III Congresso Interligas de Urgência e Emergência

GESTAÇÃO ABDOMINAL COM RECÉM-NATO A TERMO NA MATERNIDADE ESCOLA MUNICIPAL MARIANA BULHÕES DE NOVA IGUAÇU: RELATO DE UM CASO

AUTORES: MARIANE MOREIRA BARBOSA[1]; TELASSIM TÁBATA DE ASSUMPÇÃO PACHECO[1]; JULIANA ALVIM PACHECO[1]; MARIANA FAGUNDES MATTOS[1]; FERNANDO DE SOUZA ZAMPIER FERREIRA[1]

CO-AUTORES: JÚLIA D'ÁVILA[1] ; CAMILA ZANETTI MACHADO[1]; TAINÁ TELES CALONIO[4]; ALESSANDRA FONSECA[3]; ANDREA ZANETTI[2]; JUCINEY PACHECO[2]; NILSON GOMES[21]

1- Discentes do curso de medicina da Unig- NI 2- Docentes do curso de medicina da Unig-NI 3- Médica da maternidade Mariana Bulhões 2.1- Coordenador do trabalho e Docente do curso de medicina da Unig-NI 4- Residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Geral de Nova Iguaçu

INTRODUÇÃO

A gestação abdominal constitui um evento extremamente raro em obstetrícia, variando a sua incidência de 1:10.000 a 1: 64.000 nascimentos. Na maioria destes casos verifica-se o decesso fetal, em decorrência da insuficiência placentária, por conta da má implantação do trofoblasto. São ainda frequentes as deformidades encontradas nos fetos nascidos destas gestações como as de face e membros, bem como a hipoplasia pulmonar, tais manifestações devidas à compressão exercida pelas estruturas abdominais. A morbimortalidade materna é elevada principalmente pelas complicações hemorrágicas devido ao desprendimento placentário. A placenta pela sua implantação nas estruturas abdominais como fígado, rim, grandes vasos, mesentérios e outras, não permite o secundamento feito de forma fisiológica, advindo daí sérias complicações na sua extração. A gestação abdominal a termo com feto vivo se apresenta com maior raridade na sua apresentação. A sobrevida neonatal é de cerca de 20% nas maiores séries publicadas. Dispor de equipe cirúrgica multiprofissional experiente, estrutura física e laboratorial nas unidades que se dispõem a atender este perfil de pacientes, faz-se necessário para o êxito na condução destes casos. No presente estudo, os autores relatam a sua experiência com um caso de gestação abdominal tardia atendida na maternidade municipal Mariana Bulhões no município de Nova Iguaçu.

OBJETIVOS

Os autores relatam um caso de gestação abdominal a termo com a presença de feto vivo que foi conduzido na maternidade municipal Mariana Bulhões no Município de Nova Iguaçu.

MATERIAIS E MÉTODOS

A.O.E., 19 anos, Gesta I Para 0, residente no município de Nova Iguaçu, foi admitida na maternidade municipal Mariana Bulhões no dia 11/06/20 para a realização de ultrassonografia de controle da oligodramnia a pedido do seu médico do pré-natal. O resultado da ultrassonografia evidenciou a presença de gestação abdominal com presença de feto vivo em situação longitudinal, em apresentação pélvica, com o dorso anterior, com movimentos e batimentos cardíacos presentes. Apresentava adramnia e peso estimado fetal de 2540g. A idade gestacional era de 37/38 semanas.

Pela idade gestacional a termo e implantação do feto, os autores decidiram realizar a laparotomia exploradora após se certificarem que todos os exames laboratoriais de rotina, bem como reservas de hemocomponentes estariam à disposição. Durante a cirurgia, identificou-se a presença do omento aderido à bolsa amniótica. Os autores fizeram a liberação deste e a incisão na bolsa amniótica com a retirada de concepto vivo, em boas condições de vitalidade, índice de APGAR 6/7, seguido de laqueadura do cordão umbilical, o qual possuía 1 artéria e 1 veia. A cirurgia foi realizada com equipe experiente e apta para a correção das possíveis complicações. Os autores não encontraram dificuldades para a realização do procedimento. A placenta se encontrava implantada no ovário direito e infundíbulo pélvico direito, sendo deixada no seu leito para acompanhamento clínico e ultrassonográfico da sua reabsorção no puerpério a posteriori.

US evidenciando gravidez abdominal a termo. Feto vivo

Placenta na cavidade abdominal

Placenta e cordão umbilical extremamente fino. 1 art. e 1 veia

RESULTADOS

O tratamento da gravidez abdominal é tradicionalmente a laparotomia. Casos recentes de cirurgia minimamente invasiva e procedimentos guiados por ultrassonografia estão surgindo na literatura para o tratamento de casos de gestação inicial. Alguns relatos recomendam a remoção da placenta, porém tal conduta deve ser avaliada pelo cirurgião e as condições do ato. Neste caso, os autores decidiram deixar a placenta no seu sítio primitivo por estar sem calcificações e implantada no ovário direito e infundíbulo pélvico direito, possuindo várias áreas de neo-vascularização. A tentativa do descolamento desta, poderia resultar em hemorragia cataclísmica pela intensa vascularização local.

No caso apresentado, o recém nato do sexo masculino apresenta artéria umbilical única, pé torto congênito postural esquerdo, assimetria craniana, orelhas de baixa implantação, hipertelorismo mamário e retrognatia.

A paciente evoluiu clínica e laboratorialmente dentro dos padrões da normalidade. Não houve a necessidade da administração de sangue ou hemoderivados. O puerpério se fez dentro do esperado e tanto a mãe como o recém nato receberam alta hospitalar em boas condições, sendo orientada a retornar na unidade para acompanhamento puerperal, bem como a reabsorção placentária.

CONCLUSÃO

Os autores concluíram que quando a gravidez abdominal é diagnosticada com menos de 20 semanas deve ser ofertado à paciente a interrupção da gestação. Após a 20ª semana, a conduta deve ser expectante até a 34ª semana, aguardando-se a maturidade pulmonar fetal.

A maior causa de mortalidade materna é a hemorragia no sítio placentário, porém no curso da cirurgia neste caso apresentado, não encontrou-se dificuldades, não havendo inclusive a necessidade da reposição de hemoderivados.

O caso apresentado é extremamente raro pois foi descoberta a gravidez intra abdominal no curso da 37ª/38ª semana, e de maior raridade ainda, por estar o feto vivo.

A gravidez abdominal a termo com a retirada de feto vivo e sem repercussões imediatas para a mãe e feto apresenta-se de forma raríssima. A abordagem destes casos, tomando-se todas as precauções clínicas e laboratoriais necessárias, bem como a condução desta por equipe cirúrgica experiente, contribuiu para serem alcançados resultados satisfatórios em um cenário totalmente adverso.

REFERÊNCIAS

1- Tolfac P N, Abanda M H, Minkande J Z, Priso E B. (2017)The challenge in the diagnosis and management of na advanced abdominal pregnancy in low resource srttings: a case report. J Med Case Rep 11 (1): 199

2- Rahman M S, AI Suleiman A S, Rahman J, AI Sibai M H. Advanced abdominal pregnancy ¾ observations in 10 cases. Obstet. Gynecol. 1982, 59: 3766-72

3- White R G. Advanced abdominal pregnancy ¾ a review of 23 cases. Ir J Med Sci 1989; 158: 77

4- Santos L C, Amorim M M, Miranda E, Saunders G O, Oliveira E, Gattás J. Gravidez abdominal a termo com feto vivo: relato de caso. Ver Bras. Ginecol. Obstet. 1999; 21(10): 611-15.

5- Nasali M N, Benti T M, Bandani-Ntsabele M, Musinguzi E. Acase report of na asymptomatic late term abdominal pregnancy with a live birth at 42 weeks of gestation. BMC Rest Notes. 2016; 9:1-5

6- Baffoe P, Fofie C, Gandau BN. Term abdominal pregnancy whith healthy newborn: A case report. Ghana Med J 2011; 45:81-3