



**Parto vaginal a termo após laparotomia exploradora em gravidez heterotópica:
relato de caso**

Yasmin Paes Galvão de Melo, Marília Fonteles Dias, Ana Paula Andrade Augusto

Palavras - chave: Gravidez heterotópica, Laparotomia exploratória, gestação ectópica, ruptura

INTRODUÇÃO: A gestação heterotópica é definida como uma gravidez intra e uma extra útero. É uma condição rara, mas, com o avanço das técnicas de reprodução assistida, a incidência vem aumentando gradativamente. O quadro clínico é inespecífico, constituído por dor abdominal, massa anexial e irritação peritoneal, o que dificulta e retarda o diagnóstico, sendo geralmente realizado somente após a ruptura da gravidez ectópica. O tratamento visa remover ou interromper a evolução da gravidez extra uterina, idealmente com método minimamente invasivo, e preservar a gestação tópica. O reconhecimento tardio está associado a um risco considerável de morbidade e mortalidade materna, ressaltando a importância da identificação e tratamento precoce desta patologia.

MATERIAL E MÉTODOS: As informações registradas neste trabalho foram obtidas através de revisão do prontuário, entrevista com a paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais a paciente foi submetida e revisão da literatura.

RESULTADOS: B. L. O, 25 anos, primigesta, admitida com IG 8 semanas e 5 dias procura atendimento médico devido dor em região hipogástrica e sangramento transvaginal em “borra de café”. Trouxe ultrassonografia com gestação tópica e 2º feto em anexo direito. Ao exame físico: pressão arterial: 99 x 63 mmHg, frequência cardíaca: 115 bpm; abdome: semi-globoso, flácido, doloroso em região de hipogastro, sem sinais de peritonite; toque vaginal: colo fechado. Paciente foi internada, realizou hemograma evidenciando discreta anemia, com hemoglobina de 10,6 g/dL, hematócrito: 32,6% e nova ultrassonografia com gestação tópica, com embrião único, vivo, e IG de 8 semanas e 5 dias. Formação volumosa em região anexial direita sugestiva de gestação ectópica (gestação heterotópica) rota. Foi submetida a uma laparotomia exploratória, sendo constatada presença de sangue em moderado volume e massa em trompa direita. Realizado exérese da massa com região central da trompa, com preservação total do ovário direito. Diagnóstico de gravidez tubária foi confirmado com exame anatomopatológico pós-cirúrgico, evidenciando vilosidades placentárias imaturas do primeiro trimestre da gestação nos cortes histológicos da tuba uterina. Evoluiu estável após procedimento e realizou nova ultrassonografia evidenciando gestação tópica, com presença de saco gestacional, normoimplantado, sem áreas de descolamento, e no interior do saco, visualiza-se embrião de morfologia usual para idade gestacional, com batimentos cardio embrionários normais e movimentação espontânea, sendo decidido por alta hospitalar com encaminhamento ao pré-natal de alto risco para acompanhamento. Não apresentou intercorrências durante todo pré-natal, até idade gestacional de 40 semanas e 5 dias, sendo encaminhada a emergência para internação e indução do parto, evoluindo para parto vaginal com nascimento de recém nascido, do sexo masculino, peso: 3470 gramas e Escala de Apgar 1º minuto igual a 8 e 5º igual a minuto 9.

DISCUSSÃO: Gestação heterotópica espontânea é um evento raro com incidência 1:30.000, contudo devido ao maior uso de técnicas de reprodução assistida atualmente, nota-se um aumento na quantidade de casos, atingindo 1:100-500. Outros fatores de risco para ocorrência são cirurgia prévia em tuba uterina, endometriose, doença inflamatória pélvica (DIP) e gravidez ectópica prévia. A localização mais comum é na tuba uterina (62%), mas podendo ser esta também cornual, cervical, ovariana, abdominal e em cicatriz de cesárea. A paciente em questão não possuía nenhum fator de risco para ocorrência de gravidez heterotópica, sendo sua gravidez concebida de forma espontânea. Os sintomas mais comuns são dor abdominal e sangramento transvaginal, mas devido a gravidez intra uterina presente, o diagnóstico de gravidez ectópica concomitante torna-se mais difícil de ser aventado precocemente. Além disso, pode ser assintomática em cerca de 24% dos casos, tornando evidente a importância da ultrassonografia transvaginal ser realizada cuidadosamente, avaliando regiões anexiais mesmo quando já há confirmação de saco gestacional intra uterino implantado adequadamente. O tratamento pode ser expectante, cirúrgico ou pode-se realizar aspiração do embrião guiada por ultrassonografia com ou sem uso de drogas para feticídio, sendo estabelecido conforme condição clínica do paciente, tamanho e localização de massa anexial, além da experiência da equipe responsável pelo caso. Dentre as abordagens cirúrgicas, a laparoscopia é o método de escolha, contudo diante dos sinais de instabilidade, a laparotomia é a melhor opção a ser realizada. Nossa paciente possuía sinais de rotura da gestação ectópica ao exame físico e a ultrassonografia, apresentando taquicardia, hipotensão e líquido livre na cavidade, sendo adequadamente indicada laparotomia exploradora para estabilização de quadro hemodinâmico materno. Com o tratamento cirúrgico, há risco de possíveis complicações, como hemorragia, infecção e abortamento, relatado em cerca de 15% dos casos tratados cirurgicamente. Neste caso, a gestação tópica evoluiu sem intercorrências durante todo pré-natal e houve nascimento de recém-nascido com boa vitalidade fetal. O presente caso demonstra como a identificação e tratamento instituídos precocemente contribuíram para o sucesso do desfecho materno e fetal.

Referências bibliográficas : Jiang et al. Management and obstetric outcome of 17 heterotopic interstitial pregnancy. BMC Pregnancy and Childbirth (2018)

Baxi, et al.: Expectant management of tubal heterotopic pregnancy. J Hum Reprod Sci / Volume 3 / Issue 2 / May - Aug 2010