

GESTAÇÃO OVARIANA: RELATO DE CASO

OVARIAN PREGANCY: CASE REPORT

Iracema Correia Veloso,* Lana de Lourdes Aguiar Lima,*Ione Rodrigues Brum**

Resumo

A gestação ectópica (GE) consiste na implantação e no desenvolvimento do óvulo fora da grande cavidade uterina e é a principal causa de morte materna no primeiro trimestre da gestação. A literatura médica tem publicado, nos últimos anos, diversos relatos de caso de gestação ectópica de localização atípica (intersticial, cervical, cicatriz de cesárea, ovariana e abdominal) que representam situações de elevada morbidade e mortalidade. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de gestação ectópica ovariana ocorrida em Serviço de Ginecologia e Obstetrícia em Manaus/AM.

Palavras-chave: Gravidez Ectópica; Gravidez Ovariana; Laparotomia.

Abstract

The ectopic pregnancy (GE) is the ovule implementation and development ovule outside the uterine cavity and is the leading cause of maternal death in the pregnancy first trimester. The medical literature has been publishing in recent years, several case reports of ectopic pregnancy with atypical localization (interstitial, cervical, cesarean scar, ovarian and abdominal) that represents situations of high morbidity and mortality. This case report aims to describe an ovarian ectopic pregnancy occurred in obstetrics and gynecology service in Manaus, Amazonas state.

Keywords: Ectopic Pregnancy; Ovarian Pregnancy; Laparotomy.

Introdução

A gravidez ectópica está entre as principais urgências ginecológicas, representando a principal causa de morte materna no primeiro trimestre da gestação.¹ A gravidez implantada no ovário, no entanto, é uma condição rara, correspondendo a menos de 3% de todos os casos dessas gestações.²

A localização ovariana da gestação pode ser explicada por processos inflamatórios e aderências tubárias que dificultam sua mobilidade, quanto por alterações motoras

das fímbrias, cursando com a não captação do óvulo. Assim, o óvulo fecundado permanece na superfície do órgão.³

O diagnóstico precoce é importante para reduzir o risco de ruptura, além de melhorar o sucesso das condutas conservadoras. Atenção especial deve ser dada às pacientes com fatores de risco, como gravidez ectópica prévia, cirurgia tubária prévia (esterilização feminina, reanastomose tubária), infertilidade, doença inflamatória pélvica, endometriose, anticoncepção de emergência e tabagismo.⁴⁻⁵

*Médica residente em Ginecologia e Obstetrícia.

** Doutora em Medicina, chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Francisca Mendes.

Apresentamos um caso de uma paciente com gravidez ovariana rota e laqueadura tubária prévia.

Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 33 anos, obesa, casada, parda, natural de Manaus, residente do bairro Jorge Teixeira III, deu entrada no Serviço de Urgência da Maternidade Nazira Daou.

Queixava de enjoos e vômitos havia semanas, os quais não apresentavam melhora substancial com uso de medicações orais. Acrescido ao quadro, relatava dor moderada, progressiva, em pontada, em fossa ilíaca direita, iniciada havia 3 horas e atraso menstrual de 11 semanas e três dias. Possuía história ginecológica de quatro gestações anteriores, laqueadura tubária pós-parto havia sete anos e ciclos menstruais oligomenorreicos.

Paciente apresentava-se em bom estado geral, hipocorada, discretamente sudoreica, acianótica, afebril, pressão arterial de 110 x 70 mmHg. Abdome globoso, sem massas palpáveis, doloroso à palpação profunda em fossa ilíaca direita. Presença de discreta cicatriz em região umbilical.

Foram solicitados exames: beta-HCG qualitativo, hemograma, tipagem sanguínea com fator Rh, ecografia transvaginal. Os resultados deles foram: beta-HCG positivo, hematócrito de 29,6%, hemoglobina de 9,7, leucocitose de 20.400 com neutrofilia de 92%, tipagem O positivo; laudo ecográfico: útero aumentado de tamanho, com volume de 310 cm³. Endométrio heterogêneo, espessado, medindo 25 mm, sem saco gestacional. Ovário direito com volume aumentado, apresentando coleção líquida, medindo 6 x 3 cm (Figura 1). Ovário esquerdo não visualizado.

Paciente evoluiu com piora do quadro algico, sendo submetida à laparotomia exploradora de emergência. Os achados cirúrgicos foram: moderada quantidade de sangue em cavidade pélvica, ovário direito de volume aumentado, aspecto heterogêneo, com visualização de embrião sem batimento cardíaco em seu interior (Figura 2); ovário esquerdo sem anormalidade; útero aumentado de tamanho, miomatoso; tubas uterinas edemaciadas e fibrosadas. Foi realizado anexectomia esquerda.

Paciente evoluiu satisfatoriamente, sem intercorrências. Recebeu alta hospitalar em 72 horas.



Figura 1: Imagem ultrassonográfica mostrando ovário direito aumentado de tamanho (medindo 6 x 3 cm) apresentando coleção líquida em seu interior.

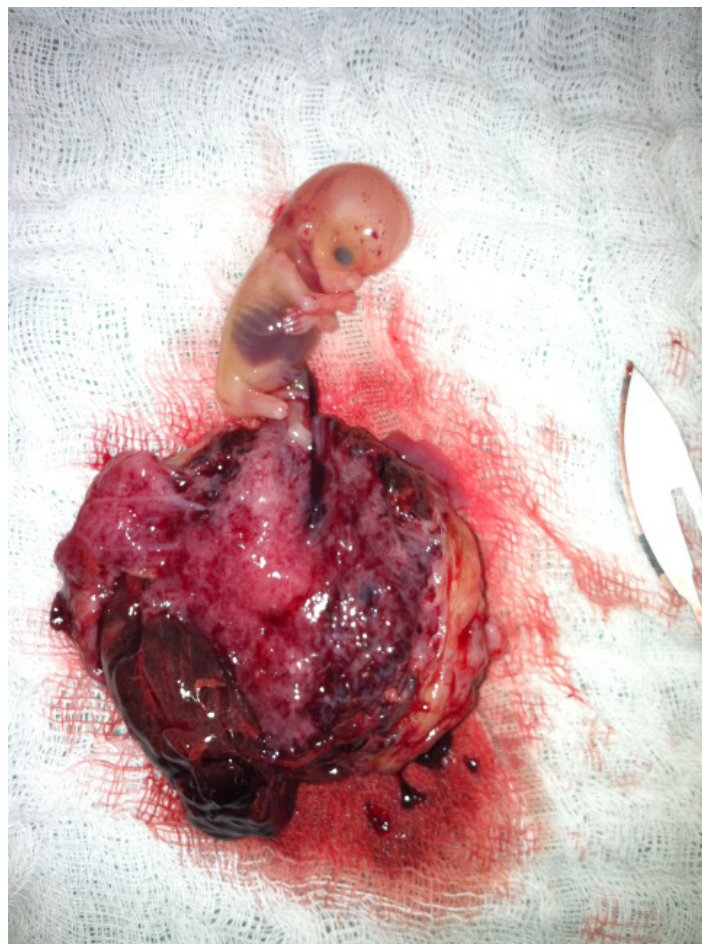


Figura 2: Achados cirúrgicos: ovário direito aumentado de tamanho, heterogêneo, contendo embrião medindo 4,0 cm.

Discussão

Foi observado que o quadro clínico de gravidez ovariana não difere das outras formas de gravidez ectópica. Na vigência de atraso menstrual, sangramento genital e/ou dor abdominal, a hipótese deve ser investigada. O diagnóstico depende da interpretação dos dados da anamnese, exame físico, níveis de beta-HCG, mas principalmente de exames de imagens como ecografia.

A ecografia transvaginal consegue visualizar o saco gestacional intrauterino com cinco a seis semanas de atraso menstrual.^{6,7} Quando a idade gestacional é desconhecida, os valores da b-HCG podem auxiliar na determinação da idade gestacional, além de ajudar na interpretação da imagem.^{8,9} O valor discriminatório da b-HCG é de 1.500 a 2.000 mUI/mL, ou seja, com valores superiores a este, a gestação intrauterina deveria ser confirmada à ecografia. A ausência

de imagem de gestação tópica com valores da b-HCG acima da zona discriminatória é indicativo de gestação anormal.¹⁰ A exceção a essa regra são os casos iniciais de gravidez múltipla, cujos valores da b-HCG são mais elevados quando comparados à gravidez única.¹¹

Com o aumento dos tratamentos de infertilidade, ocorreu também um aumento da incidência de gravidez ectópica em 1%. Mesmo, portanto, se na ecografia for visualizada gestação intrauterina, deve-se sempre obter imagens das regiões anexiais de modo a excluir a ocorrência de uma gravidez combinada.

Com o aprimoramento do diagnóstico da gestação ectópica, o tratamento tem sido realizado de forma mais precoce e com métodos menos invasivos.

A apresentação clínica, contudo, tem mudado de uma situação de risco de morte, na qual era necessária uma cirurgia de emergência, para uma

nova situação, com condições mais favoráveis, por vezes, com pacientes assintomáticas.

O relato de caso destaca a importância fundamental da ecografia no diagnóstico das alterações gestacionais no primeiro trimestre, valorizando as imagens ovarianas. Destacamos, também, a necessidade do exame de beta-HCG quantitativo nas maternidades públicas do Estado, o qual se torna necessário tanto para determinação de conduta quanto de acompanhamento.

Referências

1. Berg CJ, Chang J, Callaghan WM, Whitehead SJ. Pregnancy-related mortality in the United States, 1991-1997. *Obstet Gynecol.* 2003; 101(2): 289-96.
2. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D. *Obstetricia de Williams: 23rd Edition*; 2012: 251.
3. 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.
4. Butts S, Sammel M, Hummel A, Chittams J, Barnhart K. Risk factors and clinical features of recurrent ectopic pregnancy: a case control study. *Fertil Steril.* 2003; 80(6): 1340-4.
5. Fritz MA, Guo SM. Doubling time of human chorionic gonadotropin (HCG) in early normal pregnancy: relationship to HCG concentration and gestational age. *Fertil Steril.* 1987; 47(4): 584-9.
6. Timor-Tritsch IE, Yeh MN, Peisner DB, Lesser KB, Slavik TA. The use of transvaginal ultrasonography in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1989; 161(1): 157-61.
7. Romero R, Kadar N, Copel JA, Jeanty P, DeCherney AH, Hobbins JC. The value of serial human chorionic gonadotropin testing as a diagnostic tool in ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1986; 155(2): 392-4.
8. Kadar N, Romero R. Observations on the log human chorionic gonadotropin-time relationship in early pregnancy and its practical implications. *Am J Obstet Gynecol.* 1987; 157(1): 73-8.
9. Barnhart KT, Sammel MD, Rinaudo PF, Zhou L, Hummel AC, Guo W. Symptomatic patients with an early viable intrauterine pregnancy: hCG curves redefined. *Obstet Gynecol.* 2004; 104(1): 50-5.
10. Chung K, Sammel MD, Coutifaris C, Chalian R, Lin K, Castelbaum AJ et al. Defining the rise of serum HCG in viable pregnancies achieved through use of IVF. *Hum Reprod.* 2006; 21(3): 823-8.