

Gravidez ectópica retroperitoneal: um relato de caso

Retroperitoneal ectopic pregnancy: a case report

Leonardo Oliveira Santos¹, Mauro Carvalho Imbiriba¹, Breno Serique Neves¹

Resumo **Objetivo:** Relatar um caso raro de gravidez ectópica no espaço retroperitoneal, ocorrido em um hospital de ensino e pesquisa, referência no atendimento à gestante de alto risco no estado do Pará. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 24 anos, secundigesta, foi admitida na clínica médica de uma maternidade de médio e alto risco na cidade de Belém/PA, com quadro de êmese e dor na região lombar direita com irradiação para membro inferior direito e abdome normotenso, apresentando massa palpável em hipocôndrio direito, dolorosa à palpação. Os exames de beta HCG, tomografia do abdome e ultrassonografia transvaginal indicaram gravidez ectópica e por meio de laparotomia exploradora foi identificado hematoma em região retroperitoneal, realizando sua dissecação sem intercorrências. **Conclusão:** O desfecho deste caso ocorreu de maneira favorável, porém a excepcionalidade da localização da gravidez ectópica torna o diagnóstico mais difícil. Logo, ressalta-se a necessidade de maiores estudos sobre a temática, afim de que sua difusão subsidie maiores avanços nas intervenções diagnósticas e terapêuticas, de modo a reduzir a morbimortalidade apresentada por tal condição clínica.

Descritores: gravidez ectópica; espaço retroperitoneal; procedimentos cirúrgicos operatórios.

Summary Purpose: To report a rare case of ectopic pregnancy in the retroperitoneal space, that occurred in a teaching and research hospital, a reference in the treatment of high-risk pregnant women in the state of Pará. **Case report:** A 24-year-old female patient was admitted in the medical clinic of a middle and high risk maternity hospital in the city of Belém/PA, with emesis and pain in the right lower back with irradiation to the right lower limb and normotensive abdomen, presenting a palpable mass in the right hypochondrium, painful to palpation. Beta-HCG, tomography of the abdomen and transvaginal ultrasonography indicated ectopic pregnancy and by exploratory laparotomy hematoma was identified in the retroperitoneal region and its dissection was uneventful. **Conclusion:** The outcome of this case was favorable, but the exceptional location of ectopic pregnancy makes the diagnosis more difficult. Therefore, it is necessary to carry out further studies on the subject, so that its diffusion will subsidize greater advances in diagnostic and therapeutic interventions, in order to reduce the morbidity and mortality presented by such clinical condition.

Keywords: pregnancy ectopic; retroperitoneal space; surgical procedures operative.

¹Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém, PA, Brasil

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido: Maio 19, 2018

Aceito: Julho 08, 2018

Trabalho realizado na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém, Pará, Brasil.

 Copyright Santos et al. Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença [Creative Commons Attribution](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

A gravidez ectópica é uma das complicações mais comuns no primeiro trimestre de gestação, mas nos últimos anos, com o avanço dos meios diagnósticos e terapêuticos, a mortalidade vem reduzindo, especialmente nos Estados Unidos e Reino Unido que a taxa varia em torno de 3/10.000 gestações. Todavia, nos países em desenvolvimento estima-se que a cada 10% das mulheres internadas com diagnóstico de gravidez ectópica morrem por essa condição¹.

A gestação ectópica é definida como a implantação e desenvolvimento do ovo fora da cavidade uterina e sua causa principal é uma lesão na luz do oviduto, devido à destruição do epitélio e formação de microaderências².

A implantação ocorre principalmente nas trompas (97% dos casos), mas também ocorre em menor proporção a nível abdominal, fígado, baço, cicatriz de cesária, omento e ligamentos infundibulopélvicos. Um local excepcional de gravidez ectópica abdominal é o espaço retroperitoneal, no qual há poucos casos relatados na literatura médica até o momento³.

A gravidez abdominal recebe a classificação em primária e secundária. A primária ocorre quando há nidação direta sobre a serosa peritoneal, tubas e ovários íntegros, nenhuma evidência de fístula peritoneal e de implante secundário após a iniciação tubária primária inicial. Enquanto que na secundária a gestação se origina na trompa ou ovário, seguido de abortamento para a cavidade abdominal e posterior reimplantação do saco gestacional⁴.

Os principais fatores de risco estão associados a cirurgia tubária prévia (inclusive laqueadura e salpingectomia), cirurgia pélvica (incluindo cesária e cistectomia ovariana), cirurgia abdominal anterior (incluindo apendicectomia e cirurgia intestinal), infertilidade, tecnologia de reprodução assistida, endometriose, dispositivo contraceptivo intrauterino, tabagismo, idade materna superior a 35 anos e gravidez ectópica prévia⁵.

O mecanismo cuja gestação se desenvolve no espaço retroperitoneal é desconhecido, mas diversas teorias foram propostas. A mais bem aceita é a migração retrógrada espontânea do embrião, por meio do sistema linfático para esta região. Vários estudos relacionam o aumento do número de gravidez a nível abdominal com a difusão da fertilização in vitro, onde a sobrevivência neonatal é cerca de 20%⁶.

Na gestação abdominal o risco de morte materna é 7,7 vezes superior ao da prenhez tubária e 90 vezes mais elevado do que na gestação uterina. Por isso, o diagnóstico precoce é essencial para prevenir o risco de hemorragia e infecção. Assim, deve-se considerar as características clínicas apresentadas pela mulher, além da realização de ultrassonografia transvaginal e transabdominal, dosagem sérica quantitativa do de β -hCG que, neste caso, podem apresentar um aumento superior a 60% dos seus valores⁷.

Pode ser necessário efetuar uma abordagem laparoscópica, indicada para pacientes hemodinamicamente estáveis, ou uma laparotomia exploradora em situações de hemorragia intraperitoneal extensa, comprometimento intravascular ou baixa visualização da pelve. O tratamento adjuvante com metotrexato, antagonista do ácido fólico, evita a possibilidade de tecido trofoblástico persistente e reduz a secreção de β -hCG e Progesterona³.

Objetivo

Relatar um caso raro de gravidez ectópica no espaço retroperitoneal, ocorrido em um hospital de ensino e pesquisa, referência no atendimento à gestante de alto risco no estado do Pará.

Método

A coleta de dados foi realizada através da busca ativa do prontuário, no período de admissão da paciente dia 20/02/2016 até o momento da sua alta hospitalar, que foi no dia 04/03/2016 em um hospital de ensino e pesquisa, referência no atendimento à gestante de alto risco do estado do Pará. Os dados foram analisados, agregando estudos sobre a temática abordada, publicados em bases de dados como LILACS, SciELO, PubMed e CINAHL em versões inglês e português.

Relato de caso

Anamnese

Paciente do sexo feminino, 24 anos, secundigesta, foi admitida na clínica médica de uma maternidade de médio e alto risco na cidade de Belém/Pa, no dia 20/02/2016, apresentando cerca de 06 dias, um quadro de êmese e dor na região lombar direita com irradiação para membro inferior direito, dificultando a deambulação. Nega sintomas urinários. Apresenta-se consciente e orientada em tempo e espaço, eupneica, afebril, hipocorada e sem edemas periféricos. No momento da admissão, referiu persistência do quadro álgico de forte intensidade com melhora do quadro de êmese. Aos antecedentes pessoais e familiares, negou hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e alergias medicamentosas.

Exame físico

Tórax simétrico, mamas sem anormalidades. À ausculta cardíaca, presença de bulhas normofonéticas e ritmo regular, em dois tempos e sem sopros. À ausculta pulmonar, murmúrios vesiculares presentes, diminuídos em terço inferior de hemitórax direito, sem ruídos adventícios. Abdome normotenso, apresentando massa palpável em hipocôndrio direito de consistência endurecida, imóvel a mobilização, dolorosa à palpação.

Exames subsidiários

Foi solicitado um exame de beta HCG qualitativo, o qual apresentou-se positivamente e um hemograma completo, cuja taxa de hemoglobina se manteve abaixo dos valores de referência nos 6 primeiros dias da internação.

Na ultrassonografia transvaginal, foi visibilizada em cavidade pélvica imagem anecóide, translúcida, compatível com moderada quantidade de coleção líquida livre, indicando prenhez ectópica rota.

A tomografia do abdome total apresentou os seguintes resultados: massa hipodensa, heterogênea, apresentando discreto realce interno após administração de contraste, notando-se vascularização em seu interior, rechaçando o rim ipsilateral superiormente e as alças adjacentes e comprimindo a veia cava inferior (Figura 1).



Figura 1. Massa hipodensa, heterogênea, apresentando discreto realce interno após administração de contraste, notando-se vascularização em seu interior, rechaçando o rim ipsilateral superiormente e as alças adjacentes e comprimindo a veia cava inferior.

Intervenção diagnóstica e terapêutica

No terceiro dia de internação, a paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora sob anestesia raquimedular e geral, na qual foi realizado inventário da cavidade abdominal que evidenciou pequena quantidade de líquido sero sanguinolento, útero e anexos sem anormalidades e foi visualizada massa cística retroperitoneal volumosa, sugerindo hematoma ou aneurisma. A partir desse inventário foi realizada síntese da cavidade afim de estudar melhor o caso. No dia seguinte, a paciente foi transferida para um leito de UTI, hemodinamicamente estável.

No dia 26, uma nova laparotomia exploradora foi realizada sob anestesia geral e peridural, na qual foi realizada drenagem de hematoma retroperitoneal à direita e retirada de possível ovo embrionário à direita.

O espécime de retroperitônio, foi avaliado por exame histopatológico que apresentou os seguintes resultados: estrutura de aspecto nodular pesando 63g, bocelada ora cruenta. Aos cortes, tecido castanho-avermelhado, firme, com áreas pardacentas de permeio, evidenciando-se gravidez ectópica retroperitoneal. A paciente recebeu alta hospitalar no dia 04/03/2016.

Discussão

A gravidez ectópica é uma das complicações mais comuns no primeiro trimestre de gestação, mas nos últimos anos, com o avanço dos meios diagnósticos e terapêuticos, a mortalidade vem reduzindo, especialmente nos Estados Unidos e Reino Unido que a taxa varia em torno de 3/10.000 gestações. Todavia, nos países em desenvolvimento estima-se que a cada 10% das mulheres internadas com diagnóstico de gravidez ectópica morrem por essa condição¹.

A paciente do estudo, apresentou um caso raro de gravidez ectópica, que evoluiu com um bom prognóstico para a mesma. De acordo com uma revisão sistemática da literatura sobre gravidezes ectópicas, a implantação ocorrida retroperitonealmente, revelou-se como segundo local mais incomum de todas as gravidezes abdominais⁶. Enquanto que outra pesquisa também trazendo uma gestação em local atípico, região intraligamentar, apresentou um desfecho cirúrgico semelhante a esta⁸.

Em geral, a prevalência de gravidez ectópica é 8 vezes maior após técnica de reprodução assistida⁹, mas a paciente desse estudo não havia realizado tal procedimento e não apresenta nenhum dos fatores de risco predominantes. Tal fato difere de um estudo desenvolvido com uma mulher previamente submetida a salpingectomia bilateral e que progrediu com gravidez ectópica retroperitoneal após fertilização *in vitro*¹⁰.

Além das manifestações clínicas, foi possível detectar uma massa e pequena quantidade de líquido livre em cavidade abdominal e sem evidencia de infecção, mas o hematoma só foi reconhecido na segunda laparotomia exploradora, uma vez que na primeira a procura se deu em cavidade pélvica, no qual o útero e anexos permaneciam sem anormalidades. Apesar da presença de líquido livre, o peritônio posterior encontrava-se íntegro e o hematoma não apresentava aderência à parede facilitando sua remoção sem sinais de hemorragia importante. Devido a anemia significativa identificada, realizou-se a transfusão de duas bolsas de concentrado de hemácias e não se incluiu o metotrexato como auxílio terapêutico.

Conclusão

A gravidez ectópica retroperitoneal se revela como um caso excepcional, onde determinar o seu diagnóstico geralmente é mais difícil. Por isso, é fundamental que as investigações médicas agreguem protocolos sistematizados que abranjam, exame laboratorial específico com o beta HCG, associado ao exame de imagem, como a tomografia de abdome contrastada e programação de abordagem cirúrgica com cirurgias experientes. Neste caso, houve um desfecho favorável para a paciente, porém ressaltase a necessidade de maiores estudos sobre a temática, afim de que sua difusão subsidie maiores avanços nas intervenções diagnósticas e terapêuticas, de modo a reduzir a morbimortalidade apresentada por tal condição clínica.

Referências

1. Sivalingam VN, Duncan WC, Kirk E, Shephard LA, Horne AW. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2011 out;37(4):231-40. <http://dx.doi.org/10.1136/jfprhc-2011-0073>. PMID:21727242.
2. Silva Fo ML, Marques GSB, Nunes JT. Gravidez ectópica cornual: relato de caso. *Rev Med Saude Brasilia*. 2013 jul;2(2):74-8.

3. Martinez-Varea A, Hidalgo-Mora JJ, Payá V, Morcillo I, Martín E, Pellicer A. Retroperitoneal ectopic pregnancy after intrauterine insemination. *Fertil Steril*. 2011;95(7):2433.e1-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.02.026>. PMID:21377151.
4. Menezes MO, Bocardi MIB, Menezes CM. Gravidez abdominal com recém-nascido vivo: relato de caso. *ICSA*. 2015;3(2):65-74.
5. Nunes RD, Sabadin ICS, Siqueira IR. Avaliação dos fatores associados às opções terapêuticas na gestação ectópica. *Arq. Catarin Med*. 2015;44(3):37-52.
6. Poole A, Haas D, Magann EF. Early abdominal ectopic pregnancies: a systematic review of the literature. *Gynecol Obstet Invest*. 2012;74(4):249-60. <http://dx.doi.org/10.1159/000342997>. PMID:23108297.
7. Febronio EM, Rosas GQ, Cardia PP, D'Ippolito G. Gravidez ectópica: ensaio iconográfico com enfoque em achados de tomografia computadorizada e ressonância magnética. *Radiol Bras*. 2012;45(5):279-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842012000500009>.
8. Holzhacker S, Elito Jr J, Santana RM, Hisaba W. Gravidez abdominal intraligamentar avançada - relato de caso. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(5):387-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302008000500008>. PMID:18989555.
9. Dmowski WP, Rana N, Ding J, Wu WT. Retroperitoneal subpancreatic ectopic pregnancy following in vitro fertilization in a patient with previous bilateral salpingectomy: how did it get there? *J Assist Reprod Genet*. 2002;19(2):90-3. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1014451932539>. PMID:11958512.
10. Reid F, Steel M. An exceptionally rare ectopic pregnancy. *BJOG*. 2003;110(2):222-3. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1471-0528.2003.01172.x>. PMID:12618173.

Autor correspondente

Leonardo Oliveira Santos
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMPA
Rua Bernal do Couto, 1040, Umarizal
CEP 66055-080, Belém, PA, Brasil
Tel.: (91) 3212-9907; (91) 98112-2802
E-mail: leonardoliveira2@outlook.com

Informação sobre os autores

LOS possui graduação em Medicina pela Universidade Nilton Lins; médico cirurgião geral pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; médico residente de endoscopia digestiva no Hospital Ophir Loyola.
MCI possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará; médico cirurgião geral pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; cirurgião geral do Hospital e Pronto Socorro Municipal Mario Pinotti.
BSN possui graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Pará; médico especialista em Cirurgia Geral e Cancerologia Cirúrgica, Departamento de Cirurgia Oncológica Pélvica, Hospital Ophir Loyola.

Contribuição dos autores

LOS foi um dos médicos na época do caso residente de cirurgia geral, primeiro auxiliar durante procedimento cirúrgico para tratamento da moléstia, também responsável pelo acompanhamento no pós-operatório da paciente até alta hospitalar. Realizou coleta de dados no prontuário e levantamento de artigos na internet. Escreveu artigo de relato do caso; MCI foi um dos médicos na época do caso residente de cirurgia geral, segundo auxiliar durante procedimento cirúrgico para tratamento da moléstia, também responsável pelo acompanhamento no pós-operatório da paciente até alta hospitalar. Realizou inscrição do caso clínico na plataforma brasil para análise do CEP. Ajudou a escrever o artigo de relato do caso; BSN foi o cirurgião preceptor, responsável pelo tratamento cirúrgico e acompanhamento da paciente durante período de internação na FSCM-PA.

Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao Pará Research Medical Journal.