

Página de título**Título:**

Gestação cornual diagnosticada em laparotomia: relato de caso

Autores:

Mariana Branco Martins ¹, Samantha Cristiane Lopes ¹, Luiz Eduardo Mendes Zanis ^{1,2}

Afiliação:

¹ Núcleo de Pesquisa em Ciências Médicas: investigações em saúde - NPC Med, Faculdade de Medicina, Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI, Rio do Sul, Santa Catarina, Brasil.

² Hospital Regional Alto Vale - HRAV, Rio do Sul, Santa Catarina, Brasil.

Manuscrito

Título:

Gestação cornual diagnosticada em laparotomia: relato de caso

Resumo:

A Gestação Ectópica (GE) é gravidez de implantação anômala, ou seja, fora da cavidade uterina. É um dos principais casos de urgência obstétrica e de óbito materno no primeiro trimestre. De acordo com o local de implantação, GE cornual é a que ocorre com nidação e desenvolvimento do embrião dentro do segmento da trompa que penetra na parede uterina, ou entre o óstio tubário e a porção proximal do segmento ístmico. Compreende em 1 a 2% dos casos das gestações tubárias. O diagnóstico de GE cornual deve ser precoce e consiste, após suspeita clínica, na realização de exames como dosagem do β -hCG e realização de USGTV, podendo se manifestar com quadro abdominal agudo, que impõe assistência de urgência. O presente artigo busca relatar um caso de gravidez cornual, a propedêutica e a conduta terapêutica utilizada. Paciente feminina, 38 anos, admitida no setor de urgência de uma unidade de saúde terciária, apresentando mal estado geral e dor abdominal intensa e difusa. Foi submetida a exames de imagem de USGTV e RM, e subsequente laparotomia exploradora, na qual foi constatada gravidez cornual direita rota. Apesar de ser, por muitas vezes, difícil, o diagnóstico precoce da gravidez cornual é fundamental, com o intuito de reduzir as complicações e o risco de mortalidade materna, evidenciando a importância dos exames complementares e do acompanhamento pré-natal.

Palavras-chave: gestação ectópica, gestação cornual, urgência obstétrica, relato de caso.

Introdução

A Gravidez Ectópica (GE) é um dos principais casos de urgência e emergência obstétrica em decorrência da sua proximidade com os vasos uterinos, sendo seu diagnóstico precoce de extrema importância, já que constitui um maior índice de complicações hemorrágicas, como o choque hipovolêmico, aumentando assim o risco de morte materna, fato que demanda conduta médica rápida e eficaz.^{1,2,3}

A implantação cornual ocorre na junção da tuba com o corno uterino e corresponde a 1,9% das GEs. É considerada um tipo raro de gestação e é definida pela implantação do zigoto fora da cavidade uterina.²

Após a suspeita clínica, o diagnóstico da GE cornual consiste na realização de exames como dosagem do β -hCG e realização de USGTV.^{4, 5} Os fatores de risco são semelhantes aos de outras gestações tubárias, exceto a salpingectomia ipsilateral, que é específica para a gravidez cornual.³

Quanto ao quadro clínico, a apresentação mais comum é o sangramento vaginal do primeiro trimestre associado ou não a dor abdominal. A GE também pode ser assintomática, devendo ser considerada como diagnóstico diferencial em qualquer paciente em idade reprodutiva com sangramento vaginal ou dor abdominal que se enquadrem nos seguintes critérios: gestante sem confirmação de gravidez intrauterina, com amenorreia há mais de 4 semanas e sangramento vaginal atual, gestação concebida via fertilização in vitro ou em caso de instabilidade hemodinâmica com abdômen agudo não explicado por outro diagnóstico.^{3,5,8}

O presente estudo visa relatar um caso de gravidez cornual rota de uma gestação avançada em uma paciente de 38 anos atendida na emergência de um hospital terciário. Este trabalho tem o objetivo de evidenciar a investigação diagnóstica, evolução, manejo e tratamento do caso. Visto a relevância científica, devido a baixa incidência de casos semelhantes, enfatiza-se o alerta para o diagnóstico precoce desse tipo de gestação e prevenção de desfechos desfavoráveis.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer número 5.832.144, e seguiu os preceitos éticos e científicos estabelecidos pelo guideline do CARE.

Relato do caso

Paciente sexo feminino, 38 anos, G3P2, tabagista. Procurou Pronto Atendimento em unidade de saúde terciária com queixa de dor abdominal intensa, apresentando-se em quadro de abdome agudo e choque hipovolêmico. Ao ser interrogada, a paciente afirma gestação atual, porém nega ter realizado qualquer consulta de pré-natal. De acordo com a data da última menstruação, encontrava-se com 9 semanas e 1 dia de gestação.

Ao exame físico, apresentava-se em mal estado geral, hipocorada, letárgica, FC 120 bpm, PA 80/50 mmHg, temperatura 35,6°C, dor abdominal intensa e difusa, com sinais de peritonite. Exames laboratoriais realizados na admissão da paciente no PA demonstraram níveis de hemoglobina de 8,0 mg/dL, hematócrito de 23,9%, β -hCG superior a 10 mUI/ml. A gasometria evidenciou pH 7,10, $p\text{CO}_2$ 54 mmHg, $p\text{O}_2$ 93 mmHg, HCO_3^- 16,8 mEq/L, BE -12,5 mEq/L, lactato 5,8 mmol/L e Sat O_2 88%.

Após estabilização da paciente, a mesma foi encaminhada para a realização de USTV, que se mostrou inconclusiva, com suspeita de rotura uterina. Paciente foi encaminhada para Ressonância Magnética (RM) sem contraste, a qual exibiu útero em anteversoflexão (AVF), de contornos regulares, apresentando área de descontinuidade miometrial junto à região cornual direita. Associado à formação ovalada/amorfa de aspecto cístico, com conteúdo heterogêneo, insinuando-se na cavidade pélvica adjacente, de permeio volumoso conteúdo hemático/hiperproteico, podendo corresponder à rotura uterina associada a gestação ectópica (Figura 1).

Diante da constatação do quadro de GE cornual rota, demonstrado na RM, e do quadro clínico e laboratorial apresentado pela paciente, a mesma foi submetida à laparotomia ginecológica. Após realização de histerectomia subtotal e salpingectomia bilateral foi evidenciada a resolução da gestação ectópica. A paciente necessitou de transfusão de dois concentrados de hemácias, reposição volêmica e controle hemodinâmico com administração de 1000 ml de Hidroxietilamido, 1000 ml de Ringer Lactato, 1425 ml de concentrado de hemácias e 771 ml plasma fresco congelado.

O produto da histerectomia subtotal e da salpingectomia bilateral foi encaminhado ao anatomopatológico, o qual mostrou região cornual do útero deformada e dilatada, preenchida por material hemorrágico com focos esponjosos. Os achados permitem a conclusão diagnóstica de endométrio gravídico e presença de GE em topografia de corno uterino à direita (Figura 2).

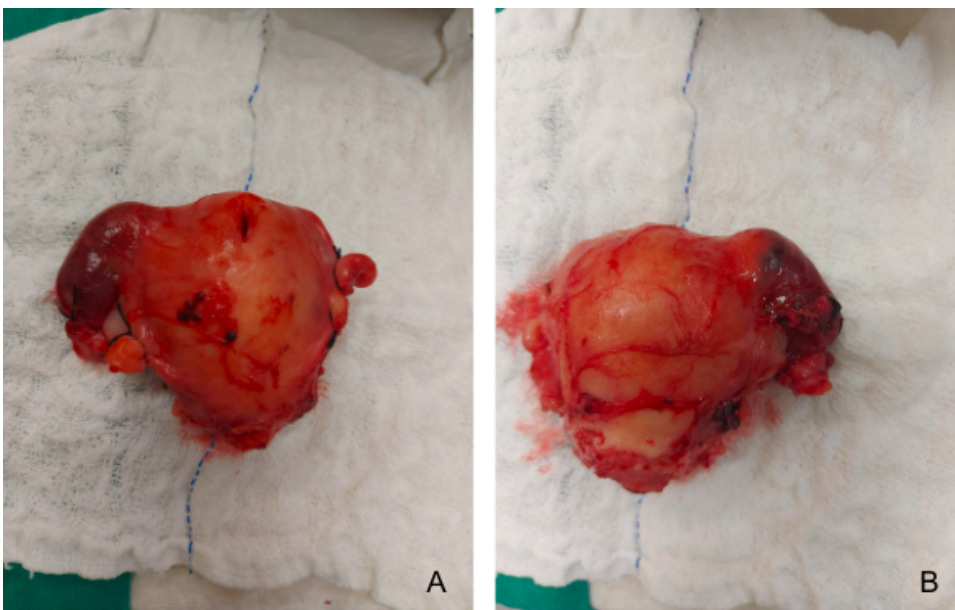
Não houve intercorrências no intra ou pós-operatório, tendo a paciente recebido alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório.

Figura 1. Ressonância magnética da pelve.



Legenda: A seta demonstra área de descontinuidade miometrial junto à região cornual direita, associado à formação ovalada/amorfa de aspecto cístico, podendo corresponder à rotura uterina associada a gestação ectópica.

Figura 2. Rotura uterina associada à gestação cornual.



Legenda: Ressecção da porção de corno uterino direito. A) visão anterior. B) visão posterior.

Discussão

Gestações ectópicas são responsáveis por 75% das mortes maternas no primeiro trimestre e 13% de todas as mortes relacionadas à gravidez.

A principal causa da GE é a alteração da anatomia tubária por fatores como infecção, cirurgia, anomalias congênitas ou tumores. Sobretudo o maior fator de risco está associado a um histórico de GE e cirurgia tubária prévias, o qual se torna aproximadamente três a oito vezes maior em comparação com outras gestações.^{6, 7, 8} Outros fatores de risco muito prevalentes são: tabagismo (aumenta de duas a quatro vezes o risco), ducha vaginal (risco até três vezes maior), aumento da idade e endometriose.^{1, 8}

A confirmação do diagnóstico de GE se dá diante a qualquer um dos seguintes achados: visualização em USG de saco gestacional extrauterino com embrião, aumento dos níveis de β -hCG sem nenhum produto de concepção na aspiração uterina, ou visualização em cirurgia com confirmação histológica após ressecção do tecido ectópico da gravidez.^{5,13}

A associação entre a dosagem de β -hCG e a USGTV possui alta especificidade (95%) e sensibilidade (97%), resultando em diagnósticos mais precoces, o que permite opções de tratamentos conservadores, como a conduta medicamentosa expectante utilizando Metotrexato, antes que ocorra ruptura tubária, reduzindo, desta forma, a morbimortalidade associada a essa condição.² A conduta aqui citada não permitiu essa associação devido ao estado crítico em que a paciente se encontrava no momento da sua admissão.

Em contra partida, mesmo com um alto índice de suspeita através da USGTV e β -hCG, a gravidez cornual continua sendo o tipo mais difícil de GE devido à baixa sensibilidade e baixa especificidade de sintomas.¹⁵

A gravidez cornual acontece quando o blastocisto se implanta no corno da tuba uterina, sendo o segmento proximal que está justaposto na parede muscular do útero.^{8, 10} É tida como uma GE de grande risco devido à sua localização, pois a ruptura tubária pode resultar em hemorragia intra-abdominal levando a paciente a apresentar instabilidade hemodinâmica e dor abdominal grave ou persistente decorrentes.⁶ Com isso, faz-se necessário o diagnóstico precoce e intervenção objetiva para evitar o risco hemorrágico responsável pela elevada mortalidade materna.^{1, 2, 8}

O caso apresentado é uma rara condição de GE cornual espontânea, diagnosticada através de RM e confirmada por laparotomia exploradora. O caso exemplifica o papel importante dos exames complementares, em especial, do β -hCG e da USGTV para o diagnóstico precoce e, dessa forma, evitar complicações para a gestante.^{9,12}

Normalmente, diante de uma GE cornual, é realizada cirurgia de salpingectomia com ressecção cornual e, se necessário, histerectomia, dependendo da extensão do prejuízo causado à parede uterina, levando em consideração os planos futuros da paciente de obter ou não outra gestação.^{5, 14}

Quando a cirurgia é necessária, por não ser possível a conduta conservadora, é preferível a remoção laparoscópica da gravidez intersticial via cornuostomia, com ressecção da porção intersticial do tubo, se necessário.¹⁵ Historicamente, a ressecção cornual e a histerectomia foram os procedimentos mais comuns para o tratamento da gravidez cornual, provavelmente devido ao diagnóstico tardio.^{15,16}

A laparotomia é a cirurgia de escolha para os casos de ruptura tubária em pacientes instáveis hemodinamicamente.¹ Condição esta apresentada pela paciente do caso estudado, a qual levou à escolha cirúrgica evidenciada.

No presente caso, optou-se pela realização de histerectomia subtotal e salpingectomia bilateral, por via laparotômica, devido ao quadro hemodinâmico instável da paciente que exigiu intervenção cirúrgica de emergência, tendo em vista o risco de morte iminente da paciente.

Limitações do estudo

O estudo realizado apresentou limitações importantes em relação aos dados disponíveis no prontuário da paciente, o qual apresentou divergência e falta de informações, dificultando a construção da cronologia dos fatos. Como a paciente foi atendida em serviço de emergência, não foi possível ter acesso ao histórico prévio nem ao acompanhamento pós-alta da paciente.

Conclusão

A GE cornual, em comparação com os outros tipos de GE, é uma afecção rara, de diagnóstico geralmente tardio e frequentemente evolui com abdome agudo hemorrágico. De modo geral, a gravidez cornual é um dos tipos mais perigosos de gestação ectópica com alta mortalidade materna, por estarem associadas ao alto risco de ruptura uterina e consequente sangramento intraperitoneal.

No presente estudo foi apresentado um caso pouco comum de GE cornual rota, de difícil diagnóstico, que gerou risco de morte para a paciente, fato que norteou as condutas escolhidas para a resolução da gestação.

Deve-se orientar a paciente de que todo procedimento pode afetar sua fertilidade. Apesar de todos os riscos, nenhum deles é maior do que a morbidade e a mortalidade devido à ruptura de uma GE.

Referências bibliográficas

1. RAMOS, José G L.; MARTINS-COSTA, Sérgio H.; MAGALHÃES, José A.; et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 8ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2023.
2. SANTOS, V. M. P. R. **Gestação ectópica cornual rota em paciente atendida na emergência obstétrica da maternidade de um hospital do interior do Ceará: relato de caso**. Rev. Ciên. Saúde, 2018.
3. TULANDI, T. **Ectopic pregnancy: epidemiology, risk factors, and anatomic sites**. UpToDate, Waltham, 2019.
4. TULANDI, T. **Ectopic pregnancy: Choosing a treatment**. Up to Date, 2020.
5. MACHADO, Carolina Rocha et al. **Gravidez ectópica cornual: um relato de caso**. 2010.
6. SILVA FILHO, Mariano Lopes; MARQUES, Graziella dos Santos Bezerra; NUNES, Jefferson Torres. **Gravidez ectópica cornual: relato de caso**. Revista de Medicina e Saúde de Brasília, v. 2, n. 2, 2013.
7. AUGUSTO, J. P. A. et al. **Gravidez ectópica cornual: relato de caso**. Brazilian Journal Of Health Review, v. 5, abril, 2022.
8. BARAL, G. SHAKYA, B.; SILWAL, J. **Cornual ectopic pregnancy: case series**. Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology, v. 10, n. 1, p. 62-65, 2015.
9. GRANIERO, A. I.; DE MELO, L. M. C. B. **Ectópica cornual rota de uma gestação avançada: um relato de caso**. Research, Society and Development, v. 12, 2023.
10. BARATELLA, W. G. et al. **Gravidez Ectópica Cornual Seguida de Rotura Uterina: um relato de caso**. Anais da I Jornada Científica do Curso de Medicina da Universidade Vila Velha. Vila Velha, 2018.
11. LEE, Myung-Hwa et al. **Comparison of laparoscopic cornual resection and cornuotomy for interstitial pregnancy**. Journal of Minimally Invasive Gynecology, v. 24, n. 3, p. 397-401, 2017.

12. MITTAL, Shweta; SHEKHAR, Bhawani. **Large interstitial ectopic pregnancy: management by laparoscopic cornuostomy following initial misdiagnosis.** Cureus, v. 13, n. 11, 2021.
13. ELSHERBINY, Mohamed; LIM, Ee Thong; MA, Kenneth. **Interstitial Ectopic Pregnancy: Laparoscopic Cornuostomy.** Journal of Minimally Invasive Gynecology, 2023.
14. MA, Kenneth; KAUR, Navneet; WINTERS, Ursula. **Cornuostomy and cornuectomy: laparoscopic management of interstitial ectopic pregnancies.** Journal of Minimally Invasive Gynecology, v. 27, 2020.
15. SLAOUI, Aziz et al. **Interstitial pregnancy is one of the most serious and uncommon ectopic pregnancies: Case report.** International Journal of Surgery Case Reports, 2022.
16. MILLER, E. L. et al. **Hysteroscopy Assisted Wedge Resection of an Interstitial Ectopic Pregnancy.** Journal of Minimally Invasive Gynecology, v. 29, n. 11, p. S66, 2022.
17. TULANDI, T., et al. **Ectopic pregnancy: Surgical treatment.** UpToDate, 2023.
18. SILVA FILHO, M. L.; MARQUES, G. S. B.; NUNES, J. T. **Gravidez ectópica cornual: relato de caso.** Revista de Medicina e Saúde de Brasília, 2013.

Checklist CARE



CARE Checklist of information to include when writing a case report



Topic	Item	Checklist Item description	Reported on Line
Title	1	The diagnosis or intervention of primary focus followed by the words "case report"	1
Key Words	2	2 to 5 key words that identify diagnoses or interventions in this case report, including "case report" . . .	18
Abstract (no references)	3a	Introduction: What is unique about this case and what does it add to the scientific literature?	3
	3b	Main symptoms and/or important clinical findings	9
	3c	The main diagnoses, therapeutic interventions, and outcomes	7
	3d	Conclusion—What is the main "take-away" lesson(s) from this case?	16
Introduction	4	One or two paragraphs summarizing why this case is unique (may include references)	24
Patient Information	5a	De-identified patient specific information.	38
	5b	Primary concerns and symptoms of the patient.	31
	5c	Medical, family, and psycho-social history including relevant genetic information	33
	5d	Relevant past interventions with outcomes	34
Clinical Findings	6	Describe significant physical examination (PE) and important clinical findings.	47
Timeline	7	Historical and current information from this episode of care organized as a timeline	-
Diagnostic Assessment	8a	Diagnostic testing (such as PE, laboratory testing, imaging, surveys).	59
	8b	Diagnostic challenges (such as access to testing, financial, or cultural)	51
	8c	Diagnosis (including other diagnoses considered)	67
	8d	Prognosis (such as staging in oncology) where applicable	76
Therapeutic Intervention	9a	Types of therapeutic intervention (such as pharmacologic, surgical, preventive, self-care)	65
	9b	Administration of therapeutic intervention (such as dosage, strength, duration)	67
	9c	Changes in therapeutic intervention (with rationale)	71
Follow-up and Outcomes	10a	Clinician and patient-assessed outcomes (if available)	76
	10b	Important follow-up diagnostic and other test results	73
	10c	Intervention adherence and tolerability (How was this assessed?)	65
	10d	Adverse and unanticipated events	67
Discussion	11a	A scientific discussion of the strengths AND limitations associated with this case report	133
	11b	Discussion of the relevant medical literature with references	84
	11c	The scientific rationale for any conclusions (including assessment of possible causes)	129
	11d	The primary "take-away" lessons of this case report (without references) in a one paragraph conclusion	114
Patient Perspective	12	The patient should share their perspective in one to two paragraphs on the treatment(s) they received	136
Informed Consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>