

GRAVIDEZ OVARIANA ÍNTEGRA: TRATAMENTO CIRÚRGICO VIDEOLAPAROSCÓPICO*

SÉRGIO BIGOLIN**

HENRI CHAPLIN RIVOIRE***

DJALMA JOSÉ FAGUNDES****

RESUMO

A gravidez ovariana íntegra é uma condição extremamente rara. Os autores relatam o caso de uma paciente de 34 anos, nuligesta, sem história de doença pélvica prévia, que apresentou gravidez ovariana à direita diagnosticada por ecografia endovaginal. Foi submetida a cirurgia laparoscópica conservadora com retirada somente do tecido ectópico, como um procedimento cirúrgico corrente. Os autores discutem a eficácia do meio diagnóstico e a conduta operatória tomada.

PALAVRAS-CHAVES: gravidez ovariana; gravidez ectópica; gravidez tubária; infertilidade feminina.

ABSTRACT

Intact ovarian pregnancy is an extremely rare condition. We report a case of a 34-year-old multiparous woman, with a medical history of previous pelvic disease. A right ovarian intact pregnancy was diagnosed by transvaginal ultrasonography. A video-laparoscopy surgery was performed taken and removed only the ectopic tissue as a current surgical procedure. The authors discuss the effectiveness of the diagnosis conduct and the surgical procedure chosen.

KEYWORDS: Ovarian Pregnancy, Ectopic Pregnancy, Tubal Pregnancy, Female Infertility.

1 – 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

* Trabalho realizado no Departamento de Ginecologia e Obstetria do Hospital de Caridade de Erechim-RS.

** Professor da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Missões (URI), E-mail: bigolin@st.com.br

*** Professor do Dep. de Cirurgia da FURG, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Mestre em Cirurgia – UNIFESP-EPM.

**** Professor do Dep. Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo, Coordenador do PPG em Cirurgia e Experimentação, – UNIFESP-EPM. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Doutor em cirurgia – UNIFESP-EPM.

gestações uterinas e de 1/1000 gestações ectópicas¹.

A gestação ovariana pode resultar de alterações da função de captação ovular, presentes nas fímbrias 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 permeabilidade 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 está 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.

2 – RELATO DE 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, 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 em região pélvica; 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, onde no interior observou-se

imagem compatível com saco gestacional tendo no interior imagem ecográfica compatível, com embrião, porém com ausência de batimentos cardíofetais. Observou-se também presença de imagem compatível com vesícula vitelínica.

Com base nos achados clínicos, laboratoriais e ecográficos, optou-se pelo tratamento cirúrgico por meio de uma operação videolaparoscópica.

Na videolaparoscopia, a revisão da cavidade não evidenciou nenhuma alteração, porém constatou-se pequena quantidade de sangue em fundo de saco posterior na região pélvica. O ovário direito apresentou-se aumentado em volume, com identificação de uma massa escura, vinhosa, de cerca de 6cm x 4cm (Figuras 1 e 2). 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 a gestação ectópica ovariana não-rota (Figura 3).

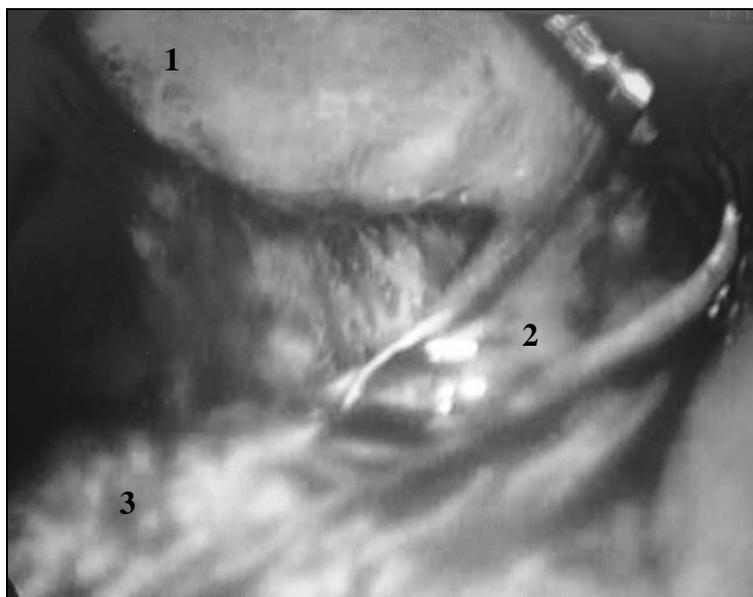


FIGURA 1 – Aspecto do ato operatório identificando: útero (1), tuba uterina direita (2), ovário direito aumentado (3).



FIGURA 2 – Aspecto do ato operatório identificando-se ovário direito aumentado (1)

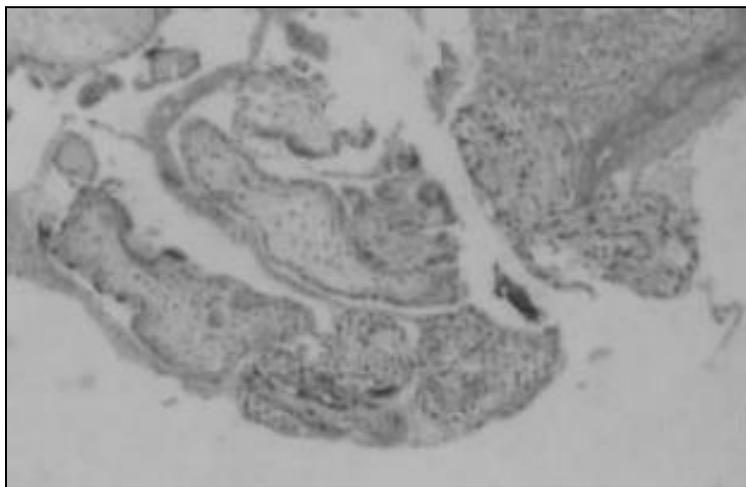


FIGURA 3 – Corte histológico da peça operatória com tecido placentário (vilosidades) – HE – 40X

O pós-operatório foi sem intercorrências, tendo alta após 24 horas. 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 voltar a tentar engravidar em um ano.

3 – DISCUSSÃO

A gestação ectópica ocorre em cerca de 2% de todas as gestações nos EUA, contribuindo significativamente para o aumento da morbimortalidade materna³.

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), pílulas anticoncepcionais e DIU com progestágenos^{3,1}.

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 do conceito extra-uterino, pois alteram a mobilidade, a anatomia e o peristaltismo normal das tubas uterinas, assim interferindo na captação ovular pelas fimbrias tubárias^{1,4,5}.

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 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 gestacional^{6,7}.

A relato na literatura² sobre a revisão de vários ensaios para gravidez ectópica mostra que a possibilidade de resolução definitiva está associada a conduta cirúrgica e com as doses múltiplas de metotrexate (indicam-se quatro injeções endovenosas de metotrexate 1mg.Kg⁻¹ e quatro intramusculares). Em uma série de 1626

laparoscopias conservadoras 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 para a paciente de outra gestação ectópica no futuro. A paciente tem sido acompanhada até a presente data sem queixas relacionadas ao tratamento operatório, desejando nova gestação para um período de três meses.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. JHA, S.; HALDAR, M. K.; ROBERTS, L. J. Primary ovarian pregnancy with an intrauterine contraceptive device in situ. *J. Obstet. Gynecol.*, v. 22, n. 1, p. 104-105, 2002.
2. PISARSKA, M. D.; CARSON, S. A.; BUSTER, J. E. Ectopic pregnancy. *Lancet*, n. 351, p. 1115-1119, 1998.
3. RAZIEL, 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.*, v. 11, n. 2, p. 191-194, 2004.
4. REECE, E. A.; PETREIE, R. H.; SIRMANS, M. F.; FINSTER, M.; TOOD, W. D. Combined intrauterine and extrauterine gestations: a review. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, n. 146, p. 323-330, 1983.
5. RIVOIRE, H. C.; CASTRO, M. A.; RAPHAEL, M. A. Gestações extra e intra uterina combinadas: um caso. *Vittalle*, n. 5, p. 43-49, 1991.
6. SERGENT, F.; MAUGER-TINLOT, F.; GRAVIER, A.; VERSPYCK, E.; MARPEAU, L. Ovarian pregnancies: reevaluation of diagnostic criteria. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* (Paris), v. 31, n. 8, p. 741-746, 2002.
7. SIJANOVIC, S.; TOPOLOVEC, Z.; SIJANOVIC, I. Laparoscopic treatment of primary ovarian pregnancy. *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.*, v. 9, n. 2, p. 221-222, 2002.

Recebido: 30/04/05

Aceito: 25/05/05