

Misdiagnosis and delayed diagnosis for spontaneous heterotopic pregnancy: a case report

Diagnóstico tardio de gravidez heterotópica após concepção espontânea: a propósito de um caso clínico

Magda Magalhães*, Ana Areia**, Sofia Franco**, Etelvina Fonseca***, Paulo Moura****
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Serviço de Obstetria A

Abstract

Spontaneous heterotopic pregnancy, though a rare condition, should be considered when intrauterine pregnancy and abdominal pain co-exist. We report such a case in a 35-year-old primigravida, whose only risk factor was a previous abdominal surgery. The ectopic pregnancy was diagnosed at 13 weeks of gestation, two weeks after the beginning of symptoms and treated via laparotomy.

Keywords: Heterotopic pregnancy; Ectopic pregnancy; Spontaneous conception; Haemoperitoneum.

INTRODUÇÃO

A gravidez heterotópica (GH) define-se como a presença simultânea de duas ou mais gravidezes, com diferentes locais de implantação, sendo uma frequentemente intrauterina e outra ectópica. Desde 1948 até aos dias de hoje a sua incidência aumentou de 1:30000 para 1:3900^{1,2} gravidezes, com particular ênfase a partir da década de 70 aquando do advento das técnicas de procriação medicamente assistidas (PMA). Salvaguardar, no entanto, que no contexto de concepção espontânea continua a representar uma entidade rara (1:30000). Perante a evidência ecográfica de gravidez intrauterina (GIU) e uma baixa suspeição clínica e imagiológica de gravidez ectópica (GE), a GH raramente é considerada^{1,3} justificando o seu diagnóstico tardio, e com ele a maior taxa de complicações. A complicação mais incidente à data do diagnóstico é a rotura de GE, descrita em mais de 80% dos casos de GH espontâneas⁴, podendo traduzir-se em dor abdominal intensa, irritação peritoneal e/ou instabilidade hemodinâmica materna, com necessidade de realização de laparotomia urgente^{5,6}.

Os diagnósticos diferenciais da GH são vários e dependem da sintomatologia inicial, nomeadamente abortamento espontâneo, rotura de quisto luteínico, GE, apendicite, nefrolitíase ou infeção urinária.

CASO CLÍNICO

Grávida com 35 anos de idade, primigesta, caucasiana, saudável, com antecedentes de colecistectomia e apendicectomia. Sem história de infertilidade, doença inflamatória pélvica, endometriose ou cirurgia tubária. Gravidez obtida por concepção espontânea e vigiada até às 11 semanas de gestação (S) em regime particular.

Às 11S + 5 dias (d) recorreu pela primeira vez ao Serviço de Urgência (SU) por dor moderada, persistente, localizada à fossa ilíaca direita (FID), sem outros sinais ou sintomas associados. Após exclusão de abdómen cirúrgico foi realizada ecografia endovaginal que revelou GIU evolutiva e quisto luteínico do ovário direito (OD), com 7x4cm, associado a derrame pélvico ligeiro. A grávida teve alta com o diagnóstico provável de rotura de quisto luteínico, com indicação para manter vigilância e analgesia.

Perante o agravamento das queixas recorreu ao SU dois dias depois, apresentando dor e defesa à palpação da fossa ilíaca e flanco direitos, toque vaginal doloroso na região anexial direita, sem massas palpáveis, nem

*Interna Complementar de Ginecologia e Obstetria

**Assistente Hospitalar de Obstetria

***Assistente Hospitalar Graduada de Obstetria

****Director de Serviço de Obstetria

perdas hemáticas. O controlo ecográfico foi sobreponível ao supracitado e o controlo analítico revelou hemoglobina (Hb) de 8,9 g/dL e PCR de 7,65 mg/dL. A grávida ficou internada para esclarecimento diagnóstico e tratamento.

Durante os primeiros dias de internamento permaneceu hemodinamicamente estável, mantendo dor localizada à FID que cedia parcialmente aos analgésicos. Em ecografias seriadas mantinha GIU evolutiva, OD globoso contendo imagem anecogénica central de parede espessa e com vascularização periférica, sugestiva de quisto luteínico, e derrame ligeiro a moderado nos espaços de *Douglas* e *Morrison* (Figura 1). A ecografia e o rastreio bioquímico combinado do 1º trimestre não mostraram alterações.

Ao 7º dia de internamento, apesar da melhoria analítica (Hb: 11,1g/dL e PCR: 3,17 mg/dL), referia anorexia e agravamento das queixas algicas, com dor e defesa à palpação da FID, pelo que foi novamente observada por um cirurgião que referiu não existir motivo do seu foro para intervenção. Ao 11º dia, embora apirética e normotensa, apresentava taquicardia, distensão abdominal, agravamento da dor e da defesa à palpação. Nessa altura foi decidida a realização de laparoscopia diagnóstica, que revelou uma massa localizada à porção ístmica da trompa direita com 8 cm, com áreas de necrose e perfuração, sugestiva de tecido trofoblástico (Figura 2). A presença de hemoperitoneu moderado condicionou a via de abordagem, procedendo-se à realização de laparotomia com salpingectomia direita e drenagem do hemoperitoneu. O pós-operatório decorreu sem incidentes, com regressão completa das queixas. O estudo histológico da peça de salpingectomia



FIGURA 1. Imagem anecogénica central com vascularização periférica, localizada ao OD, a sugerir quisto luteínico

confirmou o diagnóstico de GH (Figura 3).

A GIU, vigiada na nossa instituição, prosseguiu sem intercorrências, tendo sido realizada cesariana eletiva às 39S por apresentação pélvica em primigesta, com alta ao 4º dia. Um mês depois, a puérpera recorreu ao SU com quadro de distensão e dor abdominais. Após observação pela Cirurgia Geral foi diagnosticada suboclusão intestinal, pelo que foi submetida a nova laparoscopia urgente que revelou bridas e aderências intra-abdominais, procedendo-se à lise das mesmas. A evolução pós-operatória decorreu sem incidentes e na consulta de reavaliação puerperal encontrava-se bem.

DISCUSSÃO

A GH enquanto concepção espontânea representa uma entidade diagnóstica rara, cujos fatores de risco são semelhantes aos que predispõe à GE, nomeadamente doença inflamatória pélvica, endometriose ou antecedentes de cirurgia anexial.

Tal *et al*⁷ reportaram que 70% das GH, após indução da ovulação ou com recurso a técnicas de PMA, são diagnosticadas entre as 5 e as 8S, 20% entre as 9 e as 10S e 10% em idades gestacionais (IG) superiores.



FIGURA 2. Aspecto macroscópico da gravidez tubária aquando da laparotomia, localizada à porção ístmica da trompa direita, com áreas de necrose e perfuração

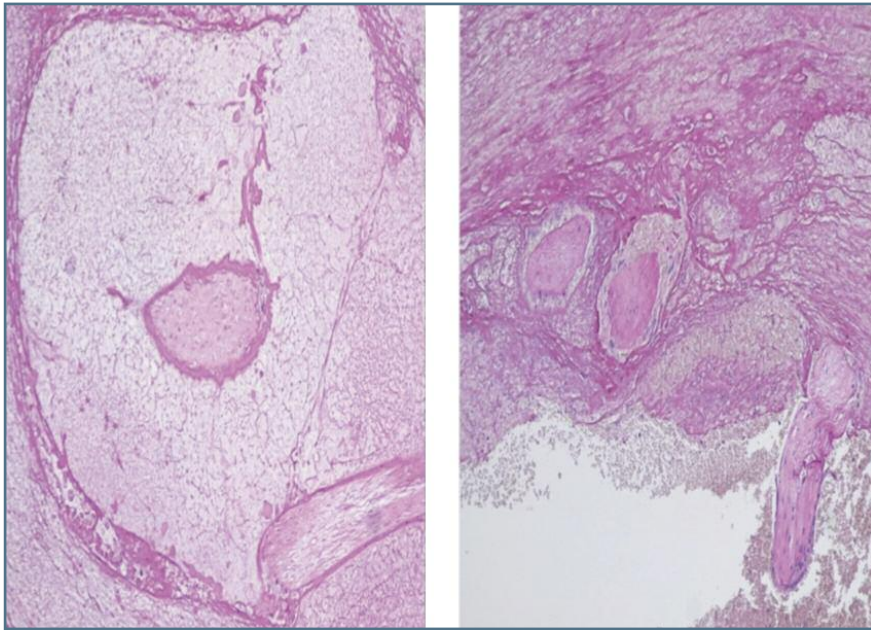


FIGURA 3. Microscopia das vilosidades coriônicas em peça operatória de salpingectomia direita

Para GH espontâneas o diagnóstico em IG superiores às 10S aumenta consideravelmente, não só devido à presença concomitante de GIU e à raridade da entidade clínica⁷, mas também por não se realizarem controlos ecográficos tão precocemente¹¹. Da mesma forma, a ausência ou a inespecificidade de sintomas, bem como a falta de sinais patognomónicos de GE, nomeadamente a identificação ecográfica de estruturas gestacionais localizadas à trompa, também contribuem.

O diagnóstico de GH em IG mais avançadas está associado a um aumento do risco materno e fetal, justificado pela maior incidência de rotura de GE, abdomen agudo e/ou instabilidade hemodinâmica.

A ecografia endovaginal, apesar de globalmente apresentar uma baixa sensibilidade na deteção de GE (54-56%)^{8,11}, pode atingir os 80% uma vez adicionado o *Doppler*, e ser diagnóstica se na presença de um saco gestacional ectópico contendo embrião com vitalidade. A vascularização intensa com fluxos de baixa resistência ($IR < 0,50$) pode também apontar para a presença de tecido trofoblástico⁹. Continua assim a representar o meio complementar de excelência, sem que haja descritos outros exames na literatura que acrescentem valor adicional.

Apesar de uma abordagem multidisciplinar, o diagnóstico do caso descrito só foi conclusivo durante a in-

tervenção cirúrgica, às 13S + 5d, altura em que foi confirmada rotura tubária. A presença de GIU associada a uma imagem sugestiva de corpo lúteo hemorrágico mimetizou o diagnóstico de GH clínica e ecograficamente, tal como descrito na literatura¹².

Perante dor abdominal com irritação peritoneal, aumento das dimensões uterinas e uma massa anexial, deve ser colocada a hipótese de GH⁸, mesmo que perante uma gravidez espontânea. As perdas hemáticas vaginais escassas estão presentes em apenas 50% dos casos³ e surgem provavelmente no contexto de hemorragia retrógrada a partir da GE, estando o endométrio da GIU na maioria das vezes intacto¹⁰. A avaliação da gonadotrofina coriônica humana não tem valor preditivo perante a presença de uma GIU⁸, nem estão descritas na literatura alterações no rastreio combinado do 1º trimestre.

O tratamento da GE deve adequar-se ao local de implantação, ser o menos invasivo possível, com manipulação uterina mínima, de forma a preservar a GIU concomitante. A salpingectomia por laparoscopia tem sido descrita como o tratamento preferencial, particularmente em mulheres com integridade tubária contralateral, sendo mais facilmente executada que a salpingostomia e estando associada a menor risco de complicações (persistência da hemorragia ou retenção intratubária de tecido trofoblástico). A análise compa-

rativa entre 2 estudos, relativamente a uma abordagem laparoscópica conservadora (salpingostomia)¹³ versus radical (salpingectomia)¹⁴ confirmou o impacto semelhante no que concerne a fertilidade futura. Perante instabilidade hemodinâmica, hemoperitônio grave ou dor intensa, a primeira linha de tratamento passa a ser a laparotomia. A injeção local ecoguiada de cloreto de potássio ou glicose hiperosmolar no saco gestacional da GE sem rotura, está reservada aos Serviços com experiência nesta conduta¹⁵. O tratamento sistémico com metotrexato está contraindicado¹¹.

A taxa de sucesso para a GIU, descrita num artigo de revisão que envolveu 139 mulheres com diagnóstico de GH, foi de 66,5%⁷.

O caso clínico pretende sublinhar a importância da GH enquanto hipótese diagnóstica, raramente contemplada, assegurando assim uma atenta anamnese (factores de risco e sintomas), um exame objetivo minucioso e uma avaliação ecográfica cuidadosa dos anexos, mesmo que perante uma GIU evolutiva. O maior grau de suspeição vai permitir adequar a orientação, diagnosticar mais precocemente, reduzir as complicações maternas e prevenir uma abordagem terapêutica mais invasiva.

REFERÊNCIAS

1. Ludwig M, Kaisu M, Bauer O, Diedrich K. Heterotopic pregnancy in a spontaneous cycle: do not forget about it. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;87:91-103.
2. Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Tritsch I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. *Arch Gynecol Obstet*. 2002;266(3):124.
3. Hassiakos D, Bakas P, Pistofidis G, Creatsas G. Heterotopic pregnancy at 16 weeks of gestation after in-vitro fertilization and embryo transfer. *Arch Gynecol Obstet*. 2002;266(3):124.
4. Corraliza V, Vicandi F, Granados MA. Embarazo heterotópico espontáneo presentado como abdomen agudo. *Clin Invest Gin Obst* 2002;29(9):349-350.
5. Gutiérrez CO, Romero SG, Velasco PL. Embarazo heterotópico. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74(7):389-393.
6. Del Palacio R, Bermejo A, Sierra Y, Ogrue MP, Rodríguez A. Embarazo heterotópico e hiperestimulación ovárica. *Prog Obstet Ginecol* 2004;47(12):584-587.
7. Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Tritsch I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. *Fertil Steril* 1996;66:1-12.
8. Anjum WM, Van der Veen F, Hamerlynck JvThH, Lammes FB. Transvaginal sonography and human chorionic gonadotrophin measurements in suspected ectopic pregnancy: a detailed analysis of a diagnostic approach. *Hum Reprod* 1993;8:1307-1311.
9. Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF, Finster M, Todd WD. Combined intrauterine and extrauterine gestations: a review. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:323-330.
10. Tummon IS, Whitmore NA, Daniel SAJ, Nisker JA, Yuzpe AA. Transferring more embryos increases risk of heterotopic pregnancy. *Fertil Steril* 1994;61:1065-1067.
11. Louis-Sylvestre C, Morice P, Chapron C, Dubuisson JB. The role of laparoscopy in the diagnosis and management of heterotopic pregnancies. *Hum Reprod*. 1997;12(5):1100.
12. Sohail S. Hemorrhagic corpus luteum mimicking heterotopic pregnancy. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2005; 15:180-181.
13. Pouly JL, Chapron C, Manhes H, et al. Multifactorial analysis of fertility after conservative laparoscopic treatment of ectopic pregnancy in a series of 223 patients. *Fertil. Steril*.1991; 56, 453-460.
14. Dubuisson JB, Morice P, Chapron C, et al. Salpingectomy, the laparoscopic surgical choice for ectopic pregnancy. *Hum. Reprod*. 1996;11,1199-1203.
15. Goldberg JM, Bedaiwy MA. Transvaginal local injection of hyperosmolar glucose for the treatment of heterotopic pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2006;107(2 Pt 2):509.