

TÚLIO GONÇALVES DOS REIS¹, FERNANDA FRANCO MATHEUS¹, ISADORA SENRA DE SOUZA RESENDE¹, HEITOR MOTTA BINI PEREIRA^{2*}, ANA PAULA FERREIRA².

¹ Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. Juiz de Fora – MG.

² Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora. Juiz de Fora – MG.

*E-mail: Heitorbini3@gmail.com

RESUMO

O leiomioma uterino é patologia benigna comum, incidindo em até 10% das gestações, necessitando de miomectomia durante gestação em 2% dos casos. Atualmente, há poucos estudos científicos que analisam o procedimento da miomectomia em associação com a mortalidade. Dessa forma, o atual relato de caso avalia a importância desse ato cirúrgico durante a gestação.

Palavras-chave: Miomectomia, Gestacional, Leiomioma.

MIOMECTOMIA NO PRIMEIRO TRIMESTRE GESTACIONAL

INTRODUÇÃO

O leiomioma uterino é uma patologia benigna comum, incidindo em até 10% das gestações, necessitando de miomectomia durante gestação em 2% dos casos. A maioria dos estudos não demonstra associação com aumento da morbidade materno-fetal. É notório o aumento da prevalência de leiomioma na população obstétrica durante a última década, devido a gestação mais tardia, portando é fundamental o conhecimento de interações entre a leiomiomatose e a gestação, e como abordar tal patologia e suas complicações (EL-BALAT, 2018). Na grande maioria dos casos os leiomiomas são assintomáticos e não geram repercussão no decorrer da gestação, entretanto em raros casos, tem sido associados a algumas complicações como: abortamento, amniorrexe, sangramento anteparto, parto pré-maturo, descolamento da placenta, apresentação atípica do feto e aumento da taxa de cesariana (AYDENIZ, 1998). O atual artigo relata um caso

de leiomioma em gestação de primeiro trimestre, em que a miomectomia foi necessária, como opção cirúrgica e obstétrica.

RELATO DE CASO

Primigesta, 11 semanas e 3 dias, 35 anos, sem comorbidades, internada por dor abdominal intensa, pior à esquerda. Ao exame, apresentava face álgica, sem sinais de hipovolemia, abdome semigloboso, doloroso à palpação, altura uterina aumentada. Ao toque vaginal: colo grosso, posterior e fechado, sem perdas.

Um hemograma complementar e ultrassonografia (USG) de abdome total não demonstraram alterações e a USG endovaginal revelou útero aumentado de volume por múltiplos nódulos miomatosos, medindo 16 cm o maior e gestação tópica com feto ativo de 12 semanas.

Após analgesia e repouso, manteve sintomas álgicos persistentes e progressivos. Devido à suspeita de torção ovariana optou-se por laparotomia exploradora.

Na cirurgia observou-se leiomioma pediculado torcido, medindo 15x10cm com sinais de necrose. Realizada miomectomia sem complicações. No pós-operatório imediato foi feito tocólise profilática, sem intercorrências obstétricas.

Retornou à maternidade com 36 semanas e 4 dias de gestação para realizar cesariana. O ato cirúrgico foi laborioso pela miomatose uterina importante, sendo necessário miomectomia cervical e reconstrução da parede para a retirada do feto, ele evoluiu sem complicações. O recém-nascido vivo, obteve índices de Apgar 9 e 10 no primeiro e quinto minutos, respectivamente; com peso de 3.315 g. Durante a cesariana, foi explorada a cicatriz da miomectomia que se apresentava íntegra. O seguimento pós parto, se deu sem complicações e a paciente e o recém-nascido receberam alta no terceiro dia de pós operatório.

DESENVOLVIMENTO

Os leiomiomas (miomas uterinos) são os tumores benignos mais comuns do sistema reprodutivo feminino. Acometem 40% das mulheres, em especial acima dos 30 anos e de raça negra. São estrógeno-dependentes e, pela ação hormonal da gravidez, é frequente aumentarem de tamanho nesse período. Geralmente é assintomático, mas pode ter complicações materno-fetais em cerca de 10% das gestantes como: dor, infecção, torção,

necrose, aborto, trabalho de parto prematuro, descolamento/retenção placentária, restrição de crescimento fetal, distócia do trabalho de parto e hemorragia pós-parto, degeneração vermelha ou necrobiose asséptica (DOHBIT, 2019).

O diagnóstico de imagem pode ser realizado por USG, tomografia computadorizada ou ressonância magnética (RM). A USG é padrão-ouro, visto ser um método mais acessível, com menor custo, podendo dar seguimento ao acompanhamento do mioma, além de com a utilização do Doppler, pode-se estudar a vasculatura uterino-placentária e traçar melhor conduta referente a patologia. Porém a RM possui como vantagem fornecer melhor avaliação dos miomas uterinos múltiplos, grandes, intramurais ou posteriores, além de medir a distância com maior precisão da cavidade uterina (VALENTI, 2019).

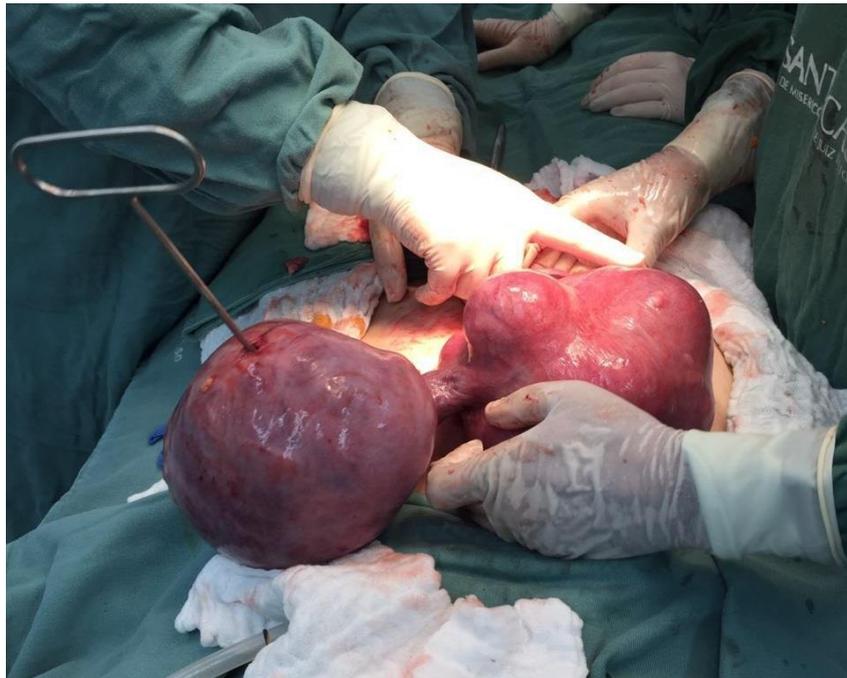
O tratamento do leiomioma durante a gravidez é sintomático, devendo ser realizada a hidratação e analgesia do paciente. Embora sem consenso literário das indicações de miomectomia, idealmente é postergada até o pós-parto, sendo necessária em apenas 2% dos casos (JHALTA, 2016). Na gestação, deve-se reservá-la para dor abdominal severa não responsiva ao tratamento clínico, crescimento rápido e localização no segmento inferior uterino distorcendo o sítio placentário. Para miomas pediculados, pelo risco de infarto hemorrágico e infecção, o manejo aprovado para torção na gravidez envolve miomectomia de emergência ou embolização arterial. A maioria dos estudos não demonstra associação com aumento da morbidade materna (LEVAST, 2016).

É aventado que altas doses diárias de progesterona micronizada (300-600mcg/dia), em caso de suspeita de alterações degenerativas, pode favorecer a regressão dos sintomas, pois ocorre como desfecho o aditamento do fluxo sanguíneo dos leiomiomas. Quando a paciente apresenta a ocorrência dos sintomas de forma mais intensa, são necessárias medidas como, analgesia peridural ou miomectomia (BOZZINE, 2005).

A miomectomia durante a gravidez tem como principal risco à hemorragia. Segundo a literatura, as miomectomia realizados durante a gravidez mostraram resultados benignos, com um curso normal da gravidez, apresentando taxas ligeiramente maiores de mortalidade e a morbidade quando comparadas com o útero não gravídico (FERNANDEZ, 2010). A taxa de cesariana é maior em mulheres grávidas com miomas. Não há estudos que evidenciem diferenças significativas de hemorragia entre a miomectomia durante a cesariana e a cesariana isolada ou apenas a miomectomia (LEITE, 2010). Além disso, uma porcentagem de, aproximadamente, 10% das mulheres prenhas com miomatose apresentam desfecho desfavorável devido a presença do tumor. A maioria está relacionada a algia abdominal,

mais esmiuçada entre a 13 - 26 semana de gestação, podendo cursar com aumento de temperatura, enjoo ou vômitos. Esse fato ocorre principalmente devido a degeneração vermelha (necrobiose), que é desencadeado pelo infarto hemorrágico do leiomioma. Outra possibilidade é a torção de um leiomioma pediculado que também pode resultar em quadro de abdome agudo, sendo uma emergência cirúrgica (PHELAN, 1995).

Figura 1 - Útero gravídico miomatoso. Destacando mioma subseroso com torção de pedículo.



Fonte: Reis TG, et al., 2020.

CONCLUSÃO

A principal complicação observada em atos cirúrgicos, oriundos de uma miomectomia, é a hemorragia, fato que deve ser considerado como o principal risco diante do quadro cirúrgico. Embora não haja aumento significativo de morbimortalidade em miomectomia durante a gestação, tal procedimento deve ser limitado a casos bem selecionados e específicos.

REFERÊNCIAS

1. AYDENIZ B, et al. Significance of myoma-induced complications in pregnancy. A comparative analysis of pregnancy course with and without myoma involvement. Z Geburtshilfe Neonatol. 1998;202(4):154-8.

2. BOZZINE N. Leiomioma uterino e gravidez. In: Pompei LM, Sancovski M, Peixoto P. Leiomioma uterino. São Paulo: PlanMark; 2005. p. 177-84.
3. DOHBIT JS, et al. Diagnostic ambiguity of aseptic necrobiosis of a uterine fibroid in a term pregnancy: a case report. BMC Pregnancy Childbirth. 2019; 19: 9.
4. EL-BALAT A, et al. Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years:A Review of the Literature. BioMed Research International. 2018;
5. FERNANDEZ ACC, et al. Myomectomy during pregnancy and cesarean section. EURP 2010; 2: 109-111.
6. JHALTA P, et al. Successful myomectomy in early pregnancy for a large asymptomatic uterine myoma: case report. Pan Afr Med J. 2016; 24: 228.
7. LEITE GKC, et al. Miomectomia em gestação de segundo trimestre: relato de caso. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32:198-201.
8. LEVAST F, et al. Management of uterine myomas during pregnancy. Gynecol Obstet Fertil. 2016 Jun; 44:350-4.
9. OKIZUKA H, et al. MR detection of degenerating uterine leiomyomas. J Comput Assist Tomogr. 1993;17(5):760-6.
10. PHELAN JP. Myomas and pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 1995;22(4):801-5.
11. VALENTI G, et al. Use of pre-operative imaging for symptomatic uterine myomas during pregnancy: a case report and a systematic literature review. Arch Gynecol Obstet. 2019; 299: 13.