

# Gestação heterotópica associada a torção de anexo contralateral em gestação não planejada

## *Heterotopic management associated with the torment of contralateral apparatus in unplugged management*

Aline da Costa Lourenço<sup>1</sup>; Ana Paula Otaviani Nilo<sup>1</sup>; Tânia Miguel Bendlin<sup>1</sup>

### Descritores

Gestação heterotópica; Torção de ovário; Ultrassom; Abdome agudo; Laparotomia exploratória

### Keywords

Heterotopic gestation; Ovary torsion; Ultrasound; Acute abdomen; Exploratory laparotomy

### Submetido:

18/03/2019

### Aceito:

27/05/2019

1. Centro Universitário Ingá, Maringá, PR, Brasil.

### Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Ana Paula Otaviani Nilo  
Rod. PR 317, 6114, Parque Industrial 200, 87035-510, Maringá, PR, Brasil.  
ana.otaviani@hotmail.com

### RESUMO

A gestação heterotópica se define como uma gravidez intra e uma extraútero, nesse caso, a gravidez que se encontra extraútero, em tuba uterina. Foi descoberta após a paciente apresentar dor abdominal, ainda não relatando atraso menstrual e sem a paciente apresentar desejo de engravidar. O diagnóstico foi feito por meio do exame de ultrassonografia com a visualização de massa anexial íntegra à esquerda. A torção de ovário, que é definida pela rotação parcial ou total do pedículo vascular ovariano, causando estase circulatória que pode causar progressivamente edema e gangrena e progredir para necrose, causando danos irreversíveis aos ovários, também foi descoberta por meio do exame de ultrassom e dos sintomas da paciente. A clínica apresentou-se por abdome agudo. No intraoperatório, foi feito o diagnóstico de gestação heterotópica e também apresentou torção de ovário contralateral, caso esse sobre o qual, em conjunto, não há relatos na literatura.

### ABSTRACT

*Heterotopic gestation is defined as an intrauterine pregnancy and an extrauterine pregnancy, in this case the extrauterine pregnancy in the uterine tube. It was discovered after the patient presented abdominal pain, still not reporting menstrual delay and without the patient presenting desire to become pregnant. The diagnosis was made through the ultrasound examination with the visualization of complete adnexal mass on the left. Ovarian torsion, which is defined by partial or total rotation of the ovarian vascular pedicle, causing a circulatory stasis that can progressively cause edema, gangrene and progress to necrosis, causing irreversible damage to the ovaries, was also discovered by ultrasound examination and of the patient's symptoms. The clinic presented with an acute abdomen. In the intraoperative period, the diagnosis of heterotopic gestation was made and also presented contralateral ovary torsion, in which case, there are no reports in the literature.*

### INTRODUÇÃO

Gestação heterotópica é uma rara condição em que há uma gestação ectópica associada a uma gestação intrauterina e, mais comumente, está atrelada a técnicas de reprodução assistida, com incidência relatada de 1:100 a 1:500.<sup>(1-7)</sup> É, porém, uma ocorrência rara em mulheres com gravidez espontânea, tendo sua prevalência estimada em 1:30.000.<sup>(2)</sup> Mais comumente, o feto ectópico localiza-se na tuba uterina, com frequência de 95% a 97%.<sup>(3)</sup> Os fatores de risco

para a gestação heterotópica, assim como para ectópica, são: cirurgia prévia em tuba uterina, gravidez ectópica prévia, infecção genital prévia, infertilidade, tabagismo, malformação uterina, idade avançada, técnica de reprodução assistida e endometriose.<sup>(1,2,3,7)</sup>

A maioria dos casos de gravidez heterotópica é diagnosticada entre a quinta e a oitava semana de gestação, representando 70% da idade gestacional diagnóstica; 20% são descobertas entre a nona e a décima primeira semana e menos de 10% após a décima primeira semana.<sup>(3)</sup>

O quadro clínico é inespecífico, podendo cursar com dor abdominal e massa anexial, irritação peritoneal e sangramento vaginal.<sup>(3)</sup> A mortalidade nos casos de gestação heterotópica para o caso da gestação intrauterina é de 46% a 65%.<sup>(8)</sup>

Já a torção de ovário não tem sua etiologia bem definida, porém há algumas relações com o aumento de tamanho do ovário em pessoas que tomam indutores de ovulação.<sup>(9-13)</sup> A torção de ovário pode ser definida como rotação parcial ou total do pedículo vascular ovariano, que acontece com uma estase inicialmente venosa seguida pela arterial, causando edema, gangrena e necrose hemorrágica, podendo causar danos irreversíveis, sendo rara durante a gravidez, porém grave.<sup>(13,14)</sup> A torção de ovário acomete 3% da população geral e é considerada a quinta emergência ginecológica mais comum. Acomete 1 a cada 5.000 gestações, e 13,7% dos casos de torção de ovário ocorrem em gestantes.<sup>(12-14)</sup> Está relacionada com o aumento de técnicas de reprodução assistida e também com o aumento do número de gestações, fatores que elevaram a prevalência tanto de gravidez heterotópica como de torção de ovário.<sup>(13)</sup> O diagnóstico de torção de ovário deve ser feito por meio de uma boa anamnese e pode ser complementado com a ultrassonografia (USG) ou mesmo com a laparotomia exploratória.

O relato de caso em questão apresenta incidência ainda mais rara, não sendo encontrados dados na literatura referentes a essas patologias conjuntas de gravidez heterotópica associada a torção de ovário contralateral.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Mulher, 35 anos, G1P0A1, idade gestacional: 10 semanas + 1 dia no momento do diagnóstico; essa idade gestacional é de acordo com a data da primeira USG, que foi realizada com 9 semanas + 5 dias, atendida em um hospital de Maringá/PR, apresentando como clínica dor abdominal intensa em fossa ilíaca direita, em posição antálgica. Ao exame físico, demonstrava abdome flácido, doloroso à palpação superficial e profunda de fossa ilíaca direita, sem sinais de peritonite. Foram realizados exames de imagem, que foram sugestivos de torção de anexo. Com o decorrer do caso, apresentou  $\beta$ -hCG positivo, evoluiu com clínica estável e, até então, apresentava diagnóstico de cisto de ovário associado a gestação tópica, porém evoluiu com dor abdominal, progredindo para abdome

agudo, o qual, no intraoperatório de uma laparotomia exploratória realizada, apresentou gestação tubária, que foi confirmada pelo exame anatomopatológico, que veio com resultado de restos ovulares, um cisto e torção de ovário contralateral. Gestante com 10 semanas mais 1 dia, um feto vivo tópico e outro em tuba esquerda. Internou-se com dor abdominal há três dias, sem sangramento, com exames laboratoriais normais; foi solicitado ultrassom transvaginal (USTV). Ao USTV, útero com imagem de saco gestacional normal, com embrião medindo 2,8 cm, com movimentos corporais e batimentos cardíacos. Imagens císticas medindo 4,2 cm e 5,0 cm no ovário direito. Não foi visualizado líquido livre na cavidade abdominal. A USTV não afastou a possibilidade de torção ovariana direita. Foi de fato conclusivo o diagnóstico de gestação tubária com a laparotomia exploratória e com o exame anatomopatológico pós-cirúrgico. A gestante evoluiu com a gestação tópica, com feto único, que nasceu com 38 semanas e 4 dias de cesárea, sem complicações no momento do parto ou no puerpério, acompanhado neste serviço.

## DISCUSSÃO

A gravidez heterotópica é uma condição de difícil diagnóstico,<sup>(5)</sup> muitas vezes sendo subdiagnosticada.<sup>(7)</sup> Apesar de rara, pode ser uma condição fatal,<sup>(3)</sup> sendo a principal causa de morte materna no primeiro trimestre (70% a 80%).<sup>(7)</sup> Na maioria dos casos (74%), o diagnóstico definitivo ocorre por meio de laparoscopia ou laparotomia exploratória.<sup>(3,5)</sup> Há relação com as técnicas de reprodução assistida – Marcus e Brinsden publicaram, em 1995, um artigo em que, entre 2.650 gravidezes realizadas por fertilização *in vitro*, 20 eram heterotópicas; isso corresponde a 0,75%, representando 16% de todas as gravidezes ectópicas nesse grupo.<sup>(8)</sup> Apesar de esses procedimentos apresentarem maior risco de gestação heterotópica, apenas 16% das mulheres assintomáticas submetidas a USTV nas primeiras semanas de gestação obtiveram o diagnóstico precoce de gestação heterotópica.<sup>(11)</sup> Os diagnósticos diferenciais de gravidez heterotópica são, principalmente: aborto espontâneo e gravidez ectópica.

Diante da suspeita de gravidez heterotópica, solicitam-se exames laboratoriais, como hemograma completo, nível de eletrólitos, urinálise, rastreamento de infecções sexuais e tipagem sanguínea. Os níveis séricos de  $\beta$ -hCG predizem gravidez, mas podem não ser parâmetro para casos de gravidez heterotópica, já que o feto intraútero produz o marcador hormonal.<sup>(1,3)</sup> O diagnóstico precoce da gestação ectópica é difícil e os sintomas são variáveis e dependem do estágio de desenvolvimento do embrião ectópico, e cerca de 50% podem ser totalmente assintomáticas.<sup>(1,8)</sup> A dor abdominal está presente em 83% dos casos de gravidez heterotópica tubária sintomática, ao passo que 13% apresentam dor abdominal e choque hipovolêmico. São citados na literatura quatro sinais e

sintomas para o diagnóstico de gravidez heterotópica: dor abdominal, massa anexial, irritação peritoneal e útero aumentado.<sup>(1)</sup> A gestação heterotópica pode complicar com rotura do feto ectópico, aborto do feto tópico, após tratamento da gestação ectópica, e sangramento intraperitoneal com conseqüente hipovolemia materna.<sup>(2,11)</sup> O risco de necessidade de transfusão sanguínea em gestantes com fetos heterotópicos é maior do que naquelas com apenas feto ectópico (33,4% x 13,8%).<sup>(11)</sup>

O tratamento da gravidez heterotópica consiste em retirar o feto ectópico e manter o tópico.<sup>(11)</sup> É feito preferencialmente por via laparoscópica e, se houver instabilidade hemodinâmica, opta-se por laparotomia, sendo contraindicado o uso de metotrexato, já que há outra gestação em curso.<sup>(7)</sup> Por conseguinte, por ser um achado raro e de difícil diagnóstico, devem ser publicados cada vez mais trabalhos sobre essa condição para que mais estudos sejam realizados em prol de se evitarem erros de diagnósticos e morte materna no primeiro trimestre de gestação, que é uma condição comum quando não se faz o diagnóstico precoce. Em um estudo com 64 pacientes, sob a temática manejo em pacientes com gestação heterotópica, concluiu-se que a melhor conduta foi a USG transabdominal com aspiração do embrião ectópico, que oferece menor risco de aborto intraútero e melhor prognóstico para a mãe. Além disso, o mesmo estudo indica que a conduta expectante resulta em pior prognóstico, não sendo, portanto, indicado, o que concorda com as demais literaturas.<sup>(2,9)</sup> Contudo, os resultados são melhores quando a gestação é recente e o saco vitelino ectópico se encontra em local seguro.<sup>(2)</sup> No terceiro trimestre de gestação, acredita-se que a injeção de cloreto de sódio possa ser resolutive para o feto ectópico, porém exige estabilidade hemodinâmica da paciente.<sup>(2)</sup> Há também na literatura caso de tratamento com cloreto de potássio e metotrexato nos casos de gestação heterotópica em região cervical, no colo do útero e paciente hemodinamicamente estável. É um caso de tratamento não cirúrgico de sucesso apesar de o metotrexato sistêmico não ser indicado em caso de gestação ativa *in loco*; ele foi utilizado e a conduta foi assertiva e teve bom prognóstico.<sup>(10)</sup>

Já a torção de ovário é uma situação mais comum em relação à gestação heterotópica, porém ambas as patologias somadas e contralaterais não foram ainda descritas na literatura, sendo, portanto, considerado um evento extremamente raro e de complexo diagnóstico e que, se não tratado de maneira efetiva, pode resultar em conseqüências drásticas para a paciente em questão. A torção de ovário costuma ocorrer no primeiro trimestre de gestação ou no puerpério, e quanto mais precoce o diagnóstico, melhor o prognóstico para mãe e feto; deve ser suspeitada em todo caso de dor abdominal aguda durante a gravidez.<sup>(12)</sup> E no caso em questão, o diagnóstico foi dificultado, pois a paciente não apresentava desejo de gestar. Quando concomitante com a gestação, a

torção de ovário tende a ser resultado de torções infundíbulo-pélvicas e de ligamentos ovarianos.<sup>(12)</sup>

São fatores de risco para torção ovariana: tamanho aumentado do ovário, tumores ovarianos, hiperestimulação ovariana e gravidez. Porém, neste caso a torção de ovário não foi relacionada ao anexo onde se apresentava a gestação, e sim no contralateral, devido a um cisto simples, uma situação de extrema raridade e curiosidade, já que não é um evento descrito nem substancialmente rotineiro. A gestação heterotópica concomitante com a torção ovariana, portanto, é um raro evento ginecológico, ainda não havendo relatos como este em arquivos literários, ainda mais que a paciente não estava em tratamento para engravidar e sendo a gestação heterotópica correlacionada com os diversos tratamentos de reprodução, sendo, portanto, considerado um fator de risco relacionado a isso e nesse caso não há relação. A particularidade desse caso está relacionada com a ausência de fatores de risco para a paciente e a concomitância dos eventos e a raridade apresentada estatisticamente de ambos os casos.<sup>(1)</sup>

## CONCLUSÃO

A gestação heterotópica é uma condição rara e subdiagnosticada, sendo imprescindível que os profissionais de reprodução assistida expliquem sobre o aumento dessa condição nos casos de fertilização *in vitro*. Porém, é importante que os profissionais de saúde no geral tenham conhecimento sobre essa doença, pois nem sempre ela está relacionada aos casos de fertilização *in vitro*, que é o caso em questão. A torção anexial é um pouco mais comum, porém esses eventos associados ainda não foram relatados na literatura, ainda mais que não havia desejo de gestar por parte da paciente e nunca havia sido realizado nenhum tratamento de fecundação. É uma situação esdruxulamente rara que tenha ocorrido uma gestação heterotópica somada a torção anexial contralateral sem nenhuma tentativa de fertilização. Esse evento, que foi descoberto ao acaso e é de alto risco, é um relato único até o momento e serve de aprendizado por apresentar uma clínica diferenciada e que deve ser conhecida pelos médicos para que sejam evitadas umas complicações mais graves.

## REFERÊNCIAS

1. Donadio NF, Donadio N, Martins PT, Cambiaghi CG. Gestação heterotópica: possibilidade diagnóstica após fertilização *in vitro*. A propósito de um caso. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(9):466-9. doi: 10.1590/S0100-72032008000900007
2. Pratilas GC, Chatzis P, Panteleris N, Chatzistamatiou K, Zeipiridis L, Dinas K. Concealed heterotopic pregnancy at 12 weeks, with no coexisting risk factors: lessons to be learned. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017;43(1):228-31. doi: 10.1111/jog.13157
3. Chan AJ, Day LB, Vairavanathan R. Tale of 2 pregnancies: heterotopic pregnancy in a spontaneous cycle. *Can Fam Physician*. 2016;62(7):565-7.
4. Bigolin S, Detoni AF, Fagundes DJ. Gravidez ovariana íntegra: tratamento cirúrgico videolaparoscópico. *Rev Col Bras Cir*. 2007;34(2):135-7. doi: 10.1590/S0100-69912007000200015

5. Maia BT, Veloso GGV, Gonçalves, E. Gestação heterotópica após concepção espontânea: relato de caso. EFDeportes.com [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 10];19(193). Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd193/gestacao-heterotopica-apos-concepcao-espontanea.htm>
6. Araújo FM, Chaves ACL, da Silva FM, Pereira CC, Silveira AL, Valério FC, et al. Gravidez ectópica: abordagem diagnóstica e terapêutica. Rev Méd Minas Gerais. 2008;18(3 Supl 4):S63-7.
7. Aranda M, González MI, Ruiz F, Lizán C, Abril N, Bonilla F. Gestación heterotópica en dos casos de embarazos espontáneos. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012;77(6):444-6. doi: 10.4067/S0717-75262012000600006
8. Sampaio A, Pargana L, Aleixo F. Gravidez heterotópica tubária: a propósito de um caso clínico. Arq Mat Alfredo Costa. 2003;14(1):28-31.
9. 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
10. Deka D, Bahadur A, Singh A, Malhotra N. Successful management of heterotopic pregnancy after fetal reduction using potassium chloride and methotrexate. J Hum Reprod Sci. 2012;5(1):57-60. doi: 10.4103/0974-1208.97807
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. Rodrigues AF, Oliveira BEC, Santos DR, Silva Júnior EF, Guimarães FF, Muniz HG, et al. Torção ovariana. Rev Méd Minas Gerais. 2010;20(2 Supl 1):S78-81.
13. Yuk JS, Shin JY, Park WI, Kim DW, Shin JW, Lee JH. Association between pregnancy and adnexal torsion: a population-based, matched case-control study. Medicine (Baltimore). 2016;95(24):e3861. doi: 10.1097/MD.0000000000003861
14. Tsai HC, Kuo TN, Chung MT, Lin MY, Kang CY, Tsai YC. Acute abdomen in early pregnancy due to ovarian torsion following successful in vitro fertilization treatment. Taiwan J Obstet Gynecol. 2015;54(4):438-41. doi: 10.1016/j.tjog.2013.08.013