



FACULDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

ANDREA DE MENEZES FARTO

**GESTÃO ECTÓPICA CORNUAL COM ROTURA UTERINA: UM RELATO DE
CASO**

JABOATÃO DOS GUARARAPES

2023

FACULDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

ANDREA DE MENEZES FARTO

**GESTÃO ECTÓPICA CORNUAL COM ROTURA UTERINA: UM RELATO DE
CASO**

TCC apresentado à Faculdade de
Medicina Tiradentes como requisito
para a conclusão da Residência Médica
de Ginecologia e Obstetrícia.

Orientador: Alexandre Marlon
Carvalho Oliveira

JABOATÃO DOS GUARARAPES

2023

ANDREA DE MENEZES FARTO

**GESTÇÃO ECTÓPICA CORNUAL COM ROTURA UTERINA: UM RELATO DE
CASO**

TCC apresentado à Faculdade de
Medicina Tiradentes como requisito
para a conclusão da Residência
Médica de Ginecologia e Obstetrícia

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Alexandre Marlon Carvalho Oliveira (Orientador)
Faculdade XXXXXXXXXXXX

Profº. Dr. XXXXXXXXX XXXXXXXX (Examinador Interno)
Faculdade XXXXXXXXXXXX

Profº. Dr. XXXXXXXXX XXXXXXXX (Examinador Externo)
Faculdade XXXXXXXXXXXX

RESUMO

Introdução: Gestação ectópica é quando a implantação e o desenvolvimento do blastocisto se d  fora da cavidade endometrial, podendo ocorrer na cavidade abdominal, nas trompas, nos ovários e no colo uterino. A incidência varia de acordo com a localização da implantação, sendo a mais comum a tubária, onde 80% ocorre no segmento ampular, 10% na porção ístmica e cerca de 2% na porção intersticial/cornual, segmento discutido neste relato de caso. Diante dos números referidos, trata-se de um caso raro e com baixa incidência na literatura, tornando o relato relevante para fontes de pesquisa. **Desenvolvimento:** Paciente T.R.S., 25 anos, 25 semanas de gestação. Procurou a maternidade por apresentar dor abdominal intensa e em faixa, com início no mesmo dia. Foi transferida a um serviço especializado e submetida a laparotomia exploradora que evidenciou gestação ectópica cornual avançada seguida de rotura uterina do segmento, levando ao óbito fetal. **Discussão:** Trata-se de um caso raro de gestação ectópica cornual, tanto por baixa incidência da localização quanto por idade gestacional tão avançada. Segundo a literatura, o desfecho poderia ter sido desfavorável, devido ao alto risco de morbimortalidade do diagnóstico, contudo o manejo rápido e eficaz tornaram o prognóstico positivo. **Conclusão:** Gestação ectópica é normalmente identificada por exames de imagem associado a sintomatologia, devido a raridade da ocorrência de gestações cornuais com idade gestacional avançada, faz-se necessário maiores estudos para uma melhor caracterização do caso, principalmente pela gravidade do quadro com objetivo de diminuir a morbimortalidade dessas pacientes.

Palavras-chave: Gravidez ectópica; Cornual; Rotura uterina

ABSTRACT

Introduction: Ectopic pregnancy is when the implantation and development of the blastocyst takes place outside the endometrial cavity, and may occur in the abdominal cavity, fallopian tubes, ovaries and uterine cervix. The incidence varies according to the location of the implantation, the most common being the tube, where 80% occur in the ampullary segment, 10% in the isthmic portion and about 2% in the interstitial/cornual portion, a segment discussed in this case report. Given the numbers mentioned, this is a rare case with a low incidence in the literature, making the report relevant to research sources. **Development:** Patient T.R.S., 25 years old, 25 weeks of gestation. She went to the maternity ward because of intense, band-like abdominal pain, which started on the same day. She was transferred to a specialized service and underwent an exploratory laparotomy, which showed advanced cornual ectopic pregnancy followed by uterine rupture of the segment, leading to fetal death. **Discussion:** This is a rare case of cornual ectopic pregnancy, both because of the low incidence of the location and because of the advanced gestational age. According to the literature, the outcome could have been unfavorable, due to the high risk of morbidity and mortality of the diagnosis, however, the quick and effective management made the prognosis positive. **Conclusion:** Ectopic pregnancy is usually identified by imaging tests associated with symptoms, due to the rarity of the occurrence of cornual pregnancies with advanced gestational age, it is necessary to carry out further studies for a better characterization of the case, mainly due to the severity of the condition in order to reduce the morbidity and mortality of these patients.

Keywords: Ectopic pregnancy; Cornish; Uterine rupture

LISTA DE ABREVIACES

β -HCG	Beta Gonadotrofina Corinica Humana
DIU	Dispositivo Intrauterino
HIV	Vrus da Imunodeficincia Humana
TGO	Transaminase Oxalactica
TGP	Transaminase Pirvica
BPM	Batimentos por minuto
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	10
3 MÉTODOS	11
4 DESENVOLVIMENTO	12
5 RESULTADO	14
6 DISCUSSÃO	17
7 CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

A gestação ectópica ocorre quando a implantação e o desenvolvimento do blastocisto se dá fora da cavidade endometrial, podendo ocorrer no abdome, nas trompas, nos ovários e no colo uterino. A localização mais comum é a tuba uterina (95%), seguido dos ovários (3%), cervical (2%) e abdominal (1%). Na prenhez tubária, o ovo fertilizado pode se desenvolver em qualquer local da tuba, como região ampular (80%), ístmica (10%) e intersticial/cornual (1-2%) (MONTENEGRO CAB, REZENDE FILHO J, 2008).

A gestação cornual é caracterizada pela implantação do blastocisto no segmento em que a trompa penetra na parede do útero, tornando-se uma condição grave devido à proximidade com as artérias uterinas. A mortalidade materna de gestação ectópica nesta localização é duas vezes maior que nos outros tipos de prenhez ectópica (POUJADE O et al., 2009; GALLEGOS FG et al., 2005).

Os principais fatores de risco para gravidez ectópica são cirurgia tubária/uterina prévia, utilização de Dispositivo Intrauterino (DIU), patologias tubárias, fertilização in vitro, tabagismo, múltiplos parceiros sexuais, gestação ectópica prévia, entre outros. Deve-se suspeitar de prenhez ectópica em qualquer mulher em idade reprodutiva com sintoma de sangramento vaginal associado a dor abdominal e amenorreia, especialmente naquelas que têm algum fator de risco. O exame físico poderá revelar defesa e/ou dor à descompressão durante a palpação abdominal e dor à mobilização uterina e de anexos, assim como massa anexial ao toque vaginal (TULANDI T, 2009).

O diagnóstico da gestação ectópica é baseado na história clínica, dosagem da beta gonadotrofina coriônica humana (β -HCG) e achados da ultrassonografia transvaginal. Esta combinação permite o diagnóstico precoce desta patologia, permitindo assim, opções terapêuticas menos invasivas. A Ultrassonografia transvaginal é o exame mais útil para determinar a localização da gestação. A visualização ecográfica extrauterina de saco gestacional com vesícula vitelínica ou embrião é diagnóstico de gestação ectópica, caso a ecografia não seja conclusiva, é necessário realizar dosagens seriadas de β -HCG, até que atinja o limite

discriminatório (FREITAS F et al., 2009).

A ausência de saco gestacional intra-uterino juntamente com título de β -hCG maior que 1.500 mUI/ml são altamente sugestivos de gestação ectópica. Já o diagnóstico cirúrgico, através da laparoscopia ou laparotomia, fica particularmente reservado a pacientes com sintomatologia suspeita, com exame ultrassonográfico inconclusivo, além das que apresentam quadro de instabilidade hemodinâmica (FREITAS F et al., 2009).

Como diagnóstico diferencial, enquadram-se doença inflamatória pélvica, apendicite, rotura uterina, torção de cisto ovariano, abortamento, patologias do trato urinário, ovulação, entre outros (FREITAS F et al., 2009).

Diante do apresentado, pode-se inferir que o relato de caso não se enquadra perfeitamente no que é mais comum encontrado na literatura, tornando o mesmo diferenciado tanto em diagnóstico e conduta. Este relato torna possível um questionamento sobre a incidência dos tipos de gestação ectópica e sobre a existência de casos não diagnosticados corretamente ou não descritos na literatura.

2 OBJETIVOS

Relato de caso de paciente diagnosticada com gestação ectópica cornual rota de idade gestacional avançada, submetida a manejo cirúrgico através de Laparotomia Exploradora + Anexectomia Direita.

3 MÉTODOS

As informações contidas nesta descrição de caso clínico foram obtidas por meio de revisão de prontuário, entrevista com equipe médica, registro de imagens e de exames e revisão da literatura.

Não se faz necessário preenchimento de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo em vista que os dados coletados serão analisados de forma anônima, não sendo possível a identificação do participante da pesquisa, sendo garantida a preservação dos dados coletados em confidencialidade.

Não há conflitos de interesse entre a pesquisadora e o tema abordado.

4 DESENVOLVIMENTO

Paciente T.R.S. de 25 anos, segunda gestação, sem comorbidades conhecidas, cesárea anterior como histórico cirúrgico, sem intercorrências obstétricas. Procurou atendimento de urgência em uma maternidade de baixo risco da cidade do Recife-PE apresentando quadro clínico de dor abdominal em andar superior de início súbito, associado a diarreia. Negou febre, vômitos, queixas obstétricas e urinárias. Estava no curso da vigésima quinta semana de gestação, calculada através de ultrassonografia obstétrica transvaginal no curso de 13 semanas. Possuía cartão pré natal com três consultas registradas, sendo a primeira sem registro de idade gestacional, pois paciente não sabia informar a data da última menstruação, a segunda com quinze semanas e três dias, e, a última consulta com vinte e uma semanas, onde a paciente apresentava apenas enjoos como queixa, além de registro de sorologias para hepatite B, HIV e toxoplasmose negativas, glicemia de jejum de 83 mg/dl e sumário de urina classificado apenas como “normal”.

Haviam registradas duas ultrassonografias obstétricas, sendo a primeira com treze semanas e a segunda com dezoito semanas, com um feto de 233g, com placenta anterior, líquido normal e cefálico. No serviço dia 03/01/2022, foi verificado exame físico que evidenciou que a mesma estava em estado geral regular, hipocorada (++)/4+, hidratada, acianótica, anictérica e afebril. Ausculta cardíacas e pulmonares sem alterações, com 106 bpm de frequência. Abdome era gravídico, doloroso à palpação difusamente, sem descrição do sinal de Blumberg e com presença de batimentos cardíofetais, mensurados em 140 bpm.

Foi realizada hidratação com soro fisiológico e soro glicosado, administrado escopolamina + dipirona e bromoprida, além de exames laboratoriais, onde há registro de hemoglobina de 10.6, leucócitos de 13.400 e TGO/TGP descritos como “normais”. Na ficha de atendimento há como conduta encaminhamento a serviço terceirizado por não melhora do quadro clínico pós-analgesia, necessidade de exame de imagem e avaliação multidisciplinar.

No mesmo dia, paciente deu entrada no hospital através da urgência obstétrica

onde foi avaliada e há registro do exame físico semelhante ao da transferência e com batimentos cardíofetais presentes e rítmicos. Foram solicitados exames laboratoriais e parecer da cirurgia geral, o qual foi solicitado ressonância magnética, pois não havia ultrassonografia disponível no momento. Durante internamento, antes mesmo de realizar qualquer exame de imagem, a paciente começou a apresentar instabilidade hemodinâmica, com sinal de blumberg positivo e sinais de choque hemorrágico, sendo levada imediatamente à sala de cirurgia.

Optado por laparotomia exploradora, onde, ao penetrar o peritônio visceral, houve expulsão imediata do feto, já em óbito, juntamente com grande quantidade de sangue em cavidade abdominal. Após retirada de feto e segmentos placentários, foi realizado toaleta cavitário onde verificou-se útero de tamanho e aspecto habitual para não gestantes, com massa em corno direito de cerca de 30 x 25cm de aspecto roto e friável, invadindo região anexial direita. Realizada anexectomia direita, sem intercorrências, sem necessidade de qualquer procedimento em corpo uterino, visto que o mesmo estava completamente íntegro e optado por realizar hemotransfusão intraoperatória de dois concentrados de hemácias.

5 RESULTADOS

Durante avaliação e indicação cirúrgica por parte da obstetrícia, foi solicitada a presença do cirurgião geral de sobreaviso do hospital devido hipótese de abdome agudo com possível comprometimento de sistema digestivo, sendo interrogada nas hipóteses pré-cirúrgicas: Apendicite, Colecistite e Pancreatite complicada.

Em bloco cirúrgico, sob efeito de anestesia geral, realizada incisão mediana transumbilical, sendo evidenciada grande quantidade de sangue e expulsão imediata de feto ao adentrar em cavidade abdominal. Feto masculino, sem vitalidade, pesando 620g (Figura 1) mais fragmentos placentários. Após controle hemorrágico, foi possível realizar inventário minucioso da cavidade, visualizando útero de aspecto ginecológico (Figura 2), anexo esquerdo de aspecto habitual e órgãos do trato digestivo sem alterações visíveis. Identificado anexo direito com aumento importante de volume, sendo possível observar segmentos de placenta em região cornual direita, com anatomia distorcida devido a rotura da porção (Figura 3).

Realizada anexectomia direita sem intercorrências, com revisão eficiente da hemostasia e fechamento da cavidade. Foi fornecida declaração de óbito referente ao feto e material retirado foi enviado a estudo anatomopatológico. Paciente foi encaminhada ao leito de UTI, onde realizou mais dois concentrados de hemácias e permaneceu por 48 horas, para supervisão clínica. Evoluiu com estabilidade hemodinâmica e com boas condições de alta para leito de enfermaria.

Em enfermaria, paciente evoluiu com melhora laboratorial, sem intercorrências clínicas e com adequadas condições de alta hospitalar no dia 10/01/2022. Paciente foi orientada a retornar ao ambulatório de ginecologia para revisão cirúrgica por sete dias e para resgate de resultado de anatomopatológico (Figura 4), porém, paciente não voltou ao serviço.

Figura 1 – Feto morto de prenhez ectópica



Foto autorizada pela paciente

Fonte: Autoria Própria (2022)

Figura 2 – Laparotomia Exploradora



Foto autorizada pela paciente

Fonte: Autoria Própria (2022)

Figura 3 – Anexo direito roto + Feto morto



Foto autorizada pela paciente

Fonte: Autoria Própria (2022)

Figura 4 – Material enviado para anatomopatológico



Foto autorizada pela paciente

Fonte: Autoria Própria (2022)

6 DISCUSSÃO

Originalmente, o termo “gravidez cornual” referia-se apenas a implantação no chifre de um útero bicornuado, em um chifre rudimentar de um útero unicornuado ou na metade lateral de um útero septado ou parcialmente septado (LAU S, TULANDI T, 1999). As gravidezes cornuais podem ser diagnosticadas incorretamente como intrauterinas porque são parcialmente implantadas no endométrio. Uma pista para corrigir o diagnóstico é sua localização excêntrica (TULANDI T et al., 2004).

Ao contrário do caso relatado, a ruptura da gravidez intersticial normalmente ocorre em idades gestacionais mais precoces (TULANDI T et al., 2004). Este tipo de implantação é incomum, correspondendo a cerca de 1 a 3 por cento de todas as gravidezes ectópicas (LARRAÍN D et al., 2011). A principal causa da gravidez ectópica é a interrupção da anatomia tubária normal por fatores como infecção, cirurgia, anomalias congênitas ou tumores. A distorção anatômica pode ser acompanhada por comprometimento funcional devido à atividade ciliar danificada (Murray H et al., 2005).

O maior risco está associado a um histórico de gravidez ectópica prévia ou cirurgia tubária (BOUYER J et al., 2003) porém, o risco de gravidez ectópica repetida em pacientes com gestação ectópica prévia é aproximadamente três a oito vezes maior em comparação com outras gestantes (LI C et al., 2015). Tal risco se relaciona tanto ao transtorno tubário subjacente que levou à gravidez ectópica inicial quanto à escolha do procedimento de tratamento (ZHANG D et al., 2016).

A prenhez ectópica é uma condição potencialmente fatal e as três abordagens para o manejo são: cirurgia, tratamento com metotrexato ou conduta expectante. Atualmente, o tratamento preferido é o tratamento farmacológico com metotrexato em detrimento do tratamento cirúrgico (CAPMAS P et al., 2014). Embora as abordagens cirúrgicas sejam o tratamento padrão ouro, os avanços no diagnóstico precoce na década de 1980 facilitaram a introdução da terapia medicamentosa. Com o uso rotineiro do ultrassom no início das gestações, o diagnóstico de gravidez ectópica pode ser estabelecido precocemente e o tratamento medicamentoso pode ser administrado na maioria dos casos (LIPSCOMB GH, 2007).

A taxa geral de sucesso do tratamento farmacológico em pacientes adequadamente selecionados é de quase 90% (MORLOCK RJ et al., 2000). É importante lembrar, no entanto, que a hemorragia da gravidez ectópica ainda é a principal causa de morte materna relacionada à gravidez no primeiro trimestre e é responsável por 4% de todas as mortes relacionadas à gravidez, apesar da melhoria dos métodos de diagnóstico que levam à detecção e tratamento mais precoces (BERG CJ et al., 2010).

7 CONCLUSÃO

Gestação ectópica é normalmente identificada por exames de imagem associado a sintomatologia, devido a raridade da ocorrência de gestações cornuais com idade gestacional avançada, faz-se necessário maiores estudos para uma melhor caracterização do caso, principalmente pela gravidade do quadro com objetivo de diminuir a morbimortalidade dessas pacientes. Este relato de caso visa apontar a incidência baixa deste tipo de gestação ectópica, questionando o diagnóstico precoce e a intervenção oportuna e eficaz para diminuir os riscos maternos.

REFERÊNCIAS

- Berg, C. J., Callaghan, W. M., Syverson, C., & Henderson, Z. (2010). Pregnancy-related mortality in the United States, 1998 to 2005. *Obstetrics and gynecology*, 116(6), 1302–1309. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181fdfb11>
- Bouyer, J., Coste, J., Shojaei, T., Pouly, J. L., Fernandez, H., Gerbaud, L., & Job-Spira, N. (2003). Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. *American journal of epidemiology*, 157(3), 185–194. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf190>
- Capmas, P., Bouyer, J., & Fernandez, H. (2014). Treatment of ectopic pregnancies in 2014: new answers to some old questions. *Fertility and sterility*, 101(3), 615–620. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.01.029>
- Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL. Rotinas em Obstetrícia. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006
- Gallegos, FG; Pavéz, CO; Jara, MM; Jesam, CG; Montero, JCC; Bustos, JCV. Embarazo ectópico intersticial complicado: urgencia ginecológica. *Rev chil obstet ginecol*. 2005, 70: 414-7.
- Larraín, D., Marengo, F., Bourdel, N., Jaffeux, P., Aublet-Cuvelier, B., Pouly, J. L., Mage, G., & Rabischong, B. (2011). Proximal ectopic pregnancy: a descriptive general population-based study and results of different management options in 86 cases. *Fertility and sterility*, 95(3), 867–871. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.10.025>
- Lau, S., & Tulandi, T. (1999). Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertility and sterility*, 72(2), 207–215. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(99\)00242-3](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(99)00242-3)
- Li, C., Zhao, W. H., Zhu, Q., Cao, S. J., Ping, H., Xi, X., Qin, G. J., Yan, M. X., Zhang, D., Qiu, J., & Zhang, J. (2015). Risk factors for ectopic pregnancy: a multi-center case-control study. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 187. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0613-1>

Lipscomb G. H. (2007). Medical therapy for ectopic pregnancy. *Seminars in reproductive medicine*, 25(2), 93–98. <https://doi.org/10.1055/s-2007-970048>

Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Obstetrícia Fundamental*. 11^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

Morlock, R. J., Lafata, J. E., & Eisenstein, D. (2000). Cost-effectiveness of single-dose methotrexate compared with laparoscopic treatment of ectopic pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 95(3), 407–412. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(99\)00548-7](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(99)00548-7)

Murray, H., Baakdah, H., Bardell, T., & Tulandi, T. (2005). Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 173(8), 905–912. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050222>

Poujade, O; Ducarme, G; Luton, D. Cornual heterotopic pregnancy: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2009, 3:7233.

Tulandi T. Clinical manifestations, diagnosis, and management of ectopic pregnancy. *Up to Date*, Jan 2009.

Tulandi, T., & Al-Jaroudi, D. (2004). Interstitial pregnancy: results generated from the Society of Reproductive Surgeons Registry. *Obstetrics and gynecology*, 103(1), 47–50. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000109218.24211.79>

Zhang, D., Shi, W., Li, C., Yuan, J. J., Xia, W., Xue, R. H., Sun, J., & Zhang, J. (2016). Risk factors for recurrent ectopic pregnancy: a case-control study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 123 Suppl 3, 82–89. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14011>