

Gravidez ectópica não tubárea como causa de óbito materno - Relato de duas raras apresentações: Cornual e Ovariana

Non-tubal ectopic pregnancy as a cause of maternal death - Report of two rare presentations: Cornual and Ovarian

Ana Maria do Amaral Antonio
Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS)

RESUMO

Introdução: A gravidez ectópica corresponde a 1% a 2% das gestações e é a principal causa de óbito no primeiro trimestre da gravidez. A maioria (98%) é de localização tubárea. A topografia não tubárea é bastante incomum: ovariana (0,15%), cornual ou intersticial (1,9%), cervical (0,15%), abdominal (1,4%) ou, mais raramente, em cicatriz de cesárea. **Objetivo:** Relatar dois casos raros e fatais de gravidez ectópica não tubárea, sendo uma cornual e outra ovariana. **Relato dos casos:** Primeiro caso - Mulher de 24 anos, procurou o pronto atendimento com dor abdominal vômitos e, como antecedente, relatava atraso menstrual. Evoluiu rapidamente para choque e óbito. A autópsia revelou rotura e hematoma em topografia cornual à esquerda e hemoperitônio. O exame histopatológico mostrou a presença de vilosidades coriônicas, confirmando a gravidez cornual. Segundo caso - Mulher de 33 anos, deu entrada no pronto atendimento em parada cardiorrespiratória e evoluiu para óbito. Como antecedente, apresentou dor abdominal. Autópsia revelou extenso hemoperitônio e lesão cística, hemorrágica e rota em ovário direito. O exame histopatológico mostrou a presença de vilosidades coriônicas. **Conclusão:** Devido à raridade desse tipo de afecção, bem como suas graves complicações, incluindo a morte, o diagnóstico precoce e o tratamento são cruciais.

Descritores: Mortalidade Materna; Gravidez Cornual; Gravidez Ovariana; Gravidez Ectópica.

ABSTRACT

Introduction: Ectopic pregnancy accounts for 1% to 2% of pregnancies and is the main cause of death in the first trimester of pregnancy. The majority (98%) are tubal in location. Non-tubal topography is quite uncommon: ovarian (0.15%), cornual or interstitial (1.9%), cervical (0.15%), abdominal (1.4%) or, more rarely, in a cesarean section scar. **Objective:** To report two rare and fatal cases of non-tubal ectopic pregnancy, one cornual and the other ovarian. **Case report:** First case - 24-year-old woman sought emergency care with abdominal pain, vomiting and, as a history, reported a missed menstrual period. It quickly progressed to shock and death. The autopsy revealed rupture and hematoma in the cornual topography on the left, and hemoperitoneum. The histopathological examination showed the presence of chorionic villi, confirming the cornual pregnancy. Second case - A 33-year-old woman was admitted to the emergency room with a cardiorespiratory arrest and died. As a background, he had abdominal pain. Autopsy revealed extensive hemoperitoneum and a cystic, hemorrhagic and ruptured lesion in the right ovary. Histopathological examination showed the presence of chorionic villi. **Conclusion:** Due to the rarity of this type of condition, as well as its serious complications, including death, early diagnosis and treatment are crucial.

Keywords: Maternal Mortality; Pregnancy Cornual; pregnancy Ovarian; Pregnancy Ectopic.

Correspondência:

Ana Maria do Amaral Antonio
E-mail: anamaria.amaral@online.uscs.edu.br
Data de submissão: 20/07/2023
Data de aceite: 03/07/2024

Trabalho realizado:

Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS)
Endereço: Rua Santo Antonio, 50, 2º andar. Bairro: Centro
CEP: 09521-160, São Caetano do Sul, SP, Brasil.
Telefone: (11) 4221-9888

INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica (GE) é definida como a implantação do blastocisto fora da cavidade uterina, correspondendo à 1% a 2% das gestações¹. Está associada à morbidade e mortalidade significativas, sendo responsável por 75% das mortes maternas no primeiro trimestre e por 9% de todas as mortes relacionadas à gravidez²⁻³. Cerca de 98% são de localização tubárea. A topografia não tubárea é bastante incomum: ovariana (0,15%), cornual ou intersticial (1,9%), cervical (0,15%), abdominal (1,4%) ou ainda, mais raramente, em cicatriz de cesárea; esta última associada ao crescente número de cesáreas³. Sabe-se também que o diagnóstico tardio e a escolha do tratamento inadequado para GE são apontados como as principais causas do óbito nestes casos⁴.

São relatadas duas apresentações raras de gravidez ectópica não tubárea, sendo uma

cornual e outra ovariana, que resultaram em óbito materno.

RELATO DOS CASOS

Primeiro Caso

Mulher, de 24 anos, procurou o pronto atendimento com quadro de dor abdominal, vômitos e, como antecedente, referia atraso menstrual. Evoluiu rapidamente para choque. Foi a óbito, sendo o corpo encaminhado ao Instituto Médico-Legal de São Paulo (IML-SP) para autópsia pericial por morte suspeita. O exame necroscópico revelou presença de ruptura da região cornual à esquerda, sinais de hemorragia recente e hemoperitônio (figura 1), além de sinais de choque hipovolêmico. O exame histopatológico confirmou a gravidez cornual rota, pela presença de decidualização da mucosa tubárea, bem como vilosidades coriônicas, conforme demonstra a figura 2.



Figura 1 (macroscopia): Caso 1 - Anexo uterino esquerdo, no qual se nota a presença das fímbrias tubáreas (*), ovário (**) e extremidade cornual rota, com sinais de hemorragia recente (**).

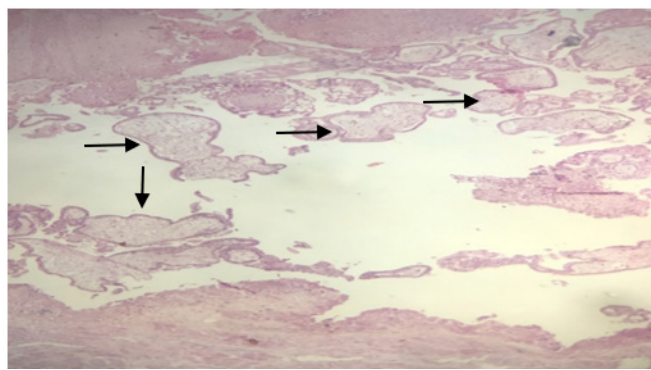


Figura 2 (microscopia - HE 100x): Caso 1 - Corte transversal da região cornual tubárea, que demonstra dilatação da luz e numerosas vilosidades coriônicas (sinalizadas pelas setas).

Segundo Caso

Mulher de 33 anos, deu entrada no pronto atendimento em parada cardiorrespiratória, com antecedente de dor abdominal, evoluiu rapidamente para o óbito. O corpo foi enviado para autópsia pericial no IML-SP por morte suspeita, que revelou extenso hemoperitônio e lesão hemorrágica no interior do ovário direito,

focalmente rota, envolvida por tecido ovariano (figura 3), estando o ovário devidamente posicionado em relação ao útero, pelo ligamento útero-ovariano. O exame histopatológico revelou a presença de vilosidades coriônicas. Não havia sinais indicativos de endometriose ovariana, conforme mostra a figura 4.



Figura 3 (macroscopia): Anexo uterino direito (ovário e tuba uterina), exibindo lesão hemorrágica, focalmente rota (*) em topografia ovariana, estando envolta por tecido ovariano ao corte (**). Adjacente, nota-se tuba uterina íntegra.

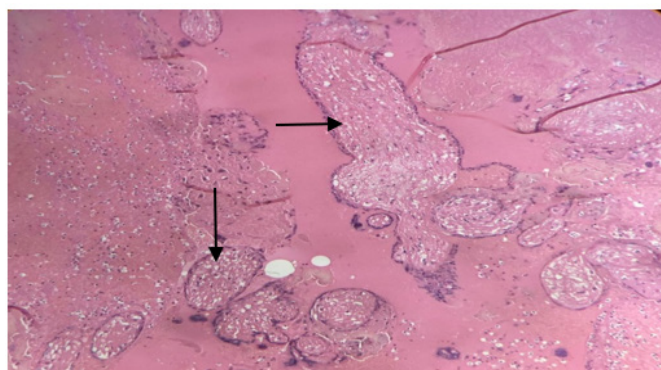


Figura 4 (microscopia-HE 200x): Presença de vilosidades coriônicas, em meio a coágulos sanguíneos, em topografia ovariana (setas).

DISCUSSÃO

A gravidez ectópica é a nidação do blastocisto fora da superfície endometrial da cavidade uterina. Pode ocorrer em diversos locais como nas tubas uterinas, ovários, colo uterino e cavidade abdominal¹. Aproximadamente 97 a 98% das gestações extrauterinas são localizadas nas tubas uterinas, sendo a região ampolar a mais comum, correspondendo a cerca de 70% a 80% das gestações tubáreas. Topografia em ovários, cicatriz uterina, peritônio e cervical representam cerca de 3% do total de gestações ectópicas².

A prevalência de gravidez ectópica gira em torno de 1% a 2% das gestações e é encontrada em 10 a 15% das mulheres que chegam ao serviço de urgência durante o primeiro trimestre da gravidez, sendo responsável por 10% de todas as mortes relacionadas ao período gestacional³⁻⁴.

Os principais fatores de risco correspondem à história prévia de outra gravidez ectópica, infecção e cirurgia tubária, incluindo laqueadura, doença inflamatória pélvica (DIP), uso de dispositivo intrauterino (DIU), infertilidade, técnicas de reprodução assistida e tabagismo⁴. Nos últimos anos, houve aumento na incidência de gravidez ectópica

devido à maior prevalência de DIP e do uso de tecnologias de reprodução assistida, com aumento na incidência para 2,1% a 8,6%, no último caso⁵.

O diagnóstico precoce é fundamental, sendo a tríade clínica clássica caracterizada por dor abdominal, sangramento vaginal e amenorréia, ainda que esta última possa estar ausente. São de grande auxílio a ultrassonografia transvaginal e a dosagem seriada da fração beta do hormônio gonadotrofina coriônica (β -HCG). A terapêutica varia desde condutas expectantes e conservadoras, como o tratamento clínico com metotrexate (MTX), um antagonista do ácido fólico, altamente efetivo contra o trofoblasto, para as gestações não rotas, até as cirúrgicas. Há recentes avanços na radiologia intervencionista minimamente invasiva, com administração percutânea de metotrexate, guiada por ultrassom (US), diretamente no saco gestacional ou por quimioembolização endovascular da artéria uterina, sendo considerado promissor a associação do procedimento minimamente invasivo e o uso de MTX. O tratamento cirúrgico é reservado para os casos nos quais a vitalidade fetal permanece ou há sinais de ruptura^{3,6-7}.

Raramente a gravidez ectópica implanta-se na região cornual ou intersticial. Este tipo de implantação corresponde a cerca de 1% a 3% de todas as gestações ectópicas. Ela ocorre quando o blastocisto implanta no segmento proximal da tuba uterina, localizada no interior da parede miometrial¹. Os fatores de risco são similares aos de outros tipos, exceto a salpingectomia ipsilateral, que é um fator de risco específico para a gravidez intersticial. O DIU pode também, ser considerado um possível fator de risco, especialmente aquele com levonorgestrel. As cornuais podem ser diagnosticadas, incorretamente, como intrauterinas porque são parcialmente implantadas no endométrio; porém sua localização é excêntrica e, ao contrário do que se achava, sua ruptura ocorre relativamente cedo⁸.

A gravidez ectópica em topografia ovariana é ainda mais rara, sua incidência varia de 0,15 a 3%. A duração de tal gravidez pode superar 4 semanas, com uma média de 45 dias, e leva a hemorragia fatal intra-abdominal. Estudos referem a fertilização intrafolicular causada por falência do ócito após ruptura do folículo maduro⁹.

Diversos fatores podem predispor ao desenvolvimento da gravidez ao nível ovariano, entre eles destacam-se os ovarianos (inflamação e aumento da adesividade local), como na endometriose ovariana; baixa pressão intrafolicular ou modificações nas células da

granulosa ou no *cumulus oophorus*) e tubáreos (falência devido a processos inflamatórios).

Classicamente a gravidez ovariana é diagnosticada segundo os critérios de Spiegelberg¹⁰ que são: útero vazio; tubas uterinas, bilateralmente, devem estar intactas; o saco gestacional deve estar em topografia de ovário normal; o ovário com o saco gestacional deve estar conectado ao útero pelo ligamento útero-ovariano e deve haver tecido ovariano na parede do saco gestacional¹¹.

O US transvaginal é importante para diferenciar de cisto luteínico hemorrágico, apendicite, infecção urinária e tumores ovarianos de células germinativas produtores de beta-HCG¹².

CONCLUSÃO

Devido à raridade desse tipo de afecção, bem como suas graves complicações, incluindo a morte, o diagnóstico precoce e o tratamento são cruciais, para diminuir a morbimortalidade nos casos de gravidez ectópica.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Superintendência da Polícia Técnico-Científica de São Paulo (SPTC-SP) por nos ter cedido as imagens, as quais tiveram autorização expressa para serem utilizadas nessa publicação científica.

REFERÊNCIAS

1. Lourenço IV, Reis J, Brito M, Condeço P, Verissimo C. Interstitial ectopic pregnancy – two case reports of early diagnosis and conservative management. *Acta Obstet Ginecol Port.* 2021;15(3):281-85.
2. Istrate-Ofiteru AM, Ruican D, Niculescu M, Nagy RD, Rosu GC, Petrescu AM, et al. Ovarian ectopic pregnancy: the role of complex morphopathological assay. Review and case presentation. *Rom J Morphol Embryol.* 2020;61(4):985-97.

3. Morais LR, Barreira BS, Silva DN, Souza FP, Machado LC, Gomes MP, et al. Tratamento conservador da gravidez ectópica. *Braz J Health Rev.* 2021;4(3):13250-260.
4. Araújo FM, Chaves AC, Silva FM, Pereira CC, Silveira AL, Valério FC, Rocha AL. Gravidez ectópica: abordagem diagnóstica e terapêutica. *Rev Méd Minas Gerais.* 2008;18(3 Supl 4):S63-S67.
5. Boychuk AV, Khlibovska OI, Yakymchuk YB. Ectopic pregnancy and its long-term results. *Wiad Lek.* 2020;73(1):139-44.
6. Fornazari VA, Szejnfeld D, Elito Júnior J, Goldman SM. Radiologia intervencionista e cirurgia endovascular no tratamento das prenhez ectópicas. *Einstein.* 2015;13(1):167-69.
7. Casadio P, Arena A, Verrelli L, Ambrosio M, Fabbri M, Giovannico K, et al. Methotrexate injection for interstitial pregnancy: hysteroscopic conservative mini-invasive approach. *Facts Views Vis Obgyn.* 2021;13(1):73-6.
8. Silva Filho ML, Marques GS, Nunes JT. Gravidez ectópica cornual: relato de caso. *Rev Med Saude Brasilia.* 2013;2(2):74-8.
9. Szadok P, Kubiacyk F, Bajorek A, Suchocki S. Ovarian ectopic pregnancy. *Ginekol Pol.* 2019;90(12):728.
10. Spiegelberg O. Zur Kasuistik der Ovarialschwangerschaft. *Arch Gynaekol.* 1878;13:73-9.
11. Singh S, Rout PK, Ayyanar P. Catch me while you scan: primary ovarian pregnancy. *J Hum Reprod Sci.* 2021;14(2):200-02.
12. Zoukar O, Zouari I, Jemaa Y, Aissa R, Mnejja A, Bayar A, et al. La grossesse ovarienne à propos d'un cas et revue de la littérature. *Pan Afr Med J.* 2021;40: 208.