

## GRAVIDEZ ECTÓPICA ABDOMINAL COM IMPLANTE EM GRANDE OMENTO

### ABDOMINAL ECTOPIC PREGNANCY WITH OMENTAL IMPLANT

Bruno de Oliveira Araujo Sousa, ACBC-TO<sup>1</sup>; Evandro Leite Bitencourt<sup>1</sup>; Victor Vargas de Oliveira<sup>1</sup>; Renata Rossato Araujo<sup>1</sup>.

#### RESUMO

A gravidez ectópica é uma condição clínica rara, principalmente quando ocorre na forma abdominal. O diagnóstico geralmente é baseado no exame clínico, associado a exame laboratorial e Ultrassonografia Transvaginal (USG TV). Entretanto, mesmo diante desses exames, o diagnóstico muitas vezes é feito no intra-operatório. Apresentamos um relato de caso de uma mulher de 31 anos, com quadro de abdome agudo hemorrágico, exame laboratorial positivo para gravidez, exames de imagem apenas com líquido livre na cavidade e detecção de saco gestacional implantado no grande omento durante revisão sistemática da cavidade no intra-operatório.

**Descritores:** Gravidez Ectópica. Gravidez Abdominal. Abdome Agudo.

#### ABSTRACT

Ectopic pregnancy is a rare clinical condition, especially when it occurs in the abdominal form. Diagnosis is usually based on clinical examination, associated with laboratory exams and Transvaginal Ultrasonography (USG TV). However, even in the face of these exams, the diagnosis is often made intraoperatively. We report a case of a 31 years old female with acute hemorrhagic abdomen, positive laboratory exam for pregnancy, imaging exam with free fluid in the cavity and detection of a gestational sac implanted in the large omentum during a systematic review of the intraoperatively cavity.

**Keywords:** Pregnancy, Ectopic. Pregnancy, Abdominal. Abdomen, Acute.

#### INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica é uma condição que ocorre em cerca de 0,64% a 3% das gestações<sup>1</sup>, sendo a principal responsável pelas mortes maternas no primeiro trimestre de gestação<sup>2</sup>. Caracteriza-se pela implantação do blastocisto fora da superfície endometrial da cavidade uterina<sup>3</sup>. Pode ocorrer na trompa (97%), no ovário (0,5%), no peritônio, caracterizando uma gravidez ectópica abdominal (1 a 1,4%), colo uterino (0,1%), e intramural (0,6%)<sup>4</sup>.

É responsável por 5% a 10% das causas de mortes relacionadas com gravidez<sup>5</sup>, e atingiu incidência de 1 em cada 100 gestações normais nos Estados Unidos, possuindo taxa de letalidade de 3,8 para cada 10.000 casos<sup>6,7</sup>. Mesmo com essa taxa de letalidade e notável participação nas mortes relacionadas com gravidez, o Brasil não apresenta nenhuma medida de incidência nacional da doença<sup>8</sup>, porém um estudo realizado no Hospital e Maternidade Celso Pierro, Campinas/SP, constatou a incidência de 11,2% de gravidez ectópica em mulheres submetidas à laparotomia<sup>9</sup>.

Quanto à gravidez abdominal, esta pode ser classificada em gravidez abdominal primária, quando há nidação direta sobre o peritônio, e gravidez abdominal secundária, situação na qual ocorre implantação do ovo na trompa ou ovário, seguido de abortamento para a cavidade abdominal com posterior reimplantação do saco gestacional, preferencialmente no ligamento largo, no fundo de saco de Douglas ou no omento<sup>7,10</sup>.

O diagnóstico da gravidez ectópica pode ser realizado por sinais clínicos, dosagem plasmática da fração  $\beta$  do hormônio gonadotrofina coriônica humana ( $\beta$ -HCG), e USG TV<sup>10</sup>. Deve-se ter atenção especial aos fatores de risco como: gravidez ectópica prévia, cirurgia tubária prévia, infertilidade, doença inflamatória pélvica, endometriose, usuárias de dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepção de emergência e tabagismo<sup>11,12</sup>. Dentre os sinais clínicos, podemos destacar a dor abdominal que piora quando há movimentos fetais, sinais dispépticos e alterações do trânsito intestinal, palpação de partes fetais ao exame físico, dor na

<sup>1</sup> Universidade Federal do Tocantins, Departamento de Clínica Cirúrgica, Palmas, TO, Brasil.

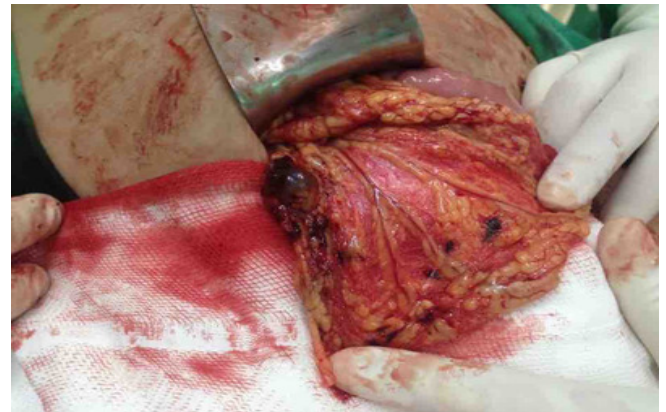
mobilização fetal, ausência de resposta contrátil uterina após administração de ocitócito (Sinal de Braxton-Hicks) e útero em posição elevado ou retropúbica ao toque vaginal<sup>10</sup>.

## RELATO DO CASO

Paciente de 31 anos procurou pronto socorro do hospital de Palmas/TO, queixando-se de dor abdominal difusa de início súbito. Na anamnese, relatou que aproximadamente há um mês sentiu dor tipo cólica no baixo ventre associada à secreção vaginal que descreve como "borra de café", e  $\beta$ -HCG positivo. Foi realizado exame ultrassonográfico transvaginal que não evidenciou saco gestacional em útero ou anexos, sendo optado pela equipe médica a videolaparoscopia diagnóstica devido à persistência da dor abdominal e elevação quantitativa dos níveis de  $\beta$ -HCG. Por sua vez, a laparoscopia também não evidenciou alterações que justificassem o quadro. Mediante isso e melhora do quadro clínico, recebeu alta hospitalar, realizando acompanhamento médico ambulatorial e uso de medicamentos sintomáticos desde a internação e alta. Possuía cesariana prévia para extração de feto morto no 3º trimestre de gestação realizada há dois anos. Relatava ciclos menstruais regulares e data da última menstruação (DUM) há dois meses.

Nesta segunda admissão no pronto socorro, um mês após a primeira internação, apresentava-se com dor abdominal difusa, de início súbito há 12 horas, sem fator de melhora ou piora e associado a náuseas e vômitos. Ao exame físico, estava lúcida e orientada com palidez mucocutânea leve. Abdome plano, doloroso difusamente a palpação superficial e profunda, com descompressão brusca dolorosa em todos os quadrantes. Presença de cicatriz transversa suprapúbica da cesariana prévia. Demais sistemas sem alterações. Apresentou valores adequados de hematócrito e hemoglobina, tomografia computadorizada (TC), ultrassonografia de abdome total e pélvica transvaginal evidenciando líquido livre em grande quantidade de aspecto espesso, com útero e anexos sem alterações aparentes. Foi encaminhada para o centro cirúrgico para laparotomia exploradora devido peritonite. No inventário da cavidade foi identificado grande quantidade de sangue. Útero e anexos de aspecto habitual, com a presença de massa sólida aderida ao

grande omento, com sangramento ativo (Figura 1). Optou-se por ressecção de parte do omento com hemostasia através de ligaduras e lavagem da cavidade. A peça enviada para análise histopatológica, que evidenciou saco gestacional implantado no epíplon. A paciente manteve-se estável durante todo o procedimento cirúrgico e também no pós-operatório, sem necessidade de hemotransfusão, recebendo alta hospitalar 72h após. Durante revisão ambulatorial pós-operatória nenhuma intercorrência foi constatada.



**Figura 1:** Achado intra-operatório de implante gestacional no grande omento.

## DISCUSSÃO

A gravidez ectópica é uma entidade clínico-cirúrgica rara, principalmente quando se trata de uma implantação embrionária abdominal. Os sinais e sintomas de uma gravidez ectópica podem ser sutis, dado por dor abdominal súbita, ou mesmo exuberantes, quando é apresentado como um quadro de abdome agudo hemorrágico<sup>1,4</sup>.

O diagnóstico da gravidez ectópica deve ser precoce e pode ser realizado por sinais clínicos, dosagem plasmática de  $\beta$ -HCG, e USG TV<sup>1,10</sup>. A equipe médica deve estar atenta e suspeitar de gravidez ectópica em todas as pacientes do sexo feminino em idade fértil que apresenta quadro de dor abdominal súbita. No caso relatado, não foi possível o diagnóstico de gravidez ectópica por meio de exame de imagem, haja vista que em todas as ultrassonografias, tanto abdominal quanto transvaginal, não houve a detecção de saco gestacional e/ou batimentos cardíacos fetais e, na TC de abdome total, apenas evidenciou-se líquido livre abdominal. A literatura demonstra que a tríade exame clínico +  $\beta$ -HCG + USG TV é capaz de fazer o diagnóstico da maioria das

gestações ectópicas, porém por diversos fatores alguns casos podem ser de difícil diagnóstico.<sup>1,10-13</sup>

O tratamento desse tipo de situação é variado e depende de fatores como estado hemodinâmico da paciente, localização do conceito e desejo futuro de engravidar. Pode ser realizado de forma clínico-conservadora, onde acredita-se que o aborto e reabsorção do conceito não irá interferir na morbimortalidade e/ou fertilidade da paciente, ou de forma cirúrgica através de laparoscopia ou laparotomia<sup>3</sup>. Obviamente, o tratamento conservador depende, além de outros quesitos, de diagnóstico prévio por exames complementares. Para a paciente do caso não foi possível estabelecer um diagnóstico preciso pré-operatório e, apesar de manter estabilidade hemodinâmica, apresentava palidez cutânea e peritonite ao exame clínico e grande quantidade de sangue em cavidade abdominal na TC, o que justificou a abordagem cirúrgica de urgência. Ainda há grandes discussões sobre a melhor forma de abordagem cirúrgica na gravidez ectópica tubária, se salpingostomia ou salpingectomia<sup>3,11</sup>. Mas, para a gravidez ectópica abdominal, o procedimento cirúrgico é mandatório, principalmente quando associado a um quadro de abdome agudo hemorrágico com sinais de instabilidade hemodinâmica<sup>3,11</sup>.

Cabe, diante desse relato, instigar o médico cirurgião sobre a possibilidade de gravidez ectópica abdominal em pacientes em idade fértil com dor abdominal súbita e líquido livre na cavidade que não apresentem diagnóstico firmado em exames de imagem complementares. A revisão sistemática da cavidade abdominal é mandatória e deve ser feita buscando alterações que justifiquem o quadro clínico.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida G, Gama Filho NS, Roque JBO, Marra NBF. Gravidez ectópica abdominal primária precoce rota: relato de caso. *Cad UniFOA*. 2008;7:60-5. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/pesquisa/caderno/edição/07/60.pdf>
2. Berg CJ, Chang J, Callaghan WM, Whitehead SJ. Pregnancy-related mortality in the United States, 1991-1997. *Obstet Gynecol*. 2003;101(2):289-96.

3. Frois AC, Pedersoli BA, Guimarães Jr MH, Vieira RCP, Santos HA, Viegas RMF, et al. Tratamento da gravidez ectópica: revisão de literatura. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(4):11-4.
4. Menezes MO, Menezes CM, Bocardi MIB. Gravidez abdominal com recém-nascido vivo: relato de caso. *Interfaces Cient Saúde Ambiente*. 2015;3(2):63-74.
5. Grimes DA. The morbidity and mortality of pregnancy: still risky business. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;170(5 Pt 2):1489-94.
6. Soares RC, Elito Junior J, Han KK, Camano L. Espessura endometrial como fator orientador do tratamento clínico da gravidez tubária íntegra. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002;24(5):1-10.
7. Chaves Netto H. *Obstetrícia básica*. São Paulo: Atheneu; 2005.
8. Silva Filho ML, Marques GSB, Nunes JT. Gravidez ectópica cornual: relato de caso. *Rev Med Saúde Brasília*. 2013;2(2):74-8.
9. Fernandes MAS, Ribeiro LP, Moraes FH, Meira PC, Sollero CA, Yamada EM. Prevalência de gestação ectópica de tratamento cirúrgico em hospital público de 1995-2000. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(4):413-6.
10. Neme B. *Obstetrícia básica*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2005.
11. Elito Júnior JE, Montenegro NAMM, Soares RC, Camano L. Gravidez ectópica não rota - diagnóstico e tratamento. Situação atual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(3):149-59.
12. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril*. 1996;65(6):1093-9.
13. Costa CF, Albuquerque RM, Welkovic S, Costa HLFF. Gravidez extrauterina com feto vivo de 1430 gramas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1988;10(12):276-8.

Recebido em: 11/01/2019

Aceito para publicação: 29/03/2019

Conflito de interesses: Não

## Endereço para correspondência:

Bruno de Oliveira Araujo Sousa

E-mail: [brunooliveira.as@gmail.com](mailto:brunooliveira.as@gmail.com)