexial íntegra e menor que 3,5 cm e ausência de atividade cardíaca fetal. A *American College of Obstetrics and Gynecology* (ACOG) contra-indica o uso de MTX se o β -HCG estiver acima de 10.000 mUI/mL.^{5, 11, 13, 14}

Nesse relato, devido aos sintomas agudos, a paciente foi submetida a laparotomia de urgência com salpingectomia à direita.

REFERÊNCIAS

- 1- Lombardi W *et al.* Ectopic pregnancy in cesarean scar: a rare case report. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 5920-5926, mar./apr., 2023.
- 2- Rana P *et al.* Ectopic pregnancy: a review. Arch. Gynecol. Obstet. 2013 Oct 21; 288(4):747-57.
- 3- Goswami D, Agrawal N, Arora V. Twin tubal pregnancy: A large unruptured ectopic pregnancy. J. Obstet. Gynaecol. 2015; 41: 1820-1822.
- 4- Longoria TC, Stephenson ML, Speir VJ. Live unilateral twin ectopic pregnancy in a fallopian tube remnant after previous ipsilateral salpingectomy. J. Clin. Ultrasound. 2014; 42: 169-171.
- 5- Cheng X, Tian X, Yan Z, Jia M, Deng J, Wang Y, et al. Comparison of the Fertility Outcome of Salpingotomy and Salpingectomy in Women with Tubal Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2015; 11(3): e0152343.
- 6- De Ott D. A case of unilateral tubal twin gestation. Ann Gynecol Obstet 1891; 36:304.
- 7- Arian DC1, Kiran G, Coskun A, Kostu B. Unilateral tubal twin ectopic pregnancy treated with single-dose methotrexate. Arch Gynecol Obstet. Feb 2011; 283(2):397-9.
- 8- Kim CI, Lee TY, Park ST, Kim HB, Park SH. A rare case of spontaneous live unilateral twin tubal pregnancy with both fetuses presenting with heart activities and a literature review. Obstet Gynecol Sci. 2018 Mar; 61(2):274-277.
- 9- Patil M. Ectopic pregnancy after infertility treatment. J Hum Reprod Science. 2012; 5:154-65.
- 10- Richardson A, Gallos I, Dobson S, Campbell BK, Coomarasamy A, Raine-Fenning N. Accuracy of first-trimester ultrasound in diagnosis of tubal ectopic pregnancy in the absence of an obvious extrauterine embryo: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2016 Jan; 47(1):28-37.
- 11- Demirdag E, Guler I, Abay S, Oguz Y, Erdem M, Erdem Ir. The impact of expectant management, systemic methotrexate and surgery on subsequent pregnancy outcomes in tubal ectopic pregnancy. J Med Sci. 2016 Feb 19.
- 12- Ben Haj Hassine Amine1 and Siala Haythem. Extra-uterine twin pregnancy: case report of spontaneous bilateral tubal ectopic pregnancy. Pan afr med J. 2015; 20: 435.
- 13- Semedo LT, Castro AD, Olga V, João D. É mesmo uma gravidez ectópica anexial?: Uma apresentação atípica. Acta Obstet Ginecol Port. 2018 Set; 12 (3): 220-223.
- 14- Lozoya LC, Silami LVG, Rodrigues RF, Lara SJ, Lilian P, Yazaki SS et al. Gestational Trophoblastic Neoplasia after Ectopic Molar Pregnancy: Clinical, Diagnostic, and Therapeutic Aspects. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2018 May; 40 (5): 294-299.