

Descritores

Gravidez heterotópica; Concepção natural; Gravidez ectópica tubária; Sangramento vaginal; Complicações na gravidez

Keywords

Heterotopic pregnancy; Natural conception; Tubal ectopic pregnancy; Vaginal bleeding; Pregnancy complications

Submetido:

06/08/2020

Aceito:

10/05/2021

1. Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino, São João da Boa Vista, SP, Brasil.
2. Universidade do Vale de Sapucaí, Pouso Alegre, MG, Brasil.
3. Departamento de Cirurgia Geral, Hospital das Clínicas Samuel Libânio, Pouso Alegre, MG, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Antonio Henrique Soares Telini
Largo Engenheiro Paulo de Almeida Sandeville, 15, 13870-377, São João da Boa Vista, SP, Brasil.
henrique.telini@gmail.com

Como citar?

Monteiro DR, Paula MC, Tavares YA, Bueno VH, Monteiro RR, Telini AH. Gravidez heterotópica espontânea: relato de caso com diagnóstico e manejo oportunos. *Femina*. 2021;49(5):309-13.

Gestação heterotópica espontânea: relato de caso com diagnóstico e manejo oportunos

Spontaneous heterotopic pregnancy: a case report with appropriate diagnosis and management

Dafny Rocha Monteiro¹, Maycon Cristian Gomes de Paula², Yuji Atarashi Tavares², Vitor Hugo Veronez de Souza Bueno², Rosângela Rocha Monteiro³, Antonio Henrique Soares Telini¹

RESUMO

Introdução: A gravidez heterotópica é um fenômeno obstétrico muito raro em concepções espontâneas no qual gestações tópica e ectópica coexistem. O diagnóstico é difícil, mas, se realizado precocemente, o prognóstico é favorável. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, de 35 anos de idade, admitida com quadro de dor abdominal e pequeno sangramento vaginal. Diagnosticada precocemente e tratada cirurgicamente por gravidez heterotópica naturalmente concebida. Como resultado, a gravidez tópica seguiu sem intercorrências. **Conclusão:** Esse caso enfatiza a necessidade de considerar esse diagnóstico diferencial e analisar clínica e ecograficamente as características globais da pelve, mesmo na ausência de fatores de risco em gestações tópicas.

ABSTRACT

Introduction: Heterotopic pregnancy (HP) is a rare obstetric phenomenon in spontaneous conceptions in which intrauterine and ectopic pregnancies coexist. The diagnosis is difficult, but, if performed early, the prognosis is favorable. **Case description:** A 35-year-old woman was admitted with abdominal pain and light vaginal bleeding. She was early diagnosed and surgically treated for a naturally conceived heterotopic pregnancy. As a result, the intrauterine pregnancy went on healthily. **Conclusion:** This case emphasizes the need to regard HP as a differential diagnosis and analyze the global pelvis characteristics both clinically and in ultrasound scans, even in the absence of risk factors when dealing with intrauterine pregnancies.

INTRODUÇÃO

A gravidez heterotópica (GH) foi documentada pela primeira vez em achados de autópsias datados de 1708.^(1,2) Trata-se de uma gestação na qual pelo menos dois sítios de implantação coexistem, geralmente intrauterino e extrauterino (ectópica).⁽¹⁻⁴⁾ Esse diagnóstico se tornou mais frequente com o advento das técnicas de reprodução assistida, conforme demonstrado em estudos norte-americanos de 1999 a 2002, com incidência dessas gestações de 1,5:1.000.⁽⁵⁾ No caso de concepções espontâneas, trata-se de um quadro 45 vezes mais raro, com incidência estimada de 1:30.000 gestações naturais.^(1,2,3,6)

Para a ocorrência dessa entidade clínica, são necessários fatores mecânicos e/ou funcionais que interfiram na passagem do blastocisto para o endométrio, resultando em sua nidação em sítios ectópicos.^(7,8) Nessas con-

cepções espontâneas, os fatores predisponentes para gravidez ectópica e heterotópica se equivalem, porém, nos casos de reprodução assistida, existem fatores de risco adicionais.⁽¹⁻⁶⁾

A dificuldade diagnóstica precoce pode ser atribuída a um viés em parâmetros utilizados para detecção de gravidez ectópica – entre eles, a dosagem quantitativa da fração beta da gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG), que terá uma velocidade de ascensão normal pela presença do tecido trofoblástico saudável intrauterino.⁽⁹⁾ Além disso, o quadro clínico da gestação heterotópica mimetiza uma ameaça de aborto ou gestação ectópica, entretanto com diagnóstico por vezes mais tardio, devido à presença da gestação saudável intrauterina frequentemente observada, o que reduz a atenção a possíveis alterações anexas ou em outros sítios.

A suspeição deve ocorrer quando houver dor abdominal, massa anexial, aumento de volume uterino e, em grande parte das vezes, peritonismo e outros sinais de abdome agudo hemorrágico, por causa de rotura, por exemplo, da tuba uterina, que é o sítio ectópico de implantação mais comum (90% dos casos).^(10,11) Uma vez estabelecidos o diagnóstico e a intervenção terapêutica adequados, possui prognóstico favorável.^(1,12,13)

O considerável aumento da incidência total de GH e o crescente acesso às técnicas de reprodução assistida incentivaram a realização deste relato de caso, reforçando a necessidade de considerar precocemente esse diagnóstico diferencial desafiador nos casos suspeitos e de manter sempre a atenção às características globais da pelve, mesmo quando houver uma gestação tópica.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 35 anos de idade, casada, caucasiana, auxiliar administrativa.

Primigesta, apresentou diagnóstico ultrassonográfico de gestação tópica de sete semanas concebida naturalmente, não planejada, e procurou atendimento médico ambulatorial na semana seguinte, com oito semanas de idade gestacional, queixando-se de um episódio de sangramento vaginal vermelho-escuro, sem coágulos, de moderada quantidade, associado a dor em fossa ilíaca esquerda (FIE), há dois dias. A dor se apresentava em pontadas, de caráter intermitente e intensidade moderada (5 na escala visual analógica de dor, variando de 0 a 10). Nos dias seguintes ao primeiro episódio de sangramento vaginal de maior volume, sucederam-se sangramentos de pequena monta, com dor pélvica localizada mantida. Negou outros sintomas nesse período.

Em relação aos antecedentes pessoais, apresentava hipotireoidismo pré-gestacional, em tratamento com levotiroxina 150 mcg (Puran T4®).

Negou outras medicações em uso e não estava realizando suplementação com ácido fólico.

Negou outras comorbidades, malformação uterina conhecida, histórico de doença inflamatória pélvica ou

cirurgias abdominais ou de gravidez ectópica. Negou tabagismo e etilismo, bem como antecedente de gestação gemelar na família.

Ao exame físico geral, encontrava-se em bom estado geral, corada, eupneica, afebril, consciente e orientada no tempo e espaço, com saturação de oxigênio (SatO₂) de 98% em ar ambiente e sinais vitais normais. Apresentava abdome doloroso à palpação profunda em fossa ilíaca esquerda, sem peritonismo (descompressão brusca negativa).

Ao exame especular, foi constatado colo uterino epitelizado, orifício externo puntiforme e presença de pequeno sangramento vaginal coletado.

Ao toque vaginal, foram observados útero grávidico com aumento compatível com a idade gestacional de oito semanas, colo uterino impérvio sem dor à mobilização e fundo de saco vaginal livre. O anexo direito não apresentava alterações e o anexo esquerdo era doloroso à palpação bimanual, sem massa palpável.

Foi solicitada avaliação complementar com nova ultrassonografia transvaginal, que evidenciou útero grávidico com ecotextura miometrial homogênea e embrião vivo em saco gestacional tópico na região fúndica (Figura 1). Ademais, foi descrita a presença de imagem cística na região paraovariana esquerda, com diâmetro médio de 15,1 mm, apresentando imagem interna hiperecogênica medindo cerca de 10 mm, sugerindo saco gestacional ectópico íntegro com embrião sem batimentos cardíacos evidenciados (Figura 2). Observado, por fim, corpo lúteo em ovário direito (Figura 3).

A paciente foi internada com diagnóstico de gestação heterotópica para tratamento cirúrgico. Os exames pré-operatórios demonstravam:

- Hemograma: hemoglobina e hematócrito normais (14,2 g/dL e 41,7%, respectivamente); discreta leucocitose fisiológica (leucócitos: 10.960/mm³ – 3% bastonetes/68% segmentados/23% linfócitos/6% monócitos) e plaquetas normais (406.000/mm³);



Figura 1. Saco gestacional tópico, localizado na região fúndica, de contornos regulares, medindo 30 mm de diâmetro médio, com embrião apresentando comprimento cabeça-nádegas (CCN) de 19 mm e batimentos cardíacos fetais (BCFs) de 156 batimentos por minuto



Figuras 2 e 3. Figura 2 (acima) sugestiva de saco gestacional na região paraovariana esquerda, medindo 15,1 mm de diâmetro médio, com embrião sem batimentos cardíacos evidenciados. Figura 3 (abaixo) demonstrando corpo lúteo de ovário direito

- Tipagem sanguínea (ABO e Rh): A+;
- Coagulograma: RNI (1,32) e tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) sem alterações;
- Função renal sem alterações, com creatinina de 0,6 mg/dL e ureia de 19 mg/dL.

Foi realizada laparotomia exploradora sob raqui-anestesia (Figura 4), sem intercorrências, com estabilidade hemodinâmica durante todo o procedimento. No inventário da cavidade, evidenciaram-se útero aumentado para oito semanas, anexo direito e ovário esquerdo sem alterações. Observou-se cerca de 200 mL de sangue livre na cavidade abdominal (hemoperitônio), associado a dilatação de terço distal da tuba uterina esquerda (ampola). Notava-se que o sangramento era proveniente do óstio abdominal da tuba uterina e que não havia rotura da tuba uterina contendo o saco gestacional (Figura 5). Foi realizada salpingectomia esquerda, sem intercorrências (Figura 6). O exame anatomopatológico posterior



Figura 4. Hemoperitônio identificado na laparotomia



Figura 5. Salpingectomia esquerda – tuba uterina se apresentava edematosa, equimótica e dilatada pela presença de saco gestacional ectópico



Figura 6. Tuba uterina esquerda ressecada, com presença de saco gestacional íntegro na ampola tubária

corroborou o diagnóstico de gravidez tubária. Não houve intercorrências no pós-operatório e a paciente recebeu alta dois dias após a cirurgia, com prescrição de analgesia leve e suplementação com ácido fólico.

Uma semana após o procedimento, a paciente retornou à consulta médica em bom estado geral, sem queixas. Na ultrassonografia transvaginal, constatou-se feto único, compatível com nove semanas de gestação, com batimentos cardíacos fetais (BCFs) presentes, sem alterações anexiais. Assim, foi orientada a se manter em repouso e em abstinência sexual, com o uso de progesterona natural micronizada (Utrogestan®) 200 mg via vaginal, mantida até a 12ª semana de gestação.

O pré-natal transcorreu normalmente até 37ª semana de idade gestacional, datada pela ecografia, com a paciente sem queixas e sem novos episódios de sangramento vaginal. No dia 18/11/2020, com 37 semanas e quatro dias de idade gestacional, evoluiu com amniorrexe prematura no termo e foi submetida a cesariana, sem intercorrências, por opção materna. A recém-nascida é do sexo feminino, pequena para a idade gestacional (PIG), com peso de 2.555 g e 44 cm de comprimento, com idade gestacional de 37 semanas e dois dias pelo método de Capurro e Índice de Apgar 9/10. Sem alterações ao exame físico neonatal. Mãe e recém-nascida tiveram alta 48 horas após a internação, sem alterações no controle glicêmico neonatal, solicitado por ter sido PIG. No puerpério imediato, nenhuma complicação foi evidenciada, e a paciente segue sem queixas. Foi fornecido o consentimento informado da paciente para a publicação deste relato de caso, juntamente com as imagens que o acompanham.

DISCUSSÃO

A gestação heterotópica é uma condição rara na prática obstétrica.⁽¹⁰⁾ Estima-se uma incidência de 1:30.000 gestações naturalmente concebidas.⁽¹³⁾ Dessas, a maior parte das implantações (95%) ocorre na tuba uterina, especialmente em seu segmento ampular (80%), como o reportado neste relato.^(7,14) Menos de 5% ocorrem no segmento intersticial das trompas, na região do corno uterino, ovário, colo uterino, em cicatriz de cesariana prévia ou em espaços peritoneais.^(7,10)

Alguns fatores de risco estão associados à ocorrência de gestações ectópicas e de GH. Os principais fatores estão relacionados ao uso de técnicas de reprodução assistida, especialmente aquelas com transferência de embriões.^(2,11) Nesses casos, a incidência pode chegar a 1% das gestações.⁽⁶⁾ Outros fatores envolvidos são: cirurgia tubária prévia, doença inflamatória pélvica, malformações uterinas e anexiais, gravidez ectópica prévia, síndrome de hiperestimulação ovariana e abortamentos prévios.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ O tabagismo e a idade acima de 35 anos também são descritos como predisponentes à implantação ectópica.⁽¹⁸⁾ Apesar disso, o presente caso demonstra a ocorrência mesmo sem a presença de fatores de risco.^(14,17)

O tempo de evolução da GH interfere na presença ou não dos sintomas, e nenhum deles é específico da condição.

As manifestações clínicas mais comuns são dor abdominal (83%) e choque hipovolêmico (13%), associados a sinais de irritação peritoneal, massa anexial e/ou sangramento vaginal no exame físico obstétrico.^(11,13,18,19)

No caso reportado, a paciente encontrava-se com dor abdominal localizada, sem sinais de irritação peritoneal e hemodinamicamente estável. O sangramento vaginal que a levou a buscar atendimento médico pode ocorrer, mas é incomum na GH, por causa do saco gestacional tópico normoimplantado.⁽¹⁹⁾

O diagnóstico precoce é fundamental para reduzir as complicações do quadro. É feito a partir da suspeição clínica, com avaliação complementar dos níveis de β -hCG (com ascensão normal tanto na tópica quanto na heterotópica, auxiliando no diagnóstico apenas das ectópicas isoladas) e ultrassonografia transvaginal (USTV), sendo esse o padrão-ouro.^(16,18) No entanto, somente 26% das GHs são diagnosticadas precocemente com o uso dos critérios clínico-ecográficos. O uso de USTV de alta definição com Doppler pode auxiliar o diagnóstico, pois o local de instalação do embrião ectópico apresentará fluxo sanguíneo aumentado e resistência diminuída.⁽²⁰⁾

Nos Estados Unidos da América e em grande parte do mundo, a gravidez ectópica é a maior causa de mortalidade materna no primeiro trimestre da gravidez.⁽²¹⁾ Dados mundiais revelam que complicações decorrentes de gestação ectópica correspondem a até 15% da mortalidade materna ao longo do ciclo gravídico-puerperal.⁽²²⁾ Em relação à morbidade associada, pode acarretar outras complicações hemorrágicas decorrentes de rotura tubária ou cornual e, nos casos de GH, abortamento da gravidez intrauterina.^(10,13,23) As taxas de ocorrência de aborto após a abordagem cirúrgica, entretanto, parecem estar diminuindo, como demonstram estudos retrospectivos que compreendem o período de 1992 a 2015, apresentando prevalência de 47,4% nos mais antigos e chegando a 7,3% nos mais recentes.⁽²⁴⁻²⁶⁾

A GH pode ser abordada por conduta expectante, terapêutica medicamentosa e cirúrgica laparotômica ou laparoscópica.⁽²¹⁾ No entanto, o tratamento adequado em cada situação ainda é controverso.⁽²⁾ A administração de metotrexato é a conduta não cirúrgica mais comum para casos selecionados de gravidez ectópica isolada; na GH, porém, esse tratamento é contraindicado em caso de gestação tópica viável coexistente.⁽²⁷⁾ Em comparação à laparotomia, a laparoscopia proporciona melhor visualização e exposição, menos dor pós-operatória, deambulação precoce e menor tempo de hospitalização, além de ser tão segura quanto a laparotomia durante a gravidez.^(13,23) No caso apresentado, optou-se pelo tratamento cirúrgico laparotômico com anestesia raquidiana, tendo em vista um menor risco potencial de contaminação por SARS-CoV-2 no cenário epidemiológico no ano em que ocorreu o caso.⁽²⁸⁾

CONCLUSÃO

Esse caso raro de gravidez heterotópica gerada por concepção espontânea demonstra o desafio da suspeição diagnóstica, principalmente pela ausência de fatores de risco associados e primeiro exame ecográfico sem alterações anexas notadas. Ainda assim, o caso foi diagnosticado e tratado precocemente, reduzindo complicações, evitando a morbimortalidade materna e assegurando a continuidade da gravidez tópica com um desfecho obstétrico favorável para o binômio materno-fetal, com nascimento saudável e boa evolução no puerpério e período neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Kumar R, Dey M. Spontaneous heterotopic pregnancy with tubal rupture and pregnancy progressing to term. *Med J Armed Forces India*. 2015;71(Suppl 1):S73-5. doi: 10.1016/j.mjafi.2013.02.017
2. Guan Y, Ma C. Clinical outcomes of patients with heterotopic pregnancy after surgical treatment. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017;24(7):1111-5. doi: 10.1016/j.jmig.2017.03.003
3. Okunowo AA, Okunade KS, Adefemi AK, Habeebu-Adeyemi FM. A successfully managed spontaneous heterotopic pregnancy diagnosed in the second trimester of pregnancy. *Niger Postgrad Med J*. 2016;23(2):101-3. doi: 10.4103/1117-1936.186302
4. Algeri P, Ornaghi S, Rota SM, Intelisano G, Vergani P. The pivotal role of betaHCG levels in the diagnosis and management of heterotopic twin pregnancy, a rare and life threatening high-risk condition. *J Obstet Gynaecol*. 2019;39(6):856-7. doi: 10.1080/01443615.2019.1571568
5. Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, Jamieson DJ, Reynolds MA, Wright VC. A comparison of heterotopic and intrauterine-only pregnancy outcomes after assisted reproductive technologies in the United States from 1999 to 2002. *Fertil Steril*. 2007;87(2):303-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.06.037
6. Li JB, Kong LZ, Yang JB, Niu G, Fan L, Huang JZ, et al. Management of heterotopic pregnancy: experience from 1 tertiary medical center. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(5):e2570. doi: 10.1097/MD.0000000000002570
7. Chukus A, Tirada N, Restrepo R, Reddy NI. Uncommon implantation sites of ectopic pregnancy: thinking beyond the complex adnexal mass. *Radiographics*. 2015;35(3):946-59. doi: 10.1148/rg.2015140202
8. Porto CC, Porto AL. *Semiologia médica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
9. Dor J, Seidman DS, Levran D, Ben-Rafael Z, Ben-Shlomo I, Mashiach S. The incidence of combined intrauterine and extrauterine pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril*. 1991;55(4):833-4. doi: 10.1016/s0015-0282(16)54258-7
10. Pratilas GC, Chatzis P, Panteleris N, Chatzistamatiou K, Zeipiridis L, Dinas K. Concealed heterotopic pregnancy at 12 weeks, with no coexisting risk factors: lessons to be learned. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017;43(1):228-31. doi: 10.1111/jog.13157
11. Donadio NF, Donadio N, Martins PT, Cambiaghi CG. Gestação heterotópica: possibilidade diagnóstica após fertilização in vitro. A propósito de um caso. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(9):466-9. doi: 10.1590/S0100-72032008000900007
12. Maruotti GM, Sarno L, Morlando M, Sirico A, Martinelli P, Russo T. Heterotopic pregnancy: it is really a rare event? The importance to exclude it not only after in vitro fertilization but also in case of spontaneous conception. *Fertil Steril*. 2010;94(3):e49. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.05.001
13. Na ED, Jung I, Choi DH, Kwon H, Heo SJ, Kim HC, et al. The risk factors of miscarriage and obstetrical outcomes of intrauterine normal pregnancy following heterotopic pregnancy management. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(37):e12233. doi: 10.1097/MD.00000000000012233
14. Guimarães AC, Reis LD, Leite FC, Reis CF, Costa AP, Araujo WJ. Spontaneous heterotopic triplet pregnancy with a two viable intrauterine embryos and an ectopic one with right tubal rupture. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019;41(4):268-72. doi: 10.1055/s-0039-1683910
15. Anastasakis E, Jetti A, Macara L, Daskalakis G. A case of heterotopic pregnancy in the absence of risk factors. A brief literature review. *Fetal Diagn Ther*. 2007;22(4):285-8. doi: 10.1159/000100792
16. Jeon JH, Hwang YI, Shin IH, Park CW, Yang KM, Kim HO. The risk factors and pregnancy outcomes of 48 cases of heterotopic pregnancy from a single center. *J Korean Med Sci*. 2016;31(7):1094-9. doi: 10.3346/jkms.2016.31.7.1094
17. Mihmanli V, Kilickaya A, Cetinkaya N, Karahisar G, Uctas H. Spontaneous heterotopic pregnancy presenting with hemoperitoneum. *J Emerg Med*. 2016;50(1):44-6. doi: 10.1016/j.jemermed.2015.02.050
18. Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. *Fertil Res Pract*. 2015;1:15. doi: 10.1186/s40738-015-0008-z
19. Lima T, Dias C, Oliveira T. Heterotopic pregnancy: urgent ultrasonographic diagnosis. *Acta Obstet Gynecol Port*. 2016;10(2):160-1.
20. Noor N, Bano I, Parveen S. Heterotopic pregnancy with successful pregnancy outcome. *J Hum Reprod Sci*. 2012;5(2):213-4. doi: 10.4103/0974-1208.101024
21. Mukul LV, Teal SB. Current management of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2007;34(3):403-19, x. doi: 10.1016/j.ogc.2007.07.001
22. Lawani OL, Anozie OB, Ezeonu PO. Ectopic pregnancy: a life-threatening gynecological emergency. *Int J Womens Health*. 2013;5:515-21. doi: 10.2147/IJWH.S49672
23. Jiang Y, Chen J, Zhou H, Zheng M, Han K, Ling J, et al. Management and obstetric outcomes of 17 heterotopic interstitial pregnancies. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):78. doi: 10.1186/s12884-018-1700-x
24. Soriano D, Vicus D, Schonman R, Mashiach R, Shashar-Levkovitz D, Schiff E, et al. Long-term outcome after laparoscopic treatment of heterotopic pregnancy: 19 cases. *J Minim Invasive Gynecol*. 2010;17(3):321-4. doi: 10.1016/j.jmig.2010.01.016
25. Li XH, Ouyang Y, Lu GX. Value of transvaginal sonography in diagnosing heterotopic pregnancy after in-vitro fertilization with embryo transfer. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013;41(5):563-9. doi: 10.1002/uog.12341
26. Lyu J, Ye H, Wang W, Lin Y, Sun W, Lei L, et al. Diagnosis and management of heterotopic pregnancy following embryo transfer: clinical analysis of 55 cases from a single institution. *Arch Gynecol Obstet*. 2017;296(1):85-92. doi: 10.1007/s00404-017-4384-y
27. Allison JL, Aubuchon M, Leasure JD, Schust DJ. Hyperosmolar glucose injection for the treatment of heterotopic ovarian pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2012;120(2 Pt 2):449-52. doi: 10.1097/AOG.0b013e31824f6379
28. Mallick R, Odejinmi F, Clark TJ. Covid 19 pandemic and gynaecological laparoscopic surgery: knowns and unknowns. *Facts Views Vis Obgyn*. 2020;12(1):3-7.