

GRAVIDEZ ABDOMINAL INTRALIGAMENTAR AVANÇADA - RELATO DE CASO

SUZANE HOLZHACKER, JÚLIO ELITO JUNIOR, RENATO MARTINS SANTANA, WAGNER HISABA

Trabalho realizado pelo Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP

INTRODUÇÃO

A gravidez intraligamentar é uma forma rara de gravidez ectópica com incidência reportada de uma em 245 gestações ectópicas⁸. Geralmente, resulta da penetração trofoblástica de uma gravidez tubária através da serosa para a mesossalpinge, com implantação secundária entre as folhas do ligamento largo⁵. A placenta ocupa, em geral, um lugar mais cranial em relação ao feto e pode invadir o espaço intraligamentar, ovário, útero, omento, peritônio pélvico e vísceras adjacentes⁸.

Alguns fatores de risco citados são idade avançada, raça não-branca, cirurgia pélvica pregressa, história de infertilidade, história de doença inflamatória pélvica, gestação ectópica ou endometriose prévia⁶.

Os sinais que podem sugerir uma gestação abdominal são sangramento vaginal anormal, dor abdominal, movimentos fetais dolorosos, fácil palpação das partes fetais, náusea e vômito excessivos, evidência de restrição de crescimento intra-uterino, oligoâmnio e falha de resposta à ocitocina ou prostaglandina². As principais complicações antenatais incluem dor abdominal, ruptura do saco gestacional com hemorragia para a cavidade peritoneal, sangramento vaginal, apresentação anômala, insuficiência placentária e óbito fetal⁶.

RELATO DE CASO

Paciente de 20 anos, parda, casada, primigesta, é transferida de outro hospital com o diagnóstico de gravidez ectópica abdominal. Paciente com antecedente de infertilidade, apresentou quadro clínico de forte e súbita dor no hipogástrio com 10 semanas de idade gestacional. Evoluiu com dor contínua no hipogástrio, sendo identificada gestação tópica e oligoâmnio absoluto no último ultra-som. Foi realizado novo exame, sendo identificada prenhez abdominal parauterina direita, feto com biometria de 16 semanas, placenta inserida na mesossalpinge e oligoâmnio severo.

A paciente foi transferida para este serviço com 18 semanas, sendo realizada complementação diagnóstica. Ao exame físico, PA: 100x70 mmHg, FC: 84 bpm, corada, palpando-se no abdome uma tumoração em hipogástrio até cicatriz umbilical, móvel e pouco dolorosa. No toque vaginal, notava-se abaulamento de fundo de saco posterior e lateral direito e o colo voltado para parede vaginal lateral direita. Ao ultra-som, visibilizava-se placenta com proximidade à artéria íliaca direita e feto com batimentos cardíacos, mas com deformidades estruturais ósseas, além da ausência de líquido amniótico. Foi realizada ressonância magnética (Figura 1), que confirmou gestação ectópica abdominal, observando-se placenta na parede anterior do abdome, na região umbilical, estendendo-se lateralmente para a direita e caudalmente. Na avaliação fetal, demonstrado dolicocefalia, sinais de hipertelorismo e feto em posição de hiperflexão.

Conforme prognóstico fetal reservado e possibilidade de grande proximidade da placenta aos vasos ilíacos e, conseqüentemente dificuldade intra-operatória na retirada da placenta, foi realizada arteriografia (Figura 2), com o objetivo de avaliar inserção da placenta. Visualizado ramo da artéria íliaca interna direita nutrido a placenta ectópica. Realizada embolização com gelfoam e coils, resultando em tbose parcial da artéria, reenchida distalmente por colaterais.

Realizado preparo intestinal e posteriormente laparotomia exploradora (Figura 3) sendo realizado diagnóstico de gravidez intraligamentar. Após lise de aderências, de omento e de apêndice, realizada ligadura dos vasos do infundíbulo que nutriam a massa, sendo completado o procedimento com a remoção do anexo direito (salpingooforectomia direita), apendicectomia (massa aderida ao apêndice) e do feto. O feto pesou 250 gramas, não havia sinais de vitalidade ou evidências de malformações, apenas uma deformidade do membro inferior esquerdo com pé flexionado (Figura 4).

Figura 1 - Ressonância magnética demonstrando feto na cavidade abdominal



Figura 2 - Arteriografia: placenta irrigada por ramo da artéria ilíaca interna direita

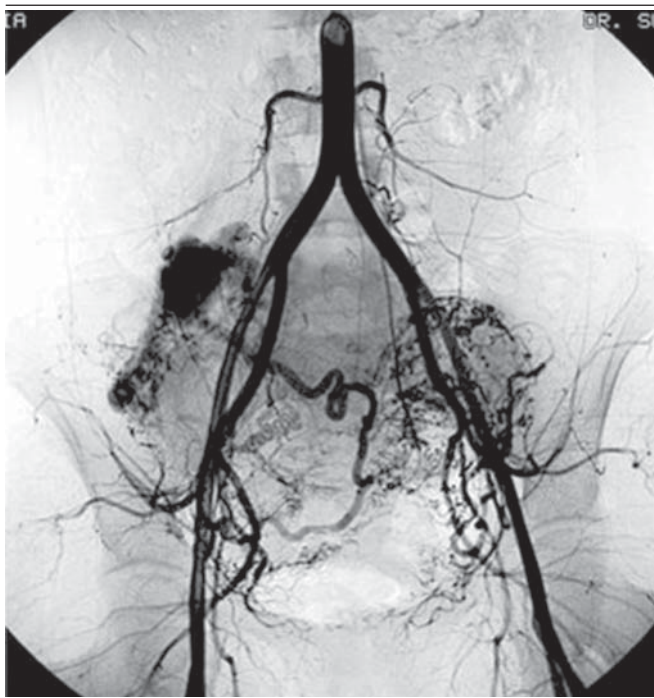


Figura 3 - Laparotomia exploradora: placenta e feto no ligamento largo direito

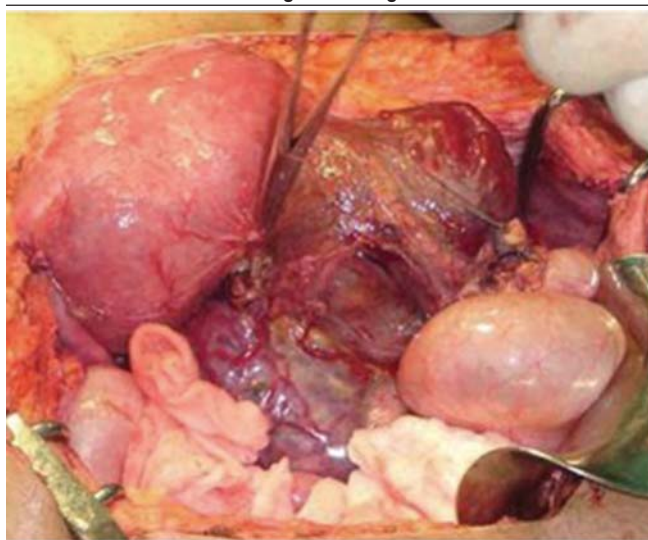


Figura 4 - Feto removido após remoção da placenta



O resultado anatomopatológico foi de gravidez ectópica abdominal secundária caracterizada por placenta com implantação na parede tubária e peritônio. Identificada área de hematoma em organização com necrose do tecido placentário, adjacente à implantação tubária e às margens de ressecção cirúrgica consistente com sítio de ruptura. Demonstradas aderências peritoneais com decidualização da subserosa envolvendo apêndice cecal, ligamento redondo, mesossalpinge e vasculatura do infundíbulo pélvico.

A evolução de pós-operatório foi adequada, houve queda de 1 mg/dl de hemoglobina, não sendo necessária transfusão sanguínea. A paciente recebeu imunoglobulina anti-D por possuir tipagem

sanguínea tipo O negativo e coombs indireto negativo. Evoluiu com negatização dos títulos de β -hCG. Realizou histerossalpingografia após três meses da intervenção, demonstrando permeabilidade tubária esquerda e cavidade uterina normal.

DISCUSSÃO

A gravidez intraligamentar é limitada anteriormente e posteriormente pelos folhetos do ligamento largo, medialmente pelo útero, lateralmente pela parede pélvica e inferiormente pelo músculo levantador do ânus⁸. Baseado no quadro relatado, a patogênese da gravidez abdominal neste caso foi de implantação secundária a gestação tubária. No nosso caso, o diagnóstico de gravidez intraligamentar foi realizado no intra-operatório, confirmando que este diagnóstico é raramente definido antes da intervenção cirúrgica⁶.

Durante o ato operatório, a placenta deve ser preferencialmente removida, para diminuir risco de peritonite, abscesso, coagulação intravascular disseminada e doença trofoblástica persistente². Nas outras formas de gestação abdominal, a placenta pode ser de difícil remoção, podendo ser mantida para posterior ressecção caso necessária, mas na gestação intraligamentar costuma ser mais facilmente removida⁵.

O objetivo da realização da arteriografia foi definir a proximidade da placenta aos vasos pélvicos, prever possíveis complicações durante a remoção da placenta e embolizar ramos que nutriam a placenta. Assim, como neste caso descrito, a embolização pré-operatória da vasculatura da placenta pareceu limitar a perda de sangue no intra-operatório e prevenir hemorragia pós-operatória no caso de gravidez abdominal descrito por Cardoso¹. O controle da hemorragia demonstra a importância da arteriografia e embolização anterior à cirurgia.

Em relação à mortalidade, há poucos casos para definir quanto à gestação intraligamentar, mas a gravidez abdominal apresenta risco de

mortalidade 7,7 vezes maior que a gestação tubária e 90% maior que a gestação intra-uterina⁴. Desta forma, demonstra-se a importância do exame ultra-sonográfico minucioso de primeiro trimestre para identificar saco gestacional intra-uterino. A abordagem dos casos de gestação abdominal deve ser realizada preferencialmente em centros terciários, acompanhado por uma equipe multiprofissional (tocoginecologista, cirurgião geral e radiologia intervencionista).

A gravidez intraligamentar é condição de alta morbimortalidade materna, sendo imperativo para um desfecho favorável uma avaliação pré-operatória e técnica cirúrgica adequadas.

Referências

1. Cardosi RJ, Nackley AC, Londono J, Hoffman MS. Embolization for advanced abdominal pregnancy with a retained placenta. A case report. *J Reprod Med*. 2002 Oct; 47(10):861-3.

2. Farag GE, Ray S, Ferguson A. Surgical packing as a means of controlling massive haemorrhage in association with advanced abdominal pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003 Jul 1; 109(1):106-7.

3. Job-Spira N, Bouyer J, Pouly JL, Germain E, Coste J, Aublet-Cuvelier B, Fernandez H. Fertility after ectopic pregnancy: first results of a population-based cohort study in France. *Hum Reprod*. 1996 Jan; 11(1):99-104.

4. Martin JN, Sessums JK, Martin RW, Pyror JA, Morrison JC. Abdominal pregnancy: current concepts of management. *Obst Gynecol*. 1988 (71): 549-57.

5. Paterson WG, Grant KA. Advanced intraligamentous pregnancy. Report of a case, review of the literature and a discussion of the biological implications. *Obstet Gynecol Surv*. 1975 Nov; 30(11):715-26.

6. Phupong V, Lertkhachonsuk R, Triratanachai S, Sueblinvong T. Pregnancy in the broad ligament. *Arch Gynecol Obstet*. 2003 Aug; 268(3):233-5.

7. Phupong V, Terasakul P, Kankaew K. Broad ligament twin pregnancy. A case report. *J Reprod Med*. 2001 Feb; 46(2):144-6.

8. Ziel HK, Miyazaki FS, Baker TH, White JD. Advanced intraligamentary pregnancy. Report of a case with survey to date. *Obstet Gynecol*. 1968 May; 31(5): 643-8