

Gravidez heterotópica espontânea: implicações de um diagnóstico tardio

Spontaneous heterotopic pregnancy: implications of a late diagnosis

Thaís Gigliotti Malheiros Luzo¹, Fernanda Godoy Cabral de Oliveira¹, Maria Marta Martins¹, Sílvia Regina Piza Ferreira Jorge¹, Lilian de Paiva Rodrigues Hsu¹

Descritores

Choque hemorrágico; Doenças dos anexos; Gravidez ectópica; Gravidez heterotópica; Gravidez tubária

Keywords

Haemorrhagic shock; Attachment diseases; Ectopic pregnancy; Heterotopic pregnancy; Tubal pregnancy

Submetido:

14/07/2021

Aceito:

02/02/2022

1. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Thaís Gigliotti Malheiros Luzo
Rua Tejo, 99, Jardim Luzitânia,
04031-040, São Paulo, SP, Brasil
tata_luzo@hotmail.com

Como citar:

Luzo TG, Oliveira FG, Martins MM, Jorge SR, Hsu LP. Gravidez heterotópica espontânea: implicações de um diagnóstico tardio. *Femina*. 2022;50(4):250-3.

RESUMO

A gestação heterotópica é uma entidade rara, principalmente se resultante de concepção natural. O diagnóstico é ultrassonográfico, porém a gestação intrauterina concomitante contribui para a dificuldade propedêutica. Neste relato de caso, a detecção foi tardia, a ultrassonografia não identificou a gestação heterotópica e apenas durante a avaliação intraoperatória, por meio de uma cirurgia de emergência devido a choque hemorrágico, houve o reconhecimento. A suspeita de uma gestação heterotópica deve ser sempre aventada quando sinais clínicos típicos (sangramento, dor abdominal) estão presentes, mesmo na ausência de fatores de risco ou imagens anômalas na ecografia. Assim, uma intervenção precoce menos invasiva pode ser realizada, reduzindo a morbimortalidade materna e do feto intrauterino. Este relato de caso destaca uma situação incomum dentro dessa patologia rara: diagnóstico tardio, apenas no segundo trimestre de gestação, sem evidência prévia ultrassonográfica, certificada apenas durante o intraoperatório. O manejo cirúrgico preciso permitiu a manutenção da gravidez intrauterina.

ABSTRACT

Heterotopic pregnancy is a rare entity, especially if it is resulted from natural conception. The diagnosis is ultrasonographic, but the concomitant intrauterine pregnancy contributes to the propaedeutic difficulty. In this case report, the detection was late, the ultrasonography did not identify heterotopic pregnancy and, only during intraoperative evaluation through emergency surgery, exploratory laparotomy, there was recognition. The suspicion of a heterotopic pregnancy should always be raised when typical clinical signs (bleeding, abdominal pain) are present, even in absence of risk factors or anomalous images on ultrasound. Thus, a less invasive early intervention can be performed, reducing maternal and intrauterine fetus morbimortality. This case report highlights an unusual situation within this rare pathology: late diagnosis, only in the second trimester of pregnancy, without previous ultrasound evidence, certified only during the intraoperative period. Precise surgical management allowed the maintenance of intrauterine pregnancy.

INTRODUÇÃO

Gestação heterotópica é a presença simultânea de gestação intrauterina e extrauterina.^(1,2) Sua incidência é rara, com o acometimento de 1 em cada 30.000 gestações naturais.^(1,3) Nas últimas décadas, essa patologia apresentou aumento significativo devido à maior incidência dos seus fatores de risco como doença inflamatória pélvica, fertilização *in vitro* (FIV) e gestação ectópica prévia. Adicionalmente, avanços técnicos de imagem ecográfica e sua acessibilidade favorecem o diagnóstico mais preciso.^(4,5)

O diagnóstico é ecográfico, porém a visualização do embrião no útero pode trazer certa tranquilidade, levando o examinador a não aventar a hipótese de gestação ectópica, sem ampliar o estudo pélvico. Adicionalmente, o volume pequeno da gestação ectópica em estágios iniciais também pode ser um obstáculo que corrobora a dificuldade diagnóstica.⁽²⁾ Esse atraso diagnóstico potencializa a evolução para uma gravidez ectópica rota, a qual eleva os riscos de morbimortalidade, incluindo o choque hipovolêmico como a principal causa de morte materna.⁽⁴⁾ A taxa de sobrevivência do feto intrauterino nas gestações heterotópicas é em torno de 70%.⁽⁴⁾

Neste relato de caso, destaca-se uma situação incomum em relação a essa condição rara da gestação heterotópica: um diagnóstico tardio, apenas no segundo trimestre de gestação. Além disso, não houve evidência precoce ultrassonográfica, apenas durante o ato intraoperatório, contribuindo para a gravidade do caso.

Este relato de caso foi registrado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, identificado pelo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 44558321.2.0000.5479. A paciente assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando publicação do relato.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente de 33 anos, tercigesta com dois partos normais anteriores, com idade gestacional de 15 semanas e 4 dias pela amenorreia e sem comorbidades. Deu entrada no pronto-socorro de ginecologia e obstetria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo com queixa de dor abdominal difusa, mais intensa, em fossa ilíaca direita há uma semana. A paciente não apresentava perdas vaginais, febre ou alterações de hábito intestinal. Trouxe ultrassonografia obstétrica, realizada em serviço externo, que evidenciava boa vitalidade fetal e moderada quantidade de líquido livre, anecoico e homogêneo na cavidade abdominal.

Na admissão, a paciente estava taquicárdica (frequência cardíaca de 134 batimentos por minuto – bpm), normotensa (pressão arterial de 140 x 80 mmHg), em bom estado geral, descorada e hidratada, sem outras queixas, além da dor. Ao exame físico, apresentava distensão abdominal global, com percussão hipertimpânica, sinal do piparote positivo, doloroso à palpação difusa e sem apresentar sinais de peritonite. No exame ginecológico, havia ausência de sangramento vaginal, colo do útero impérvio, indolor à mobilização e dor à palpação em anexo direito. Ao exame obstétrico, apresentava altura uterina de 14 cm e 155 batimentos cardíacos fetais por minuto. Exames ultrassonográficos e laboratoriais foram solicitados para elucidar o diagnóstico visando à conduta para o caso.

A ultrassonografia transvaginal realizada na urgência, complementada por via abdominal, não caracterizou os anexos, devido ao volume uterino aumentado e à interposição de alças intestinais, e evidenciou regiões anexas livres, volumosa quantidade de líquido livre na

cavidade abdominal, provavelmente ascítico e vitalidade fetal preservada, corroborando a hipótese de ascite, mas sem sinais de possíveis etiologias. A falta de um médico ultrassonografista experiente, durante as 24 horas no serviço, para realizar um exame mais completo, com auxílio do Doppler, prejudicou maior esclarecimento da possível etiologia.

Os exames laboratoriais solicitados (rastreamento infeccioso, avaliação laboratorial de vias biliares, enzimas hepáticas e eletrólitos) não demonstraram alterações e o eletrocardiograma foi compatível com taquicardia sinusal. O nível de hemoglobina apresentou queda importante em relação ao exame anterior, realizado no último mês (de 13 mg/dL para 6 mg/dL). A partir desse novo dado, a hipótese de o líquido intracavitário ser sangue e não ascite foi mais aceita, permanecendo ainda dúvida diagnóstica.

Devido ao possível sangramento sem foco aparente, foi realizada angiotomografia, que evidenciou moderada quantidade de líquido livre espesso na cavidade peritoneal, presumivelmente hemático (Figura 1). Também se evidenciou proeminência dos vasos uterinos e gonadais, notadamente à direita, provavelmente relacionada ao ingurgitamento gravídico, sem sinais de sangramento ativo detectável.

Durante a realização desse exame até a liberação do laudo, a paciente evoluiu para choque hipovolêmico classe II, com queda da pressão arterial e desidratação, mantendo taquicardia de 130 bpm e aumento importante da distensão abdominal. Com isso, foi indicada laparotomia exploradora por sangramento abdominal sem origem aparente após, aproximadamente, 24 horas da internação.

No intraoperatório, foram aspirados 2,5 litros de sangue, foi visualizado sangramento ativo na extremidade distal da tuba uterina direita e em seu terço médio foi palpada nodulação (Figura 2). Foi realizada salpingectomia com ligadura na base da tuba uterina e ligadura escalonada do mesossalpinge, sem intercorrências. Durante o intraoperatório, o útero estava íntegro, sem lesões, e foi manuseado com cautela. A paciente permaneceu estável hemodinamicamente durante todo o procedimento, sendo necessária a administração de quatro unidades de concentrados de hemácias.

Após alta da recuperação pós-anestésica, a paciente foi encaminhada para a unidade de terapia intensiva para monitorização contínua e permaneceu estável hemodinamicamente, sem a necessidade de drogas vasoativas. O feto tópico permaneceu com boa vitalidade fetal, comprovada pela ultrassonografia obstétrica após a alta da unidade intensiva, e, no nono dia de pós-operatório, a paciente recebeu alta com orientações de seguimento em pré-natal de alto risco. O material enviado para exame anatomopatológico confirmou a gravidez ectópica.

DISCUSSÃO

Gestações heterotópicas provenientes de FIV podem apresentar incidência de 1:100. Contudo, em concepção



Figura 1. Angiotomografia em fase arterial: moderada quantidade de líquido livre espesso em cavidade peritoneal, presumivelmente hemático

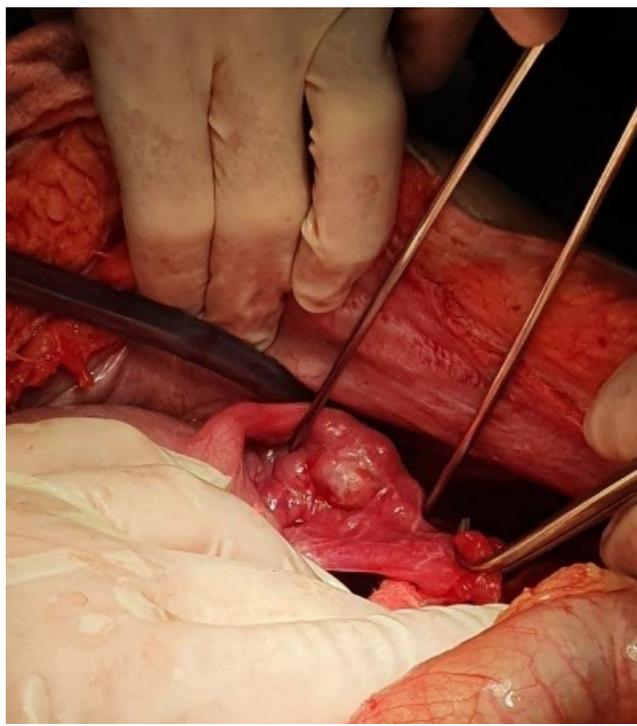


Figura 2. Gravidez ectópica em tuba uterina direita: visão do intraoperatório da laparotomia exploradora com pinça Mixter clampeando ponto de sangramento ativo

natural, cai para até 1:50.000, sendo uma hipótese diagnóstica pouco aventada pelos médicos, mas de extrema relevância devido à morbimortalidade inerente a uma gestação ectópica rota.^(2,6) Segundo Donadio *et al.*,⁽⁶⁾ em 70% dos casos, o diagnóstico é feito entre a 5ª e a 8ª semana de gestação e em aproximadamente 30% entre a 11ª e a 12ª semana, sendo extremamente raro que uma gestação heterotópica chegue à 15ª semana.

Este relato de caso apresenta uma gestação heterotópica de segundo trimestre, 15 semanas de gestação,

proveniente de concepção natural, com clínica pouco exuberante e falta de evidência ultrassonográfica, a qual evoluiu para choque hipovolêmico. Em recente revisão de casos de gravidez heterotópica entre os anos 2005 e 2019, publicada por Kajdy *et al.*,⁽⁷⁾ foram analisadas as idades gestacionais no momento do diagnóstico dessa patologia. A média foi de sete semanas, e os dois casos com diagnóstico mais tardio foram com 16 semanas e o relatado na revisão foi com 26 semanas. Desse modo, é reforçada a raridade do caso apresentado no relato, estando entre os diagnósticos mais tardios já relatados na literatura.⁽⁷⁾

Além disso, os fatores de risco associados a gravidez heterotópica incluem idade materna avançada, doença inflamatória pélvica, tabagismo e FIV, mas, no caso do relato descrito, a paciente não apresentava nenhum desses fatores.⁽⁶⁻⁸⁾

O quadro clínico também era frustrante e inespecífico. Inicialmente, enquanto a gravidez ectópica permanece íntegra, apenas dor abdominal, geralmente em fossa ilíaca, e sangramento vaginal escasso (50% dos casos) costumam estar presentes.^(5,8) Quando há evolução para gravidez ectópica rota, esse quadro fica mais exuberante e a paciente pode apresentar sinais de irritação peritoneal, além de instabilidade hemodinâmica, podendo ir até a óbito por choque hipovolêmico hemorrágico.^(4,8) Por esse motivo, o diagnóstico precoce, ainda no momento da gestação ectópica íntegra, é de extrema importância para reduzir a morbimortalidade materna.⁽⁴⁾

O principal método diagnóstico é a ultrassonografia transvaginal. Todavia, apresenta baixa sensibilidade, diagnosticando apenas 26% das gestações heterotópicas.^(6,8,9) Apesar de a visualização da massa anexial corroborar a hipótese diagnóstica, isso só ocorre em 20% de todas as gestações ectópicas; nos casos de gravidez heterotópica, torna-se comum o mascaramento do componente ectópico.⁽⁹⁾ Uma alternativa para aumentar a sensibilidade de detecção seria adicionar o Doppler, devido à possibilidade de apontar uma vascularização intensa com fluxos de baixa resistência. Assim, propiciaria um meio complementar de excelência, alcançando sensibilidade de até 80% nesse diagnóstico.^(8,9)

A abordagem terapêutica da gravidez heterotópica depende do estado clínico materno e do local em que a gravidez ectópica está implantada, objetivando preservar ao máximo a gestação intrauterina.⁽⁸⁾ A primeira linha de tratamento é cirúrgica: salpingectomia por videolaparoscopia.^(8,10,11) É uma técnica mais facilmente executável, em relação à salpingostomia, e com menor risco de complicações, como retenção do tecido trofoblástico ou persistência da hemorragia, além de apresentar taxas similares de fertilidade futura.^(8,10) Contudo, quando a paciente apresenta sinais de hemoperitônio ou instabilidade hemodinâmica, é indicada a realização de laparotomia exploradora, opção adotada neste caso pela evolução para choque hipovolêmico.^(4,8,9) Deve-se ressaltar que, independentemente do tratamento esco-

lhido, o útero deve ser manuseado com cautela, medida fundamental para contribuir para a evolução da gestação intrauterina.^(3,4,8)

Nos casos de pacientes estáveis hemodinamicamente, algumas séries de relato de caso descreveram como tratamento eficaz, para gravidez ectópica de localização cornual ou em cicatriz de cesárea, o uso de solução salina hiperosmolar, metotrexato ou cloreto de potássio injetado localmente.^(5,9,12) Sugere-se injeção guiada por ultrassonografia, a qual, porém, ainda não possui recomendação como tratamento-padrão.^(4,5,9,12)

O diagnóstico precoce é de extrema importância, uma vez que influencia diretamente a escolha do tratamento na maioria das vezes, permitindo uma abordagem cirúrgica menos invasiva.^(11,12) Em 50% dos casos nos quais é realizada laparotomia exploradora, a gestação intrauterina chega ao termo, enquanto esse número pode chegar a 62,5% se o procedimento for realizado por videolaparoscopia, além do fato de reduzir a morbimortalidade materna.⁽⁹⁾

Entretanto, muitas vezes, não ocorre o diagnóstico de gravidez heterotópica precocemente pela ultrassonografia, tanto pelo fator de distração causado pela gestação tópica quanto por falta de profissionais experientes disponíveis. Dessa forma, a hipótese de gravidez heterotópica não chega a ser aventada, como foi demonstrado neste relato. Isso potencializa situações de alta morbimortalidade materna. Por esse motivo, o ato cirúrgico em tempo hábil é imprescindível para a evolução favorável do binômio materno-fetal, assim como foi realizado no caso descrito acima. O exame de imagem como angiotomografia auxiliou na diferenciação do conteúdo líquido intra-abdominal nesse caso, mas é um exame caro e pouco disponível no Brasil, portanto não faz parte da rotina para investigação desses casos.

Para evitar situações emergenciais e que colocam a vida da paciente e de sua gestação intrauterina em risco, ressalta-se que, a partir desta experiência, há a necessidade de aventar sempre a hipótese de gestações heterotópicas, mesmo quando a concepção tiver ocorrido naturalmente. Por isso, a anamnese pesquisando os fatores de risco, a presença de sinais clínicos como dor abdominal e instabilidade hemodinâmica e o exame ultrassonográfico mais cuidadoso são cruciais. A avaliação das regiões anexiais no exame ultrassonográfico de primeiro trimestre como rotina e a formação adequada do profissional ultrassonografista são fundamentais.

A falta de estudos sobre o tema, devido a sua raridade, também prejudica a criação de protocolos clínicos para o diagnóstico e o tratamento dessa patologia, contribuindo para o atraso em seu manejo. Com o aumento da disseminação da FIV, tecnologia que eleva o risco da ocorrência de gravidez heterotópica, é imprescindível que mais estudos sejam realizados a fim de reduzir a morbimortalidade materna e garantir à gestação intrauterina maior chance de evolução de

um nascido vivo ao termo e saudável. Mesmo com o sucesso deste caso na preservação da gestação tópica e de sua evolução favorável, a disseminação do aprendizado deste relato poderia contribuir para a melhor assistência a essas pacientes.

CONCLUSÃO

Apresentamos este caso raro de gestação heterotópica de segundo trimestre, proveniente de concepção natural, com clínica pouco exuberante e sem diagnóstico ultrassonográfico da gravidez ectópica, para demonstrar a importância da inclusão dessa hipótese diagnóstica na prática obstétrica. O diagnóstico precoce visa diminuir drasticamente potenciais riscos de morbimortalidade materna e do feto intrauterino.

REFERÊNCIAS

1. Karkee R, Sharma A, Dangal B. Heterotopic pregnancy: a challenge in early diagnosis. *J Nepal Health Res Counc.* 2019;17(3):413-5. doi: 10.33314/jnhrc.v17i3.1983
2. Na ED, Jung I, Choi DH, Kwon H, Heo SJ, Kim HC, et al. The risk factors of miscarriage and obstetrical outcomes of intrauterine normal pregnancy following heterotopic pregnancy management. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(37):e12233. doi: 10.1097/MD.00000000000012233
3. Yamoah KK, Girn Z. Heterotopic pregnancy: should we instrument the uterus at laparoscopy for ectopic pregnancy. *BMJ Case Rep.* 2012;2012:bcr2012006497. doi: 10.1136/bcr-2012-006497
4. Onoh RC, Ejikeme BN, Onwe AB, Asiegbu OU. Ruptured ectopic in heterotopic pregnancy: management and spontaneous vertex delivery of a live baby at term. *Niger J Clin Pract.* 2018;21(5):672-7. doi: 10.4103/njcp.njcp_67_16
5. Li JB, Kong LZ, Yang JB, Niu G, Fan L, Huang JZ, et al. Management of heterotopic pregnancy: experience from 1 tertiary medical center. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(5):e2570. doi: 10.1097/MD.0000000000002570
6. Donadio NF, Donadio N, Martins PT, Cambiaghi CG. [Heterotopic gestation: diagnostic possibility after in vitro fertilization. A case report]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(9):466-9. doi: 10.1590/s0100-72032008000900007. Portuguese.
7. Kajdy A, Muzyka-Placzynska K, Filipecka-Tyczka D, Modzelewski J, Stanczyk M, Rabijewski M. A unique case of diagnosis of a heterotopic pregnancy at 26 weeks - case report and literature review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):61. doi: 10.1186/s12884-020-03465-y
8. Chadee A, Rezai S, Kirby C, Chadwick E, Gottimukkala S, Hamaoui A, et al. Spontaneous heterotopic pregnancy: dual case report and review of literature. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2016;2016:2145937. doi: 10.1155/2016/2145937
9. Stanic Z, Roje D, Matić D, Persec Z, Dapic K, Vidaković MR, et al. Spontaneous heterotopic pregnancy as an uncommon clinical problem. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2020;224(4):223-6. doi: 10.1055/a-1079-6260
10. Pouly JL, Chapron C, Manhes H, Canis M, Wattiez A, Bruhat MA. Multifactorial analysis of fertility after conservative laparoscopic treatment of ectopic pregnancy in a series of 223 patients. *Fertil Steril.* 1991;56(3):453-60. doi: 10.1016/s0015-0282(16)54539-7
11. Jeon JH, Hwang YI, Shin IH, Park CW, Yang KM, Kim HO. The risk factors and pregnancy outcomes of 48 cases of heterotopic pregnancy from a single center. *J Korean Med Sci.* 2016;31(7):1094-9. doi: 10.3346/jkms.2016.31.7.1094
12. Kim MJ, Jung YW, Cha JH, Seok HH, Han JE, Seong SJ, et al. Successful management of heterotopic cornual pregnancy with laparoscopic cornual resection. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;203:199-203. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.04.026