



REVISTA ELETRÔNICA

# Acervo MÉDICO

ISSN 2764-0485

## Gestação ectópica cornual com tentativa de abordagem conservadora

Cornual ectopic pregnancy with attempted conservative approach

Embarazo ectópico cornual con intento de abordaje conservador

Guilherme Grabin Granero<sup>1</sup>, Ana Clara de Souza Freitas<sup>1</sup>, Lázaro Luiz de Paula Neto<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Relatar caso de gestação ectópica cornual ocorrido em maternidade do interior do estado de São Paulo – Brasil, visando discussão sobre possíveis diagnósticos diferentes e abordagens, tendo em vista que, quando diagnosticada precocemente reduz os riscos de morbimortalidade inerentes ao quadro clínico. **Detalhamento do caso:** Trata-se de uma paciente, 27 anos, G6P2A3C2, admitida com queixa de dor abdominal, atraso menstrual e sangramento vaginal, associada a dosagem de beta-HCG de 14120mIU/mL e ultrassonografia transvaginal com imagem paraovariana anecoica medindo 5,6cm (saco gestacional) com embrião inviável. Optado pela abordagem cirúrgica que evidenciou no intra-operatório gestação ectópica cornual íntegra a esquerda, sendo submetida a remoção da mesma. **Considerações finais:** As gestações ectópicas intersticiais ou cornuais são aquelas em que a implantação do blastocisto se dá na região de inserção da tuba uterina na camada muscular do útero e correspondem a 2% de todas as gestações ectópicas. As abordagens dependem de fatores como dimensão da massa, dosagem inicial de beta-HCG e estabilidade hemodinâmica da paciente. Nesse caso o tratamento foi cirúrgico com histerectomia cornual e subtotal. Dadas as possíveis complicações dos quadros de gestações ectópicas, o diagnóstico precoce e abordagem terapêutica influem diretamente na morbimortalidade materna no primeiro trimestre de gestação.

**Palavras-chave:** Gestação ectópica, Cornual, Abordagem cirúrgica.

### ABSTRACT

**Objective:** To report a case of cornual ectopic pregnancy that occurred in a maternity hospital in the interior of the state of São Paulo - Brazil, aiming to discuss possible different diagnoses and approaches, considering that, when diagnosed early, it reduces the risks of morbidity and mortality inherent to the clinical picture. **Case details :** This is a patient, 27 years old, G6P2A3C2, admitted complaining of abdominal pain, menstrual delay and vaginal bleeding, associated with a beta-HCG dosage of 14120mIU/mL and transvaginal ultrasound with anechoic paraovarian image measuring 5.6cm (sac gestational) with non-viable embryo. The surgical approach was chosen, which revealed an intact cornual ectopic pregnancy on the left intraoperatively, requiring its removal. **Final considerations:** Interstitial or cornual ectopic pregnancies are those in which the implantation of the blastocyst occurs in the region where the uterine tube is inserted into the muscular layer of the uterus and correspond to 2% of all ectopic pregnancies. The approaches depend on factors such as the size of the mass, initial dosage of beta-HCG and the patient's hemodynamic stability. In this case, the treatment was surgical with cornual and subtotal hysterectomy. Given the possible complications of ectopic pregnancies, early diagnosis and therapeutic approach directly influence maternal morbidity and mortality in the first trimester of pregnancy.

**Keywords:** Ectopic pregnancy, Cornual, Surgical approach.

### RESUMEN

**Objetivo:** Reportar un caso de embarazo ectópico cornual ocurrido en una maternidad del interior del estado de São Paulo - Brasil, con el objetivo de discutir posibles diferentes diagnósticos y abordajes, considerando

<sup>1</sup> Santa Casa de Misericórdia de Franca, Franca – SP.

que, cuando se diagnostica tempranamente, reduce los riesgos de morbilidad. y mortalidad inherente al cuadro clínico **Detalles del caso:** Se trata de una paciente de 27 años, G6P2A3C2, que ingresa por dolor abdominal, retraso menstrual y sangrado vaginal, asociado a dosis de beta-HCG de 14120mUI/mL y ecografía transvaginal con paraovario anecoico. Imagen de 5,6cm (saco gestacional) con embrión no viable. Se optó por el abordaje quirúrgico, el cual reveló intraoperatoriamente un embarazo ectópico cornual intacto en el lado izquierdo, requiriendo su extirpación. **Consideraciones finales:** Los embarazos ectópicos intersticiales o cornuales son aquellos en los que la implantación del blastocisto se produce en la región donde se inserta la trompa uterina en la capa muscular del útero y corresponden al 2% de todos los embarazos ectópicos. Los enfoques dependen de factores como el tamaño de la masa, la dosis inicial de beta-HCG y la estabilidad hemodinámica del paciente. En este caso el tratamiento fue quirúrgico con histerectomía cornual y subtotal. Ante las posibles complicaciones de los embarazos ectópicos, el diagnóstico precoz y el abordaje terapéutico influyen directamente en la morbimortalidad materna en el primer trimestre del embarazo.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico, Cornual, Abordaje quirúrgico.

## INTRODUÇÃO

Gestação ectópica se trata de toda gestação na qual a implantação do saco gestacional se faz fora da cavidade miometrial uterina. As localizações mais comuns são tubéreas correspondendo de 96 a 99% dos casos e destas, mais de 70% se localizam na ampola ou infundíbulo, seguida pela zona ístmica (25%) e pela zona intersticial ou cornual (2%) (LIMA BC, et al., 2018). Trata-se de importante causa de morte materna no 1º trimestre de gestação, chegando a 38% em países desenvolvidos como os EUA. Não existem levantamentos quanto a mortalidade no devido gestação ectópica no Brasil. Por outro lado, o diagnóstico precoce fez com que tal mortalidade decrescesse nas últimas décadas, seja pelos ecógrafos de maior precisão ou pelo uso de endoscopia ginecológica (MELO CSB, et al., 2021).

O aumento da incidência está diretamente relacionado ao aumento dos casos de doença inflamatória pélvica, por clamídia ou gonococco. Outros fatores associados são a promiscuidade sexual, infertilidade, patologia/cirurgia tubária, fertilização in vitro, uso de dispositivo intra-uterino (hormonal ou não hormonal), uso de citrato de clomifeno (indutor de ovulação), entre outros (LIMA BC, et al., 2018).

O diagnóstico de gestação ectópica, no geral, se dá pela associação do quadro clínico, laboratorial e ultrassonográfico e necessita muitas vezes de abordagem de urgência, visto a possibilidade de rotura de tais gestações, podendo evoluir com quadro de instabilidade hemodinâmica e até choque hipovolêmico (MURRAY H, et al., 2005). A abordagem terapêutica é guiada principalmente pela estabilidade da paciente, extensão da massa e dosagem da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico (beta-HCG), podendo ser cirúrgica ou clínica (SANTOS VSV, 2021).

A Ultrassonografia transvaginal (USTV) é o principal exame para determinar a localização da gestação, conseguindo visualizar saco gestacional extrauterino com vesícula vitelínica ou embrião é diagnóstica de gestação ectópica, todavia esses achados estão presentes na minoria dos casos, sendo possível a partir de cinco a seis semanas de atraso menstrual. Caso o estudo de imagem não seja diagnóstico, pensa-se que a gestação é muito inicial para ser visualizada. Nesse caso se faz necessário realizar dosagem seriadas de  $\beta$ -HCG, até que atinja o limite discriminatório (FERREIRA GLC, et al., 2021).

O limite discriminatório do  $\beta$ -hCG, nível no qual o saco gestacional intrauterino é normalmente identificado na gravidez normal, situa-se em 1.500 mUI/ml. A ausência de saco gestacional intra-uterino somado com título de  $\beta$ -hCG maior que 1.500 mUI/ml são sugestivos de gestação ectópica (SANTOS VSV, 2021). As exceções são os casos iniciais de gravidez múltipla, cujos valores hormonais são mais altos quando comparados a gravidez única, e, nas situações de abortamento muito recente de gravidez tópica (FERREIRA GLC, et al., 2021).

O presente estudo visa relatar caso de gestação ectópica intersticial, dita também cornual, ocorrido em maternidade referência do interior do estado de São Paulo no ano de 2023. Projeto apreciado pelo comitê de ensino e pesquisa com CAAE: 76943024.9.0000.5438 e parecer 6.636.633.

## DETALHAMENTO DO CASO

Trata-se de paciente do sexo feminino, 27 anos, gesta seis, sendo três abortos e dois partos cesáreos, que deu entrada no pronto atendimento obstétrico referindo sangramento vaginal em pequena quantidade, dor abdominal em baixo ventre e atraso menstrual de data desconhecida. Ao exame físico, se apresentava em bom estado geral, corada, hidratada, afebril, acianótica e anictérica, eupneica, eucárdica, normotensa, estável hemodinamicamente.

Ao exame apresentava abdome plano flácido, normotimpânico, ruídos hidro-aéreos presentes nos quatro quadrantes, com discreta dor a palpção de abdome inferior e descompressão brusca negativa. No exame especular foi evidenciado discreto sangramento de coloração vermelho vivo coletado em fundo de saco vaginal e ausência de sangramentos ativos pelo orifício externo do colo do útero. O toque vaginal o colo se encontrava fibroelástico, impérvio e à palpção bimanual discreta dor a mobilização do colo e anexos não palpáveis.

Sendo assim foram aventadas as hipóteses diagnósticas de ameaça de abortamento, gestação ectópica ou mola hidatiforma, solicitados então exames laboratoriais e ultrassonografia transvaginal na unidade para elucidação do caso.

Apresentava na entrada BetaHCG quantitativo de 14.120mg/dL, hemoglobina 12,3g/dL, e hematócrito 37,1%. Ao ultrassom transvaginal foi evidenciado saco gestacional com embrião presente (comprimento cabeça nádega – CCN: 18,7mm), sem atividade cardíaca, em região paraovariana a esquerda e ausência de líquido livre em fundo de saco, reforçando assim a hipótese diagnóstica de gestação ectópica tubárea ou ovariana.

Devido as dimensões do saco gestacional a mesma foi encaminhada para laparotomia exploradora, sendo, no intra-operatório, evidenciada gestação ectópica cornual íntegra a esquerda (**Figura 1**) com ausência de sangue livre em cavidade.

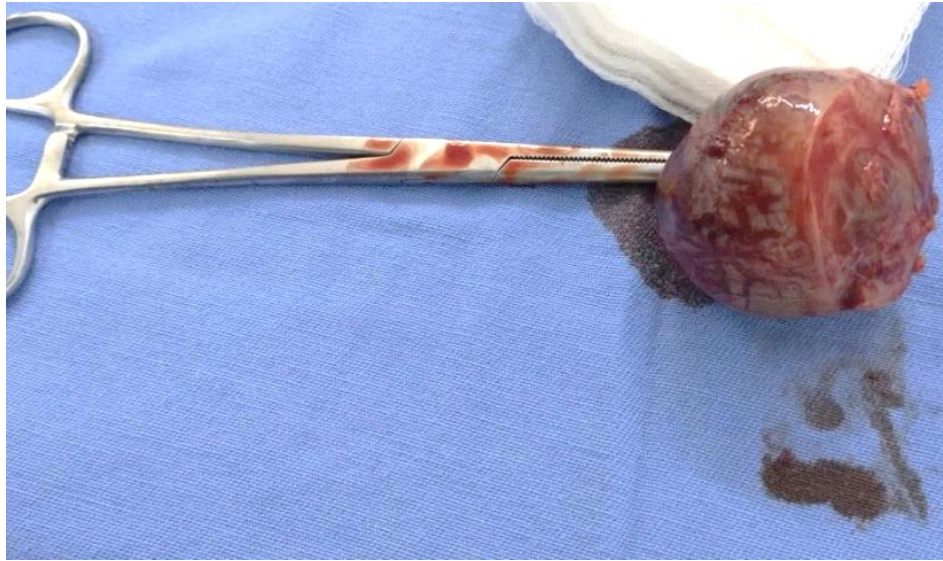
Assim pela ressecção completa do saco gestacional (**Figura 2**). Foram realizadas diversas tentativas de hemostasia da região de inserção da mesma, porém sem sucesso e cursando com sangramento intenso. Foi optado então pela realização de histerectomia subtotal abdominal visando estabilidade clínica da paciente.

**Figura 1** - Inventário de cavidade com gestação ectópica cornual a esquerda.



Fonte: Granero GG, et al., 2024.

**Figura 2** - Gestação ectópica íntegra ressecada.



**Fonte:** Granero GG, et al., 2024.

Paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrências e assintomática, se mantendo estável durante toda internação, recebeu alta do serviço no terceiro dia de internação com revisão laboratorial mostrando hemoglobina de 11,5 e hematócrito de 34,7%. O laudo do anátomopatológico confirmou a presença do saco gestacional com embrião medindo 2,4cm no material avaliado.

## DISCUSSÃO

Pensar em gestação ectópica, ou seja, aquela em que a implantação do blastocisto se dá fora do corpo uterino, vem atrelado principalmente ao quadro clínico e fatores de risco, sendo eles gestação ectópica prévia, doença inflamatória pélvica, infertilidade, uso de dispositivo intra-uterino, manipulação intra-uterina, tabagismo, anticoncepção de emergência e ligadura tubérea prévia. No caso acima a paciente apresentava como fator de risco o histórico de três abortamentos prévios nos quais foram necessárias curetagens pós-abortamento (ROMERO R, et al., 2018).

A gestação ectópica pode se tornar complicada quando evoluiu com rotura ou aborto. É caracterizada clinicamente por atraso menstrual, dor abdominal e sangramento genital. Nos casos de rotura essa dor abdominal se apresenta de forma intensa com sinais de peritonite e instabilidade hemodinâmica devido ao hemoperitônio, requerendo urgência na abordagem cirúrgica do caso (NASCIMENTO JLB, et al., 2019).

Apesar disso o diagnóstico necessita de exames complementares laboratoriais (BetaHCG quantitativo) e de imagem (Ultrassonografia transvaginal e/ou ressonância magnética, visando sempre diagnóstico precoce para evitar que a mesma evolua com ruptura (ROMERO R, et al., 2018).

A dosagem da fração beta do hormônio gonadotrópico coriônico entra como fator determinante se a abordagem terapêutica será clínica ou cirúrgica. Já os exames de imagem, além de guiar a terapêutica, servem para caracterizar localização, extensão e integridade da massa (PAZ SILVA INV, et al., 2021).

A ultrassonografia apresenta alta acurácia, demonstrando massa anexial e em geral associado a presença de líquido livre na cavidade. Entretanto o estudo ecográfico apresenta limitações quanto a caracterização precisa da localização da mesma. Nos casos das gestações intersticiais (cornuais) a delimitação da localização se tonar mais difícil, como descrito no caso acima, o laudo apresentava a gestação como para-ovariana, porém apenas no intraoperatório foi evidenciada com precisão a localização e extensão da massa (HENDRIKS E, et al., 2020). A abordagem terapêutica pode ser clínica com uso de metotrexate e dosagens seriadas de BetaHCG, expectante ou cirúrgica (DE MORAIS LR, et al., 2021).

A abordagem clínica é elegível quando a paciente se apresenta estável hemodinamicamente, não apresenta dor abdominal, a massa anexial é menor ou igual a 3,5cm e a paciente apresenta desejo de gestar, respeitando as contraindicações que são anemia, leucopenia (leucócitos abaixo de 2000 cél/mm<sup>3</sup>, plaquetopenia (abaixo de 100000), imunodeficiência, comorbidades clínicas, amamentação, beta-HCG inicial acima de 5000mUI/mL ou gestação apresentando embrião com batimentos cardíacos presentes (HENDRIKS E, et al., 2020). Já os critérios para conduta expectante não são bem estabelecidos na literatura, porém alguns estudos demonstram sucesso quando o beta-HCG inicial é inferior a 2000mUI/mL, títulos em queda nas últimas vinte e quatro a quarenta e oito horas e massa anexial menor que 5cm (SANTOS VMPPR, et al., 2018).

Existem dois protocolos possíveis para ministração de metotrexato: de dose única e o de múltiplas doses. No protocolo de dose única, é ministrado na dose de 50 mg/m<sup>2</sup> por via intramuscular. O acompanhamento se faz por meio de dosagens da b-hCG, realizadas no dia da ministração, no quarto e sétimo dia após o emprego desta droga. Se houver redução dos títulos de b-hCG acima de 15%, entre o quarto e o sétimo dias, apresentam bom prognóstico, devendo ser acompanhadas com dosagens semanais da b-hCG, até se atingirem os níveis pré-gravídicos (GOLDTHWAITE LM, et al., 2014).

Se a redução for inferior a 15%, no sétimo dia após o emprego do metotrexato, é ministrada nova dose, seguindo a mesma sistematização predita. Não se deve exceder a terceira dose. Tal esquema é o que mais utilizado (DE MORAIS LR, et al., 2021).

O protocolo de múltiplas doses consiste na aplicação intramuscular de metotrexate nos dias um, três, cinco e sete alternando com ácido fólico nos dias dois, quatro, seis e oito). O acompanhamento é feito com dosagem de b-hCG no dia da aplicação inicial e sempre dosado antes de aplicar uma futura dose; caso os títulos caiam mais que 15% neste intervalo, não é necessária uma nova dose de. Outro ciclo de quatro doses deve ser iniciado no décimo quarto dia, caso os títulos da b-hCG estejam 40% acima do valor inicial (dia zero). Metade das pacientes não precisam do tratamento completo de oito dias (IBANEZ FC, et al., 2017).

Quanto a abordagem cirúrgica, pode ser feita por via laparoscópica ou laparotomia exploradora sendo na maioria das vezes realizada excisão da massa com salpingectomia ipsilateral. Em gestações intersticiais, como a massa se insere na região em que a tuba penetra a parede uterina, a mesma se encontra revestida por dupla camada de miométrio, região essa com rico suprimento sanguíneo advindo (vasculatura ovariana e uterina) gerando maior dificuldade de hemostasia do que nas ectópicas em região ístmicas, ampulares ou fimbriais (DE MORAIS LR, et al., 2021).

O uso da técnica laparoscópica é preferível visto que exige menor tempo cirúrgico, menor perda sanguínea intra-operatória, tempo de internação reduzido e menor necessidade de analgesia, porém está contraindicado nos casos instabilidade hemodinâmica e na presença de hemoperitônio (rotura da massa).

A gestação ectópica intersticial é contraindicação relativa à abordagem laparoscópica. Entretanto em muitos de nossos serviços existe dificuldade para realizá-la prontamente em todos os casos, além do que, nos quadros tardios, existe potencial dificuldade técnica para realizá-la, exigindo profissional qualificado e especializado para realiza-lo (BERTIN FV, et al., 2016).

As técnicas de excisão do corno uterino consistem na cornostomia linear na qual o manto miometrial é incisado acima da massa e remoção do produto gestacional com hemostasia por eletrocautério, sendo mais utilizada na via laparoscópica; ressecção cornual que consiste na remoção do manto miometrial mais superficial ou do manto e de sua base mais profundo, quando a base da massa é alargada; incisão em cunha, em que são removidos o produto gestacional e o miométrio circundante, com posterior hemostasia e sutura do útero, sendo essa última a mais tradicional na abordagem laparotômica. A conservação do útero se dará quando a hemostasia da região excisada for possível, visando sempre a estabilidade hemodinâmica e clínica da paciente (PAPILLON-SMITH J, et al., 2016).

Nos casos de gravidez tubárea a grande controvérsia atual no tratamento cirúrgico, nas pacientes desejosas de preservar o futuro reprodutivo, é entre a cirurgia radical (salpingectomia) e a cirurgia conservadora (salpingostomia), porém tal conduta não se aplica frente a gestação cornual dada sua

localização entre o manto miometrial e a inserção de tuba uterina, sendo realizada salpingectomia unilateral nesses casos (MOUHAJER M, et al., 2017).

Apesar dos diversos avanços frente ao diagnóstico e tratamento das gestações ectópicas com consequente redução de mortalidade, existem ainda diversas limitações frente a possibilidade de preservação de fertilidade de redução de cirurgias mutiladoras, sendo elas busca tardia por atendimento pelas pacientes, subvalorização das queixas por parte dos médicos, alta demanda pelos exames diagnósticos no serviço público, levando assim a demora em realiza-los (BERTIN FV, et al., 2016). O diagnóstico tardio cursa no geral com maiores complicações como rotura do saco gestacional evoluindo com abdome agudo hemorrágico, coagulação intra-vascular disseminada, complicações anestésicas inerentes à patologia e até cirúrgicas como perfuração vesical ou intestinal (IBANEZ FC, et al., 2017).

Considere-se que, visto a importância sobre a morbimortalidade materna no primeiro trimestre, fez-se de extrema importância o diagnóstico precoce e tratamento das gestações ectópicas cornuais, visando sempre estabilidade clínica e sobrevida materna, e quando possível, preservação de fertilidade. A abordagem cirúrgica por via laparoscópica apresenta vantagens frente a laparotômica, entretanto as contraindicações frente aos casos de gestações ectópicas intersticiais não estão bem estabelecidas na literatura e necessitam estudos com maior espaço amostral.

## REFERÊNCIAS

1. BERTIN FV, et al. Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 2019; 84(1): 55-63.
2. DE MORAIS LR e BARREIRA BSM. Tratamento conservador da gravidez ectópica Conservative treatment of ectopic pregnancy. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021; 4(3): 13250-13260.
3. FERREIRA GLC, et al. The continuous use of IUD with levonorgestrel as a predetermining factor for ectopic pregnancy. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(6): 55152-55158.
4. GOLDTHWAITE LM, et al. Early hysteroscopic removal of intratubal microinserts with urologic stone retrieval forceps. *Obstet Gynecol.*, 2014; 124.
5. HENDRIKS E, et al. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. *American Family Physician*, 2020; 599-606.
6. IBANEZ FC, et al. Tratamiento con metotrexate para el embarazo ectópico cornual. *Rev Cubana Obstet Ginecol.*, 2017; 43(3): 136-142.
7. LIMA BC, et al. Gravidez ectópica: reflexões acerca da assistência de enfermagem. *Temas em Saúde*, 2018; 18(1).
8. MOUHAJER M, et al. Cervical ectopic pregnancy deprived areas: a rare and difficult diagnosis. *Ghana Med J.*, 2017; 51(02): 94-97.
9. MELO CSB, et al. Cesarean scar pregnancy: case series with three different types of management. *FEMINA*, 2021; 49(8): 505-8.
10. NASCIMENTO JLB, et al. Cuidados de enfermagem frente aos riscos evidenciados na gravidez ectópica. *Brazilian Journal Of Health Review*, 2019; 2(2): 1444-1454.
11. PAZ SILVA INV, et al. Main risks and importance of treatment related to ectopic pregnancy. *Research, Society and Development*, 2021; 10(9).
12. PAPILLON-SMITH J, et al. Ovarian Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.*, 2016; 38(1): 1-2.
13. ROMERO R, et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol.*, 2018; 218: 161.
14. SANTOS VSV e SOUZA GS. The incidence of an ectopic pregnancy and your relationship with infertility. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021; 4(3): 9669-9676.
15. SANTOS VMPPR, et al. Gestação ectópica cornual rota em paciente atendida na emergência obstétrica da maternidade de um hospital do interior do Ceará: relato de caso. *Rev. Ciênc. Saúde*, 2018; 3(2): 7-10.