

IX Congresso Nacional de Patologia – Luso 2004

GRAVIDEZ ECTÓPICA ABDOMINAL AVANÇADA:

A propósito de um Caso Clínico

Rosário Fernandes, Rita Theils, Fernanda Matos*, Francisco Rocha Pires**, Salete Silva, R. Laurini***
 Serviço de Anatomia Patológica, *Obstetrícia e **Cirurgia I
 Hospital Fernando Fonseca – Amadora
 *** Dpt. of Obstetrics & Gynaecology, University Hospital Lund, Suecia

Introdução

A gravidez abdominal é de todas as gravidezes ectópicas, a mais rara, constituindo cerca de 1 a 2% e tendo uma incidência de 1 para 25 000 nascimentos. Considerando a dificuldade do diagnóstico (clínico e imagiológico) cerca de 50 a 90% das gravidezes abdominais são diagnosticadas quando a idade de gestação é "avançada", ou seja, superior a 24 semanas. Esta situação está associada a elevada morbidade e mortalidade materna (2 a 18%) e fetal (40 a 90%).

Caso Clínico

Grávida de 24 anos de idade que recorreu várias vezes durante a gravidez ao Serviço de Urgências por algias pélvicas. Durante os internamentos subsequentes, realizaram-se diversas ecografias, observando-se fato sempre com desenvolvimento adequado para a idade de gestação e boa vitalidade. Observou-se ainda placenta previa total, sendo que nos últimos dias do ano esquerdo a líquido amniótico em grande quantidade. Clinicamente, aditou-se por uma situação de emergência e foi submetida a cesariana às 34 semanas. Intra-operatoriamente, verificou-se a existência de Gravidez abdominal, com feto de sexo masculino, com desenvolvimento adequado para a idade de gestação e sem malformações. A placenta não foi removida. Ao 5º dia do pós-operatório e por suspeita de hemorragias, é realizada laparotomia total e anexectomia esquerda. Nos antecedentes de doente há a referir: uma interrupção voluntária da gravidez (IVG) aos 17 anos, anaxantômica direita por selingite crónica, aos 22 anos e seropositividade para HIV.

Exame Anatómico-patológico

Uma vez que a peça recebida era complexa, optou-se, após fidejato conveniente, por documentar fotograficamente as várias etapas de colheita de fragmentos.

Exame macroscópico

Peça de histerectomia, muito volumosa, pesando 650g, e medindo 17,5x12x8 cm. Na superfície externa, salientavam-se duas formações quísticas à maior, correspondendo a saco gestacional, localizada no fundo e face posterior do corpo uterino. Tira e repetida de coágulos; a formação quística menor correspondia ao anexo esquerdo, com distensão e espessamento marcado da trompa e ovário não individualizável.



Fig. 1: Macroscopia de peça de histerectomia. A, face posterior com saco gestacional repleto de coágulos e anexo quístico. B, face superior de saco gestacional, mostrando o seu interior. C, superfície de secção de peça onde se observa a cavidade do saco gestacional, com a zona de implantação e restos placentares.



Fig. 2: Imagens histológicas de várias zonas da peça. A, restos placentares com vilosidades vilosas. B, membranas corionóticas, densas com flocos subcorioniais. C, hiperplasia do mestrório e endométrio com decidualização do estroma.

Exame histológico

Saco gestacional (com restos placentares) implantado ao nível de serosa uterina.

Membranas marcadamente espessadas e flocosas.

Endométrio espessado com reacção local de estroma e hiperplasia do mestrório.

Trompa esquerda com selingite crónica e envolvimento do ovário, no qual se observam zonas abedeadas e ainda extensa reacção granulomatosa a vírus causada (sugerindo rotura das membranas).

Discussão

Alguns dos factores reconhecidos como de maior risco e gravidez ectópica são as técnicas de reprodução assistida, a doença inflamatória pélvica, anovulatórias congénitas dos gónadas internos, anovulatórias, tuberculose genital e utilização de DIU. Estes dois últimos condições favorecem particularmente a localização abdominal.

... resultante de parades anexo do corpo uterino e a implantação do saco gestacional a este nível, possibilita a existência de uma gravidez avançada.

Esta gravidez abdominal só foi diagnosticada quando da cesariana, o que sucede em mais de 70% dos casos descritos. Este facto pode estar relacionado sobretudo com a falta de suspeição clínica, para além de sintomas vagos ser inespecíficos e dos aspectos ecográficos serem equívocos.

A gravidez abdominal em estado avançado e não suspeitada, é uma situação de elevado risco materno e fetal, uma vez que leva frequentemente a hemorragias catastróficas durante o parto (primeira causa de morte materna).

A remoção de placenta é um aspecto de grande controversia-se possível, deve ser retirada imediatamente, caso contrário deve ser deixado em bloco, no entanto, a primeira hipótese é a que se acompanha de maior taxa de complicações mas de menor risco de morte materna. Outros autores defendem a intervenção precoce deste tipo de gravidez ectópica e outros preconizam a embolização dos vasos principais de placenta.

Conclusão

O interesse do presente caso é justificado pela sua raridade, especialmente atendendo ao facto do feto e da mãe terem sobrevivido e encontraram-se bem.

Méguas

Recebido para publicação em 15 de Maio de 2004. Aceite para publicação em 15 de Junho de 2004. Publicado em 15 de Junho de 2004. Publicado em 15 de Junho de 2004. Publicado em 15 de Junho de 2004.

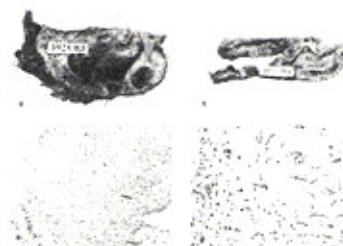


Fig. 3: Superfície de secção do anexo esquerdo. A e B, distensão do lúmen e espessamento da parede da trompa, angustando ovário. C, ovário com zona abedada e reacção granulomatosa a vírus (H & E). D, trompa com equívocos de membr. e células gigantes de inclusão e corpo alantérico (H & E).

Referências

1. Pires FR, et al. Morte materna por gravidez abdominal em 34 semanas de gestação. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002; 24(1): 1-4.