

GRAVIDEZ OVARIANA ÍNTEGRA: TRATAMENTO CIRÚRGICO VIDEOLAPAROSCÓPICO

THE INTACT OVARIAN PREGNANCY: VIDEOLAPAROSCOPY SURGICAL TREATMENT

Sergio Bigolin¹; Djalma José Fagundes, TCBC-SP²;
André Fernando Detoni³; Henri Chaplin Rivoire⁴

INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica rota é considerada uma urgência ginecológica, representando uma das principais complicações em gestações de primeiro trimestre. A gravidez ovariana íntegra, no entanto, constitui numa condição extremamente rara. Sua ocorrência é estimada 1/10.000 gestações uterinas e de 1/1000 gestações ectópicas¹.

A gestação ovariana pode resultar de alterações da função de captação ovular, presentes nas fimbrias tubárias, e/ou processos aderenciais e inflamatórios, que impedem a mobilização tubária e sua adaptação sobre a área ovariana em que ocorre a ruptura folicular. Assim, apesar da presença de perviedade tubária, o óvulo fecundado permanece na superfície ou se aprofunda na estrutura ovariana. Segundo os critérios de Spiegelberg, uma gestação ovariana é caracterizada quando ocorre a presença de saco gestacional em topografia ovariana e parcialmente envolvido pelo parênquima ovariano, todo este conjunto ligado ao útero pelo ligamento útero-ovariano e a tuba contralateral íntegra.

Apresentamos um caso de uma paciente com gravidez ovariana íntegra, diagnosticada pelo exame ecográfico e que foi submetida a tratamento por meio de videocirurgia.

RELATO DO CASO

Paciente com idade de 34 anos, caucasiana, casada, nuligesta, com acompanhamento de rotina no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Caridade de Erechim, RS no período de 30 de março de 2001 a 2 de junho de 2003. Apresentava ciclos regulares 30/4 dias. Fez uso contraceptivo com dispositivo intra-uterino (DIU) até junho de 2003 e após intercalou anticoncepcional oral com método natural de abstinência periódica, não apresentava história prévia de doenças tocoginecológicas.

Em março de 2003, no exame periódico de rotina, encontrava-se assintomática. A ecografia endovaginal foi normal, com DIU bem posicionado. Exame colpocitológico de padrão normal com flora vaginal habitual, não patogênica.

Em junho de 2003 foi retirado o DIU após cinco anos de uso, pois a paciente desejava engravidar. Retornou em 23

de outubro de 2003 com história de atraso menstrual, compatível com 7 – 8 semanas de gestação, apresentando discreto sangramento vaginal.

No exame físico apresentava dor discreta na região pélvica e ao exame especular apresentava pequeno sangramento pelo orifício cervical. O teste sorológico foi positivo para gravidez.

Consoante à história clínica, exame físico e laboratorial foi solicitada a ecografia endovaginal. Realizada no mesmo dia teve como resultado: útero 7,6 x 5,5 x 3,5 cm, volume 77ml, endométrio hiperecogênico com espessura de 0,5 cm. Ovário esquerdo normal, ovário direito aumentado de volume observando –se imagem compatível com saco gestacional e no seu interior imagem ecográfica compatível com embrião, porém com ausência de batimentos cardíofetais. Adicionalmente observou –se presença de imagem compatível com vesícula vitelínica.

Baseado nos achados clínicos, laboratoriais e ecográficos, optou-se pelo tratamento cirúrgico por meio de uma operação videolaparoscópica. A paciente foi devidamente esclarecida e assinou o termo de consentimento sobre as eventualidades do tratamento proposto.

Na videolaparoscopia, a revisão da cavidade não evidenciou nenhuma alteração, porém constatou-se pequena quantidade de sangue no fundo de saco posterior na região pélvica. O ovário direito apresentou-se aumentado de volume com identificação de uma massa escura, vinhosa de cerca de 6cm x 4cm (Figura 1). Considerando o tamanho da lesão optou-se pela retirada da massa ovariana realizando uma ooforoplastia. O exame anátomo-patológico (macro e microscópico) do espécime operatório revelou a presença de tecido ovular infiltrado por tecido estranho compatível à gestação ectópica ovariana não rota (Figura 2), exame realizado no laboratório de Medicina Diagnóstica de Erechim, RS.

O pós-operatório evoluiu sem intercorrências, a paciente teve alta após 24 horas após o procedimento. O seguimento ambulatorial mostrou recuperação satisfatória. A paciente informou o retorno da atividade sexual após 15 dias do ato operatório. No momento faz uso de método contraceptivo de abstinência sexual periódica e pretende engravidar em um ano.

1. Professor Assistente da Disciplina de Embriologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Missões-Campus Erechim (URI) – RS.

2. Professor Adjunto da Disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP-EPM.

3. Médico Ginecologista, Erechim – RS.

4. Professor Adjunto da Disciplina de Técnica Cirúrgica e Chefe do Departamento de Cirurgia da Fundação Universidade do Rio Grande - FURG-RS.

Recebido em 10/06/2005

Aceito para publicação em 10/08/2005

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Trabalho realizado no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Caridade de Erechim – RS.

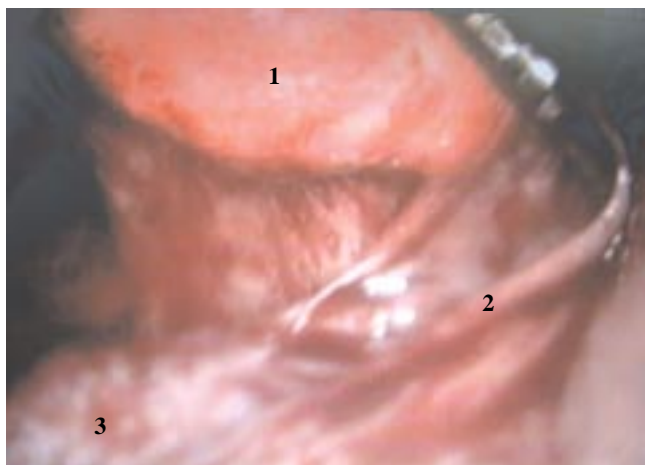


Figura 1 – Aspecto do ato operatório identificando: útero (1), tuba uterina direita (2), ovário direito aumentado (3).

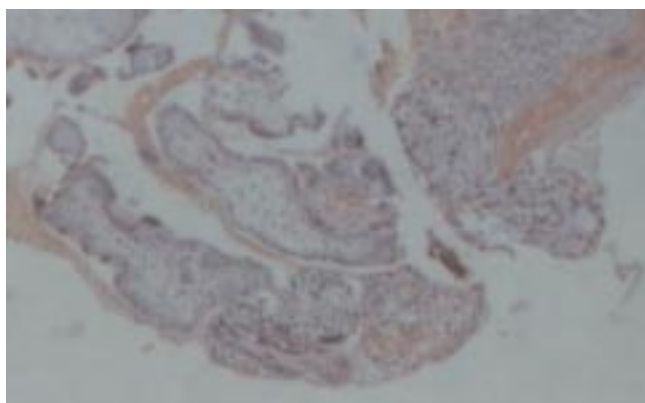


Figura 2 – Corte histológico da peça operatória com tecido placentário (vilosidades) – HE - 40X.

DISCUSSÃO

A gestação ectópica ocorre em cerca de 2% de todas as gestações nos EUA, contribuindo significativamente para o aumento da morbimortalidade materna¹. Em Israel vem ocorrendo um aumento das gestações ectópicas ovarianas, tendo sido constatado 20 casos entre 1971 e 1989 contra 17 casos entre 1990 e 2000, representando 2,6% de todas as modalidades de gestações ectópicas².

A gravidez ovariana pode apresentar duas variedades: superficial com nidação sobre folículo roto e profunda com nidação no âmago do parênquima ovariano.

A gravidez ovariana pode resultar de alterações da função de captação ovular, presentes nas fimbrias tubárias, ou processos aderenciais ou inflamatórios que impedem a mobilização tubária. São referidos também como fatores de risco o uso de análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), pímulas anticoncepcionais e DIU com progestágenos^{1,2}.

A gravidez ovariana íntegra é um evento extremamente raro. Assim como a gravidez heterotópica, os procedimentos operatórios pélvicos, a doença inflamatória pélvica entre outros, são fatores de risco para implantação extra-uterina do conceito, pois alteram a mobilidade, a anatomia e o peristaltismo normal das tubas uterinas, com isto interferindo na captação ovular pelas fimbrias tubárias^{1,3}.

Foi observado que o quadro clínico de gravidez ovariana íntegra não difere das outras formas de gravidez ectópica. O diagnóstico depende da interpretação dos dados da anamnese, exame físico, sorologia, mas principalmente do exame de imagem: a ecografia. O nível sérico de gonadotrofina coriônica de 3400miliUI/mL foi inferior ao esperado para gestação de sete semanas que é de 6000 a 7000miliUI/mL, porém em gestação ectópica isto é condizente.

A espessura do endométrio encontrada foi de 0,5mm inferior ao esperado já que em simples fase progesterônica encontra-se endométrio de 10mm. Isto pode ser explicado pelo fato da paciente estar com sangramento, levando a descamação do endométrio.

O tratamento preconizado é cirúrgico conservador, ou seja, procura-se poupar a maior quantidade de tecido ovariano possível, retirando-se somente o volume correspondente ao tecido ectópico. A ooforectomia só se justifica quando o volume de tecido ectópico for extenso ou ocorrer dificuldade técnica (tecido ectópico firmemente aderido ao estroma ovariano, friabilidade do estroma ovariano, hemorragia de difícil controle) para extrair completamente o saco gestacional⁴.

Há relatos na literatura⁵ sobre a revisão de vários ensaios para tratamento da gravidez ectópica, mostrando que a possibilidade de resolução definitiva está na associação da conduta cirúrgica e doses múltiplas de metotrexate (indica-se quatro injeções endovenosas de metotrexate 1mg/Kg⁻¹ e quatro intramusculares). Em uma série de 1626 laparoscopias conservadoras sem metotrexate para gestação ectópica o percentual de sucesso foi de 93%, com gravidez tópica posterior em 57% dos casos e ectópica posterior de 13%.

No caso relatado não se identificou nenhum fator predisponente que sugerisse alteração na função de captação ovular pela tuba uterina. Deste modo o tratamento operatório não foi complementado com nenhum outro procedimento medicamentoso, pois pareceu pequeno o risco de outra gestação ectópica no futuro.

Este relato de caso destaca a importância do exame ecográfico no primeiro trimestre de gestação, valorizando a presença de imagens incomuns no ovário. Destaca-se a videocirurgia com ooforoplastia como tratamento de escolha, por se tratar de procedimento minimamente invasivo preservando a integridade do ovário.

ABSTRACT

The intact ovarian pregnancy is an extremely rare condition. We report the case of a 34- years old woman case, nuliparus, with no previous clinical history of pelvic disease. An intact right ovarian pregnancy was diagnosed by a transvaginal ultrasonographic exam. A video-laparoscopy surgery was undertaken and only the ectopic tissue was removed. The authors discuss the effectiveness of the diagnostic tools and the surgical approach (Rev. Col. Bras. Cir. 2007; 34(2): 135-137).

Key words: *Pregnancy, ectopic; Pregnancy, tubal; Infertility; Laparoscopy.*

REFERÊNCIAS

1. Jha S, Haldar MK, Roberts LJ. Primary ovarian pregnancy with an intrauterine contraceptive device in situ. *J Obstet Gynecol.* 2002;22(1):104-5.
2. Razieli A, Mordechai E, Schachter M, Friedler S, Pansky M, Ron-El R. A comparison of the incidence, presentation, and management of ovarian pregnancies between two periods of time. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004;11(2):191-4.
3. Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF, Finster M, Todd WD. Combined intrauterine and extrauterine gestations: a review. *Am J Obstet Gynecol.* 1983;146(3):323-30.
4. Rivoire HC, Castro MA, Raphael MA. Gestações extra e intra-uterina combinadas: um caso. *Vittalle.* 1991;5:43-9.
5. Sergent F, Mauger-Tinlot F, Gravier A, Verspyck E, Marpeau L. [Ovarian pregnancies: reevaluation of diagnostic criteria]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2002; 31(8):741-6.

Como citar este artigo:

Bigolin S, Detoni AF, Fagundes DJ. Gravidez ovariana íntegra: tratamento cirúrgico videolaparoscópico. Apresentação de um caso. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2007; 34(2). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para Correspondência:

Sergio Bigolin
Gineclínica – Centro Médico da Mulher
Rua: Av. Comandante Kraemer, 310
99700-000 – Erechim - RS
E-mail: bigolin@erechim.com.br
Fone: (54)3321- 4602