

Gestação Heterotópica: Acompanhamento pré-natal subsequente

Heterotopic Pregnancy: prenatal Follow-up

Natália dos Santos Marliere

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
natalia.marliere@hotmail.com

Caroline Magalhães Ribeiro

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
cmagalhaesribeiro@gmail.com

Renata Sydão de Souza

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
renata_sydio@hotmail.com

Tássio de Faria Huguenin

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
tassiohuguenin@hotmail.com

RESUMO

A gestação heterotópica é uma condição rara, em que há gestação intrauterina e ectópica simultaneamente. É um evento mais comum quando são utilizadas técnicas de reprodução assistida, onde mais de um embrião é transferido, ou quando existem outros fatores de risco, como cirurgia pélvica prévia, doença inflamatória pélvica, malformações uterinas e anexiais, síndrome de hiperestimulação ovariana, abortamentos prévios, tabagismo e idade acima de 35 anos. Nas gestações heterotópicas que surgem através de concepções espontâneas, como da paciente em questão, a incidência estimada é de 1:30.000, o que evidencia a importância deste relato. Assim, esse artigo visa descrever o caso de uma mulher diagnosticada e tratada para gestação ectópica, enquanto havia um embrião normoimplantado desconhecido, e o acompanhamento subsequente dessa gestação tópica no pré-natal, demonstrando as condutas necessárias para garantir a saúde materno-fetal.

Palavras-chave: Gestação ectópica. Pré-natal.

ABSTRACT

Heterotopic pregnancy is a rare condition in which intrauterine and ectopic pregnancy are present simultaneously. The occurrence of this event is more common when assisted reproduction techniques are used, where more than one embryo is transferred, or when there are other risk factors, such as previous pelvic surgery, pelvic inflammatory disease, uterine and adnexal malformations, ovarian hyperstimulation syndrome, previous abortions, smoking and age over 35 years. In the case of heterotopic pregnancies that happen through spontaneous conceptions, such as the patient in question, the estimated incidence is 1:30,000, which highlights the importance of this report. Thus, this article aims to describe the case of a woman diagnosed and treated for ectopic pregnancy while there was an unknown normoimplanted embryo, and the subsequent follow-up of this pregnancy in prenatal care, demonstrating the necessary conducts to ensure maternal-fetal health.

Keywords: Heterotopic pregnancy. Prenatal.

CONTEXTO

A gestação heterotópica é uma condição rara, que se tornou mais frequente com as técnicas de reprodução assistida, com incidência de 1,5:1.000 nessas gestações. Nas concepções espontâneas, é um quadro 45 vezes mais raro, com incidência estimada de 1:30.000 gestações naturais, que inclui o caso da paciente do presente relato.

Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pela paciente.

1 APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente, 29 anos, sexo feminino, tercigesta com dois partos cesáreos prévios e idade gestacional de 33 semanas e 2 dias, foi atendida na Unidade Básica de Saúde da Família no município de Pinheral, RJ, no dia 26/05/2022 para consulta de pré-natal de baixo risco. Durante a anamnese, a paciente relatou ter sido submetida a salpingectomia com ooforectomia direita para tratamento de gestação ectópica no dia 15/12/2021. No entanto, relata ter permanecido com episódios de vômitos e cefaleia intensa, o que a fez realizar uma nova dosagem da fração beta da gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG), que permaneceu positiva. Ao realizar uma ultrassonografia transvaginal no dia 20/12/2021, foi constatada uma gestação tópica, normoimplantada, de 10 semanas e 6 dias e com vitalidade fetal preservada.

Em relação aos antecedentes pessoais, a paciente negou comorbidades e uso de medicações, com exceção do sulfato ferroso. Quando questionada sobre história de doença inflamatória pélvica, cirurgia tubária anterior, abortamentos prévios, tabagismo, endometriose, malformações uterinas e múltiplos parceiros sexuais (situações que constituem fatores de risco para gestação ectópica), a paciente negou.

A paciente manteve peso adequado e permaneceu normotensa, queixando-se apenas de dores em baixo ventre com o avanço da gravidez. No dia 26/05/2022, em sua última consulta antes de ser encaminhada ao pré-natal de alto risco, a mesma estava sem queixas, com idade gestacional de 33 semanas e 2 dias e altura de fundo uterino compatível, batimentos cardíacos fetais presentes e movimentação fetal ativa.

2 DADOS COMPLEMENTARES

- Procedimento diagnóstico histopatológico de anexo direito após salpingectomia e ooforectomia (15/12/2021): ovário direito medindo 3,0cm, com superfície enegrecida e microscopia com cistos foliculares e hemorragia do estroma; trompa direita medindo 8,0x4,0cm, com áreas hemorrágicas e microscopia com prenhez ectópica.

3 TRATAMENTO

Após procurar pronto-atendimento por dor intensa em baixo ventre, a paciente foi submetida a laparotomia exploradora que constatou gestação ectópica. Foi realizada salpingectomia com ooforectomia direita e análise histopatológica do material.

4 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

A paciente foi encaminhada ao pré-natal de alto risco para realizar um acompanhamento com assistência especializada. O método eleito para o parto deve ser a cesárea eletiva, por se tratar de uma situação de iteratividade (quando há duas ou mais cicatrizes de cesáreas anteriores), visto que a mesma já realizou duas cesarianas, além de ter sido submetida a uma cirurgia abdominal recente. Então, pelo protocolo da maternidade local, essa é a conduta adequada a ser instituída.

5 DISCUSSÃO

Gravidez heterotópica é a condição em que ambas as gestações, intrauterina e ectópica, estão presentes. Raramente ocorre após a concepção natural, sendo mais comum após a fertilização *in vitro* quando mais de um embrião é transferido.

Os principais fatores estão relacionados à reprodução assistida. Outros fatores envolvidos são cirurgia pélvica prévia, doença inflamatória pélvica, malformações uterinas e anexiais, síndrome de hiperestimulação ovariana e abortamentos prévios, que estão associados à ocorrência de gestações ectópicas, além de tabagismo e idade acima de 35 anos. No caso, o único fator de risco da paciente é a cesariana.

A manifestação clínica mais comum é a dor abdominal, como a paciente do caso apresenta. Também podem estar presentes: choque hipovolêmico, sinais de irritação peritoneal, massa anexial e sangramento vaginal, sendo que o sangramento e o choque costumam indicar ruptura da gestação ectópica e demandam tratamento urgente. A idade gestacional pode interferir na presença ou não dos sintomas.

O diagnóstico precoce pode ser difícil, já que uma dosagem aumentada de beta-hCG e um embrião intrauterino visto na ultrassonografia pode sugerir uma gestação normal, sendo raro pesquisar uma gestação ectópica em paciente assintomática. Diante de dor abdominal aguda e choque hemorrágico na presença de uma gestação intrauterina, especialmente após técnica de reprodução assistida, é fundamental considerar a hipótese. O padrão-ouro é a ultrassonografia transvaginal de alta resolução. Diante de tubas uterinas de aspecto suspeito ou líquido livre acumulado no fundo de saco de Douglas, a possibilidade de gestação heterotópica deve ser considerada. O uso de Doppler pode auxiliar o diagnóstico, pois o local de instalação do embrião ectópico apresentará fluxo sanguíneo aumentado e resistência diminuída.

Existem várias opções de tratamento, sendo recomendável que esse seja o menos invasivo possível, preservando a gestação intrauterina. Para escolher a melhor opção, devem ser analisadas as características da paciente, incluindo idade gestacional, viabilidade da gestação, sintomas e se houve ruptura da gravidez ectópica ou não. As três modalidades estudadas incluem cirurgia (laparotômica ou laparoscópica, que tem melhor visualização e exposição em relação à laparotomia, menos dor pós-operatória, menor tempo de hospitalização e deambulação precoce), tratamento medicamentoso e conduta expectante. É importante ressaltar que o Metotrexate, usado na gestação ectópica não pode ser usado nesse caso, já que há um feto na gestação intrauterina, que pode ser acometido pelos seus efeitos teratogênicos.

Conforme a literatura, se diagnosticada e tratada no tempo correto, a gravidez heterotópica tem desfecho favorável para a gestação intrauterina e para a mulher. Porém são necessários alguns cuidados, como acompanhamento da gestante no pré-natal de alto risco, para acompanhamento especializado, e realização de cesariana.

6 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

Questão 1 (Múltipla Escolha)

Sobre a gestação heterotópica, assinale a alternativa correta:

- a) A gravidez heterotópica é um evento comum que ocorre a cada 250 gestações.
- b) O padrão-ouro para o diagnóstico é a ressonância nuclear magnética de pelve.
- c) O diagnóstico deve ser considerado em caso de dor abdominal, choque hemorrágico e gestação uterina, principalmente após reprodução assistida.
- d) Dor abdominal e choque hemorrágico não indicam cirurgia na gravidez.
- e) O diagnóstico precoce em pouco reduz as complicações do quadro.

Gabarito: Letra C.

Questão 2 (Múltipla Escolha)

Sobre o tratamento da gestação heterotópica, assinale a alternativa correta:

- a) A cirurgia é a única opção possível de tratamento.
- b) As opções de tratamento são determinadas pelas características da paciente, como idade gestacional, sintomas e ruptura ou não da gestação heterotópica.
- c) O tratamento sempre deve ser feito de maneira expectante.
- d) A hemostasia não é preocupante, precisando retirar a gravidez a qualquer custo.
- e) Não existe superioridade da laparoscopia em relação à laparotomia.

Gabarito: Letra B.

Questão 3 (Discursiva) Cite três fatores de risco associados à gravidez heterotópica.

Gabarito: Uso de técnicas de reprodução assistida, especialmente aquelas com transferência de embriões; Cirurgia tubária prévia; Doença inflamatória pélvica; Malformações uterinas e anexiais; Gravidez ectópica prévia; Síndrome de hiperestimulação ovariana; Abortamentos prévios.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. Brasília, 2022. Disponível em: https://portaldeboas-praticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf.

CERNIAUSKAITÉ M. et al. Spontaneous Heterotopic Pregnancy: Case Report and Literature Review. Medicina. 2020; 56(8): 365. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1648-9144/56/8/365>.

CIMPOCA, B. et al. Heterotopic Quadruplet Pregnancy. Literature Review and Case Report. *Medicina*. 2021; 57(5):483. Disponível em: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC8151375&blobtype=pdf>

DENDAS, W. et al. Management and outcome of heterotopic interstitial. *Ultrasound*. 2017; 25(3):134-142. Disponível em: <http://europepmc.org/article/MED/29410688>.

HARZIF, AK. et al. Heterotopic Pregnancy: Diagnosis and Pitfall in Ultrasonography. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*. 2021; 10(1):53-56. Disponível em: <http://europepmc.org/article/MED/33747776>.

MONTEIRO, D. R. et al. Gestação heterotópica espontânea: relato de caso com diagnóstico e manejo oportunos. *Femina*. 2021; 49(5): 309-13. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1290569/femina-2021-495-p309-313-gestacao-heterotopica-espontanea-rela_53PIvDV.pdf.

MORONG, JJ. et al. Heterotopic Triplet Pregnancy After Clomiphene Citrate. *Winter*. 2021; 21(4): 416-418. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8675628/>.

TERRA, M. et al. Heterotopic cervical pregnancy after in-vitro fertilization - case report and literature review. *JBRA Assisted Reproduction*. 2019; 23(3):290-296. Disponível em: <http://europepmc.org/article/MED/31091055>.

WANG, X. et al. Rare heterotopic pregnancy after frozen embryo transfer: a case report and literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020; 20(1):542. Disponível em: <http://europepmc.org/article/MED/32943000>.