

# Concomitância de gestação tópica e ectópica

## *Concomitance of topic and ectopic pregnancy*

Caio Parente Barbosa\*, Giana Martins Campoi\*\*, Karisa Martins Oliveira\*\*, Marcelo Etruri Santos\*\*\*, Paola Rossini Fasano\*\*, Priscilla Domene Vaccaro Silva\*\*, Sérgio Peixoto\*\*\*\*

### Resumo

A associação entre gestação tópica e ectópica é rara e ocorre aproximadamente em 1 a cada 30.000 gestações. Relatamos o caso de paciente primigesta, sem fator predisponente para gestação ectópica ou gemelar. Possuía ultra-sonografia de 9 a 10 semanas, com diagnóstico de gestação tópica gemelar, e apresentava dor hipogástrica de forte intensidade, acompanhada de náuseas e vômitos. Foi realizada nova ultra-sonografia transvaginal, que diagnosticou gestação tópica de 12 semanas e gestação ectópica em anexo direito, de 10 semanas e 3 dias, ambas com batimento cardíaco fetal presente. Optou-se então por resolução da gestação ectópica através de salpingectomia direita laparoscópica, visando à manutenção da gestação tópica. O quadro clínico apresentado e a ultra-sonografia com diagnóstico preciso realizada em tempo hábil possibilitaram intervenção terapêutica adequada e manutenção da gestação tópica concomitante. Entretanto, a primeira ultra-sonografia com diagnóstico errôneo poderia ter complicado o quadro, com rotura tubária e perda da gestação tópica. É importante salientar que o ultra-sonografista deve sempre estar atento à possibilidade da associação de gestação tópica e ectópica, aumentando a sensibilidade do método e reduzindo os riscos de possíveis complicações através de terapêutica adequada. Neste caso, a primeira ultra-sonografia tardou o diagnóstico correto, não permitindo uma cirurgia mais conservadora.

### Unitermos

Gestação; gestação ectópica; gestação tubárea; ultra-sonografia.

### Abstract

Association between topic and ectopic pregnancy is uncommon and occurs in approximately 1:30.000 pregnancies. We report the case of a primigest, without predisponent factors to ectopic or twin pregnancy. The patient had done a previous ultrasound

which showed a 9-10 weeks twin topic pregnancy, and had heavy hipogastric pain, followed by nausea and vomit. A new transvaginal ultrasound was made, which showed a 12 week topic pregnancy with visible fetal heartbeat and a 10 week and 3 days pregnancy, also with fetal heartbeat, at the right tube. Based on this, we choosed to solve the ectopic pregnancy through laparoscopic salpingectomy, in order to keep the topic pregnancy, wich, at this moment, is a 22-week pregnancy, without problems. The clinical feature and the second ultrasound with the right diagnostic allowed adequated therapeutic intervention and the maintenance of the topic pregnancy. Although, the first ultrasound, with wrong diagnostic, could have complicated the case, with tubarean rupture and loss of the topic pregnancy. It's important to reinforce that the ultrasonographer must always be aware of the possibility of concomitance between topic and ectopic pregnancies, rising the method sensibility, and diminishing the risks of complications through a precocious therapeutic. In this case, the first ultrasound delayed the correct diagnostic, hindering a more conservative surgery, like salpingostomy, making a salpingectomy necessary.

### Uniterms

Pregnancy; ectopic pregnancy; tubarean pregnancy; ultrasound.

### Introdução

Gestação ectópica é definida como aquela conseqüente de nidação e desenvolvimento do ovo fora da cavidade corporal do útero<sup>1</sup>. É freqüente, ocorrendo em 16% das gestações nos Estados Unidos<sup>2</sup>. Sua incidência vem crescendo nas últimas décadas<sup>3,4</sup>, em virtude do aumento dos fatores de risco que a predisõem: antecedentes de doença inflamatória pélvica, de cirurgias tubárias e prenhez ectópica prévias, gravidez após falha de

\* Professor da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC.

\*\* Acadêmicas do 6º ano da Faculdade de Medicina do ABC.

\*\*\* Professor da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC.

\*\*\*\* Professor Titular da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC.

dispositivo uterino ou minipílula, endometriose e gravidez após reprodução assistida<sup>1,5,6</sup>.

Concomitância de gestação tópica e ectópica é bastante infreqüente e sua incidência é de 1:30.000 gestações<sup>7-9</sup>, porém vem aumentando em decorrência dos avanços das técnicas de reprodução assistida, do uso de indutores de ovulação e do aumento da taxa de prenhez ectópica<sup>10</sup>.

O desenvolvimento e a disponibilidade de métodos mais sensíveis para diagnóstico desta manifestação – ultrasonografia transvaginal, Dopplerfluxometria colorida, radioimunoensaio para hormônio gonadotrófico coriônico e laparoscopia – tornou possível a detecção e intervenção precoces, prevenindo a mais importante complicação da prenhez ectópica, a rotura tubária<sup>5,11,12</sup>.

O objetivo do presente estudo é relatar um caso raro de ocorrência simultânea de gestação tópica e ectópica, em paciente sem fatores predisponentes para tal, visando a abordagem diagnóstica e terapêutica adequadas, a fim de favorecer a redução da morbi-mortalidade materna e viabilizar a gestação tópica concomitante.

## Relato do caso

Paciente branca, primigesta, 25 anos, com gestação de 11 semanas, calculada pela data da última menstruação. Possuía diagnóstico de gestação gemelar tópica por ultrassom realizado com 9 a 10 semanas. Apresentou quadro de dor em hipogástrio e fossas ilíacas, de forte intensidade, acompanhada de náuseas, vômitos e episódio de lipotímia. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, hemodinamicamente estável, afebril, com mucosas descoradas ++/4. O abdome encontrava-se globoso, levemente distendido e difusamente doloroso à palpação, principalmente em hipogástrio. O sinal de descompressão brusca do abdome era positivo, com ruídos hidroaéreos diminuídos. Ao exame especular, constatou-se ausência de sangramento proveniente do útero; toque vaginal combinado com colo impérvio, doloroso à mobilização do útero, com presença de tumor em região anexial direita e abaulamento de fundo de saco anterior.

Foi realizada ultra-sonografia transvaginal (Figura 1), que diagnosticou: 1) gestação tópica de 12 semanas, com batimentos cardíacos fetais presentes; 2) gestação ectópica de dez semanas e três dias em anexo direito, com batimentos cardíacos fetais presentes; 3) presença de pequena quantidade de líquido livre em fundo de saco posterior; 4) ovário direito de dimensões aumentadas (8,3 cm *versus* 4,9 cm); 5) ovário esquerdo de dimensões normais.

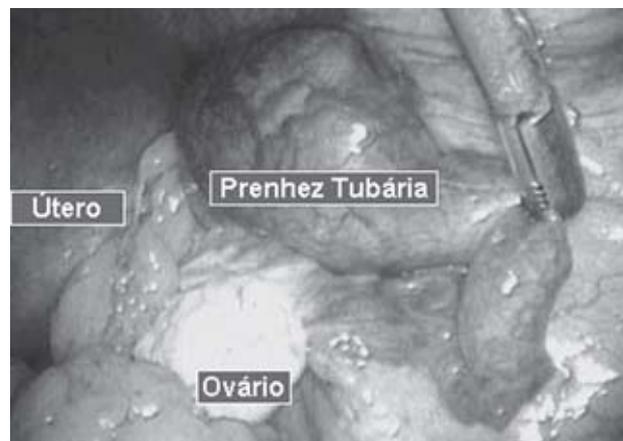
O hemograma apresentou taxa de hemoglobina de 7,8 mg/dL e hematócrito de 23% com hipocromia, 19.900 leucócitos, com neutrofilia, e 311 mil plaquetas.

Diante da constatação do quadro de concomitância de prenhez tópica e ectópica de primeiro trimestre, demonstrado na ultra-sonografia transvaginal, e também do quadro clínico e laboratorial apresentado pela paciente, foi proposta e realizada resolução da gestação ectópica através de salpingectomia direita laparoscópica (Figura 2); durante a



**Figura 1**  
**Ultra-sonografia transvaginal evidenciando gestação tópica de 12 semanas e ectópica em anexo direito de 10 semanas e 3 dias**

qual foi observado feto vivo em tuba direita, compatível com a idade gestacional constatada por exame ultra-sonográfico. Não houve intercorrências no intra ou pós-operatório, a paciente recebeu alta hospitalar no terceiro pós-operatório e foi orientada a dar início ao pré-natal para acompanhamento da gestação tópica. Esta resultou em nascimento de recém-nascido a termo, com peso adequado para a idade gestacional, por operação cesariana.



**Figura 2**  
**Visualização de gestação ectópica em tuba uterina direita no intra-operatório de cirurgia laparoscópica**

## Discussão

A incidência de gestação ectópica vem crescendo devido ao aumento do uso de técnicas de reprodução assistida. Estas, por incrementarem o número de gestações múltiplas, acabam por crescer, também, o número de casos de gestação tópica e ectópica combinadas. Na maior parte dos casos descritos, este tipo de gestação é observado em pacientes anteriormente submetidas a técnicas de indução de ovulação ou fertilização assistida.

A paciente do estudo engravidou espontaneamente, e também não apresentava nenhum fator predisponente à gestação ectópica, ou seja, antecedente de doença inflamatória pélvica, cirurgias tubárias, prenhez ectópica prévia ou endometriose. Tampouco estava fazendo uso de qualquer método anticoncepcional.

Também não foi constatado, nesta paciente, nenhum fator predisponente à gestação gemelar, como história familiar, idade avançada, raça negra, multiparidade<sup>2</sup>.

A ausência de todos os fatores anteriormente citados acentua ainda mais a raridade deste caso.

Outro fator que chama bastante a atenção pela sua infreqüência é o fato de que o feto desenvolvido na tuba uterina apresentava batimentos cardíacos no momento da salpingectomia. Entretanto, tal fato não interfere ou modifica a conduta a ser adotada.

Com relação ao quadro clínico de prenhez ectópica, a maioria dos sinais e sintomas apresentados pela paciente são descritos na literatura, que relata dor abdominal em 96% dos casos, atraso menstrual em 80%, sangramento vaginal em 60%, dor à mobilização do útero em 54%, abaulamento de fundo de saco em 40%, choque hipovolêmico em 40%, tumor anexial em 22% e distensão abdominal em 20%<sup>13,14</sup>. Do quadro acima descrito, nossa paciente não apresentou apenas sangramento vaginal e choque hipovolêmico. A ausência destes sinais pode ser explicada pelo fato de não ter ocorrido a rotura tubária, que deflagraria o sangramento e alterações hemodinâmicas importantes.

Estudos relatam que o diagnóstico clínico presuntivo de gestações intra-uterina e ectópica combinadas se faz quando a paciente apresentar dor abdominal, massa anexial, irritação peritoneal e útero aumentado de volume<sup>15</sup>, quadro apresentado por nossa paciente.

Diante do quadro clínico apresentado, poderíamos aventar alguns diagnósticos diferenciais, como ameaça de abortamento tópico, rotura de cisto lúteo ou folicular, torção de tumor ou cisto de ovário, salpingite ou patologias extragenitais, a exemplo de apendicite, diverticulite e cálculo renal<sup>16</sup>. Entretanto, uma propedêutica adequada, complementada por métodos diagnósticos de imagem, conduziu-nos ao diagnóstico preciso de prenhez ectópica tubária.

A ultra-sonografia é o exame menos invasivo e de maior resolutividade no diagnóstico precoce da gestação ectópica. Estudos comprovam que a sensibilidade da ultra-sonografia transvaginal com Dopplerfluxometria colorida no diagnóstico das gestações ectópicas é de 87%, com especificidade de

aproximadamente 99%<sup>17</sup>. É ainda um exame de fácil realização, de custo mais baixo em relação a outros métodos de investigação e de fácil acesso. É preconizado que a ultra-sonografia transvaginal seja realizada rotineiramente no primeiro trimestre visando, entre outros, ao diagnóstico de gestação ectópica. O examinador deverá avaliar os anexos cuidadosamente, não se atendo apenas à avaliação do útero. Apesar de raro, o diagnóstico da gestação ectópica simultânea à tópica sempre deverá ser lembrado<sup>12,17</sup>. É importante que o ultra-sonografista saiba reconhecer os sinais ecográficos desta associação, com o objetivo de diminuir as complicações advindas da gestação ectópica e de aumentar a probabilidade de a gestação intra-uterina chegar ao termo<sup>7</sup>.

Em nosso estudo, a paciente realizou ultra-som oportuno, com idade gestacional de 9 a 10 semanas. Entretanto, seu diagnóstico errôneo – gestação gemelar tópica – impediu uma abordagem mais precoce e, conseqüentemente, mais adequada do caso. Embora a resolução do caso tenha sido favorável, o diagnóstico precoce teria permitido um planejamento mais cuidadoso da cirurgia, uma vez que a paciente ainda não apresentava sintomas ou sinais que exigissem uma intervenção de urgência. A falha diagnóstica poderia ter levado a complicações graves, como rotura tubária e conseqüente hemorragia, fatores que elevam a morbidade materna.

Na vigência de prenhez tubária, o tratamento pode ser clínico, através do uso de metotrexato sistêmico ou local; ou cirúrgico, por salpingectomia ou salpingostomia. O metotrexato pode ser utilizado quando o diagnóstico da prenhez ectópica é precoce, com tuba uterina íntegra e ausência de sintomas exuberantes<sup>2</sup>. O tratamento local é realizado com injeção intra-amniótica de metotrexato, através de agulha guiada por ultra-sonografia transvaginal. O uso do metotrexato constitui uma opção mais conservadora e eficaz, que permite preservar a fertilidade<sup>18</sup>. Porém, na concomitância de gestação tópica, seu uso é proscrito, uma vez que pode gerar abortamento ou malformação do feto implantado no útero.

O tratamento cirúrgico pode ser realizado através de salpingectomia ou salpingotomia. Esta última é preferida, quando se deseja interferir o mínimo possível na fertilidade da paciente; entretanto, exige condições adequadas para sua realização: gestação precoce com tuba uterina íntegra, que permita a realização de anastomose. Em nosso caso, não foi possível manter a tuba, e optou-se por salpingectomia.

A via cirúrgica para o tratamento da prenhez ectópica pode ser a convencional – laparotômica – ou a via laparoscópica; sendo que ambas apresentam resultados semelhantes<sup>19</sup>. A via laparoscópica foi escolhida por apresentar menor trauma e manipulação cirúrgica, diminuindo assim os riscos de abortamento da gestação tópica; além da estabilidade hemodinâmica apresentada pela paciente permitir este tipo de abordagem e das já conhecidas vantagens do método videolaparoscópico, tais como redução da hospitalização e recuperação precoce<sup>19</sup>.

## Conclusão

A concomitância de gestação tópica e ectópica é rara (1:30.000), mas seu diagnóstico pode ser feito precocemente, através de ultra-sonografia pélvica transvaginal no primeiro trimestre da gestação. É importante, portanto, que o ultra-sonografista, na vigência de gestação, observe também os anexos, pois sabe-se que, quando o diagnóstico da gestação tubária é precoce, as complicações, como rotura tubária, podem ser evitadas.

A paciente com este diagnóstico deve ser tratada cirurgicamente de maneira conservadora, na tentativa de preservar a função tubária. Quando tal abordagem não for possível, devido a diagnóstico tardio ou outras condições que a impossibilitem, o tratamento radical (salpingectomia) é indicado. O tratamento deve objetivar a manutenção da gestação tópica concomitante, e, portanto, o trauma cirúrgico deve ser o menor possível.

## Referências bibliográficas

1. Zugaib M, Bittar RE. Protocolos assistenciais, clínica obstétrica da FMUSP. 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu: 1999, p. 173-5.
2. Neme B. Obstetrícia fundamental. São Paulo: Savier: 1994.
3. Al-Meshari AA, Chowdhury N, Adelusi B. Ovarian pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 1993;41:269-72.
4. Stroumbakis N, Feldman MG. Heterotopic pregnancy involving the ovary and uterus following ovulation induction: diagnosis and management. *Connecticut Medicine* 1991;55:195-9.
5. Ory SJ. New options for diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *JAMA* 1992;267(4):534.
6. Honey L, Leader A, Claman P. Uterine artery embolization – a successful treatment to control bleeding cervical pregnancy with a simultaneous intrauterine gestation. *Human Reproduction* 1999;14(2):553-5.
7. Rocha DC, Calcado AB, Nardi AG *et al.* Coexistência de gestação tópica e ectópica: aspectos ultra-sonográficos. *Radiol Bras* 1988;21:29-31.
8. Fernandes H, Ziegler D, Imbert MC, Cambet B, Frydman R, Papiernik E. Advanced combined intrauterine and ovarian gestations: case report. *European J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990;37:293-6.
9. Beckman CRB, Tomasi AM, Thomason JL. Combined interstitial and intrauterine pregnancy: cornual resection in early pregnancy and cesarean delivery at term. *Am J Obstet Gynecol* 1984;149:83-5.
10. Yaghoobian J *et al.* Demonstration of simultaneous intrauterine and extrauterine gestation. *J Ultrasound Med* 1986;5:309-12.
11. Bernabei A, Morgante G, Mazzini M, Guerrini E, Fava A. Simultaneous ovarian and intrauterine pregnancy: case report. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:134-5.
12. Pedreira DAL, Brizot ML. Ultra-sonografia no primeiro trimestre. In: Zugaib M. *Vitalidade fetal*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu: 1999, p. 51-64.
13. Boas FTV, Barros FC, Zagatti OJB. Prenhez ectópica – Análise de 82 casos. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1988;10:153-6.
14. Fleischer AC, Pennel RG, McKee MS, Worrel JA, Keefe B, Herbert CM, Hill GA, Cartwright PS, Kepple DM. Ectopic pregnancy: features of transvaginal sonography. *Radiology* 1990;174:375-8.
15. Recce EA, Petrie RH, Sirmans M *et al.* Combined intrauterine and extrauterine gestations: a review. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:323-9.
16. Resende JM, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. *Prenhez ectópica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 1999, p. 257.
17. Emerson DS, Cartier MS, Altieri LA, Felker RE, Snith WC, Stovall TG, Gray LA. Diagnostic efficacy of endovaginal color Doppler flow imaging in an ectopic pregnancy screening program. *Radiology* 1992;183:413-20.
18. Sodré FC, Araujo EL, Avila LJ. Resolução de gravidez ectópica com injeção intra-amniótica de metotrexato e subsequente gestação tópica. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1995;17:750-2.
19. Baumann R, Magos AL, Turnbull A. Prospective comparison of videopelviscopy with laparotomy for ectopic pregnancy. *Br J Obstet Gynecol* 1991;98:765-71.

### Endereço para correspondência

Paola Rossini Fasano  
Rua Santa Catarina, 57  
Ferraz de Vasconcelos, SP – CEP 08529-150  
E-mail: fasanopaola@yahoo.com.br