



Sucesso de gravidez espontânea pós-miomectomia: série de casos de uma unidade cirúrgica da rede pública de saúde do Distrito Federal

Success of spontaneous pregnancy after myomectomy: case series of a surgical unit of the public health network of the Federal District

Éxito del embarazo espontáneo después de la miomectomía: serie de casos de una unidad quirúrgica de la red pública de salud del Distrito Federal

Bruna da Maceno Anyfantis¹, Gilmária Borges Sousa¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o sucesso de gravidez espontânea em pacientes submetidas à miomectomia, com desejo reprodutivo em um serviço de Ginecologia e Obstetrícia da rede pública do Distrito Federal. **Métodos:** Estudo analítico, descritivo, retrospectivo e transversal, avaliando o sucesso de gravidez espontânea pós miomectomia no período de março de 2017 a dezembro de 2022. **Resultados:** Foram avaliadas 46 pacientes que foram submetidas à miomectomia, das quais 4 obtiveram sucesso em gravidez espontânea após o procedimento cirúrgico realizado. Destas pacientes, 30 apresentavam desejo de engravidar. O sucesso de gravidez foi de 8,7%. A necessidade de conversão cirúrgica de miomectomia para histerectomia foi zero. No que diz respeito ao sucesso de gravidez espontânea nas pacientes submetidas à miomectomia com desejo reprodutivo, foi possível observar que três pacientes obtiveram sucesso após realizarem miomectomia abdominal, enquanto uma realizou miomectomia vaginal. Por outro lado, 22 pacientes que realizaram miomectomia abdominal tinham desejo reprodutivo, mas não obtiveram sucesso de gravidez, enquanto 16 pacientes realizaram miomectomia vaginal e não apresentavam desejo reprodutivo. **Conclusão:** Segundo esta pesquisa, houve sucesso em realização de miomectomia no serviço. Houve gestações espontâneas após o procedimento, evidenciando que pacientes mais jovens e sem comorbidades têm maiores chances de engravidar.

Palavras-chave: Gravidez, Infertilidade, Leiomioma, Miomectomia uterina.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the success of spontaneous pregnancy in patients undergoing myomectomy with reproductive desire in a Gynecology and Obstetrics service of the public health system of the Federal District. **Methods:** Analytical, descriptive, retrospective, and cross-sectional study evaluating the success of spontaneous pregnancy after myomectomy from March 2017 to December 2022. **Results:** A total of 46 patients who underwent myomectomy were evaluated, of which 4 were successful in spontaneous pregnancy after the surgical procedure. Of these patients, 30 wanted to become pregnant. Pregnancy success was 8.7%. The need for surgical conversion from myomectomy to hysterectomy was zero. With regard to the success of spontaneous pregnancy in patients who underwent myomectomy with reproductive desire, it was possible to observe that three patients were successful after undergoing abdominal myomectomy, while one underwent vaginal myomectomy. On the other hand, 22 patients who underwent abdominal myomectomy had reproductive desire but were unsuccessful in pregnancy, while 16 patients underwent vaginal myomectomy and had no reproductive desire. **Conclusion:** According to this research, myomectomy was successful in the service. There were spontaneous pregnancies after the procedure, showing that younger patients without comorbidities are more likely to become pregnant.

Keywords: Pregnancy, Infertility, Leiomyoma, Uterine myomectomy.

¹ Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília – DF.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el éxito del embarazo espontáneo en pacientes sometidas a miomectomía con deseo reproductivo en un servicio de Ginecología y Obstetricia del sistema público de salud del Distrito Federal. **Métodos:** Estudio analítico, descriptivo, retrospectivo y transversal que evaluó el éxito del embarazo espontáneo después de la miomectomía desde marzo de 2017 hasta diciembre de 2022. **Resultados:** Se evaluaron un total de 46 pacientes sometidas a miomectomía, de las cuales 4 tuvieron éxito en el embarazo espontáneo tras el procedimiento quirúrgico. De estas pacientes, 30 querían quedar embarazadas. El éxito del embarazo fue del 8,7%. La necesidad de conversión quirúrgica de miomectomía a histerectomía fue nula. Con relación al éxito del embarazo espontáneo en pacientes sometidas a miomectomía con deseo reproductivo, se pudo observar que tres pacientes tuvieron éxito después de someterse a miomectomía abdominal, mientras que una se sometió a miomectomía vaginal. Por otro lado, 22 pacientes que se sometieron a miomectomía abdominal tenían deseo reproductivo pero no tuvieron éxito en el embarazo, mientras que 16 pacientes se sometieron a miomectomía vaginal y no tenían deseo reproductivo. **Conclusión:** De acuerdo con esta investigación, la miomectomía fue exitosa en el servicio. Hubo embarazos espontáneos después del procedimiento, lo que demuestra que las pacientes más jóvenes sin comorbilidades tienen más probabilidades de quedar embarazadas.

Palabras clave: Embarazo, Infertilidad, Leiomioma, Miomectomía uterina.

INTRODUÇÃO

Miomas uterinos, também chamados de leiomiomas, são os tumores benignos mais prevalentes na área de ginecologia e obstetrícia (SILVA NA, et al., 2020). Trata-se de um tumor que aparece depois da menarca, podendo aumentar de tamanho durante a gestação e tende a reduzir moderadamente após a menopausa (BARANOV VS, et al., 2019). São mais frequentes e apresentam superiores sintomas em mulheres de raça negra, nulíparas, obesas, com histórico familiar e portadoras de síndrome estrogênica (BARANOV VS, et al., 2019).

Por definição, o leiomioma é uma neoplasia benigna que afeta 20% a 40% das mulheres com faixa etária acima de 30 anos. A literatura evidencia que a prevalência de miomas pode chegar a 77% (SILVA NA, et al., 2020). Os miomas são heterogêneos em composição e tamanho entre as mulheres e dentro do mesmo indivíduo, e variam em número entre os indivíduos, com estimativas de 6,5 tumores por útero afetado (YANG O, et al., 2021).

São uma mistura complexa de células que incluem fibroblastos e células musculares lisas. Ricos em matriz extracelular, geralmente surgem por meio de mutações somáticas, mais comumente no gene MED12. Sua falta de inibição de crescimento e sua capacidade de apresentar facetas de malignidade, mas ser histológica e biologicamente benignas, oferecem oportunidades para explorar processos básicos. Até o momento, os mecanismos responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento dos leiomiomas são um enigma (STEWART EA e NOWAK RA, 2022).

Embora benigno, seu crescimento depende dos níveis de estrogênio e progesterona e, portanto, afetam principalmente as mulheres durante os seus anos reprodutivos. Os leiomiomas são extremamente raros antes da menarca e geralmente regredem após a menopausa (GOMEZ E, et al., 2021). Apesar de ser quase assintomático, estima-se que 20% a 50% de miomas apresentem sintomas e, uma vez que os sintomas aparecem, a doença afeta muito a saúde e a fertilidade das pacientes (SILVA NA et al., 2020). Os sintomas e a sua gravidade podem diferir, a depender do tamanho, da quantidade e da localização dos miomas.

O sintoma de apresentação mais comum é o sangramento menstrual intenso, que pode levar a anemia, fadiga ou períodos dolorosos. Outros possíveis sintomas incluem dor lombar, pressão ou dor pélvica e dispareunia. Na presença de miomas, além de um determinado tamanho, a pressão na bexiga ou no intestino pode resultar em aumento da frequência ou da retenção da micção, presença de dor ou de constipação. Os miomas uterinos também podem estar associados a problemas reprodutivos, como infertilidade, perda recorrente de gravidez e resultados obstétricos adversos (FREYTAG D, et al., 2021). Os miomas tendem a se apresentar em uma idade mais jovem, são maiores em número e maiores em tamanho em mulheres de

ascendência africana comparado a mulheres brancas ou asiáticas. Outros fatores de risco incluem obesidade, nuliparidade, hipertensão, menopausa tardia, menarca precoce e idade avançada. O impacto da dieta, a realização de atividade física, o uso de tabaco e de álcool, a presença de estresse, dentre outros fatores ambientais na patogênese dos miomas uterinos, ainda não foi tão esclarecida (GIULIANI E, et al., 2020).

Além disso, dois ou mais parentes de primeiro grau afetados levam a um aumento de sua frequência em até 2,2 vezes (SILVA NA, et al., 2020). No contexto clínico, os sintomas dos miomas uterinos diversificam a depender da localização do tumor na cavidade uterina, seja o tipo submucoso, o intramural ou o subseroso. O diagnóstico tem sido desenvolvido com a utilização de técnicas imagiológicas, como a ressonância nuclear magnética (RNM) e a ultrassonografia transvaginal (USGTV), a fim de possibilitar a identificação de diferentes fenótipos da doença (PARDIN ED, et al., 2023).

A ultrassonografia é o exame inicial de escolha para avaliar a presença de miomas em pacientes sintomáticos. Para pacientes sob tratamento conservador, um ultrassom pode ser suficiente. No entanto, a RNM fornece uma avaliação mais precisa do número, da localização e do tipo de miomas. A RNM é superior à ultrassonografia na avaliação de pacientes com aumento uterino, bem como na avaliação de miomas submucosos e também pode ser usada como ferramenta de resolução de problemas para diferenciar entre os miomas e seus mimetizadores, como adenomiose, neoplasias ovarianas e contrações miometriais focais (GOMEZ E, et al., 2021).

O sistema de classificação da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) foi desenvolvido como um meio de descrever e classificar uniforme e consistentemente miomas uterinos para “facilitar a comunicação, o atendimento clínico e a pesquisa”. A classificação do útero miomatoso é preciso, permitindo, assim, que os médicos selecionem o melhor plano de tratamento para a paciente. Tradicionalmente, a classificação da FIGO subdivide os miomas com base em sua localização, como submucosa, outros (intramural ou subserosa) e, os tipos híbridos (GOMEZ E, et al., 2021). Os miomas subserosos originam-se dos miócitos adjacentes à serosa uterina, e seu crescimento está orientado para o exterior.

Os miomas intramurais são aqueles com crescimento centrado dentro das paredes uterinas, podendo distorcer a cavidade uterina ou o contorno exterior do útero. Por fim, os miomas submucosos, que estão localizados na camada interna do miométrio, com projeção para a cavidade uterina, abaixo do revestimento da mucosa e estão próximos ao endométrio, crescem e projetam-se em direção ao interior da cavidade endometrial. Já a classificação híbrida é usada quando um mioma se estende da submucosa à serosa e os pediculados que são ligados ao útero por um pedículo (NUNES MMC, et al., 2020).

O tratamento dos miomas não deve ser direcionado apenas para melhora da sintomatologia, mas também influenciada pelo estado de saúde da paciente, de seu desejo de fertilidade futura, desejo de manter o útero, probabilidade de atingir os objetivos do tratamento e o estado geral de saúde.

Opções terapêuticas visam a melhora da sintomatologia, reduzindo o tamanho dos miomas, controlando o sangramento uterino anormal ou, definitivamente, tratando os miomas. Os tratamentos disponíveis incluem terapias medicamentosas, radiologia intervencionista e procedimentos cirúrgicos, incluindo histerectomia laparoscópica ou transabdominal ou excisão de miomas uterinos. Porém, apesar do avanço da medicina e opções terapêuticas com a preservação uterina, a histerectomia continua sendo o tratamento mais comumente oferecido e escolhido por mulheres com miomas sintomáticos (LU B, et al., 2022; GIULIANI E, et al., 2020; ADORNO SS, et al., 2019). Em síntese, o manejo dos miomas uterinos envolve uma compreensão abrangente de sua etiologia, diagnóstico e opções terapêuticas.

O uso de abordagens minimamente invasivas, como a histerectomia laparoscópica, tem se destacado como uma alternativa vantajosa na gestão dessas condições, proporcionando uma melhor qualidade de vida para as pacientes afetadas por essa condição comum e desafiadora (PARDIN ED, et al., 2023). Em relação à infertilidade, hoje em dia compreende-se que somente os leiomiomas submucosos ou com um grande componente submucoso são capazes de associarem a decréscimo da fertilidade e a abortamento espontâneo precoce, caso estejam localizados no corpo uterino. Outras complicações que também são comumente

correlacionadas a gestações com leiomiomas uterinos destacam-se a apresentação fetal anômala, o trabalho de parto pré-termo, a restrição do crescimento intraútero e o descolamento de placenta habitualmente entreposta (NASCIMENTO ACE, et al., 2019).

A presença de mioma pode ser classificada como um fator que afeta de forma negativa a fertilidade da paciente. A estimativa é que os miomas estejam presentes em 5% a 10% dos casos de pacientes inférteis e que são a única causa em 1% a 2,4%. Os miomas dos tipos intramural e submucoso possuem superior relação a abortos recorrentes e infertilidade, sobretudo aqueles que distorcem a cavidade uterina (AHDAD-YATA N, et al., 2016). Portanto, o objetivo deste trabalho foi avaliar o sucesso de gravidez espontânea em pacientes submetidas à miomectomia, com desejo reprodutivo em um serviço de Ginecologia e Obstetrícia da rede pública do Distrito Federal, no período de 13 de março de 2017 a 31 de dezembro de 2022.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, analítico, descritivo e transversal, que ocorreu na rede pública do Distrito Federal, com informações extraídas do prontuário eletrônico do sistema TrakCare®, referentes ao período de março de 2017 a dezembro de 2022. A amostra foi composta por 46 pacientes, de acordo com os critérios de inclusão adotados a seguir: idade superior a 21 anos, mulheres em idade reprodutiva com diagnóstico de miomatose uterina que foram submetidas ao procedimento de miomectomia no serviço de ginecologia no período de 13/03/2017 a 31/12/2022, e que apresentaram preenchimento completo da evolução pré-operatória, descrição cirúrgica e pós-operatória no prontuário eletrônico.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde (CEP/FEPECS) sob CAAE: 71259823.4.0000.5553 e parecer número 6.561.256. A pesquisa foi realizada conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde). As variáveis analisadas em relação às pacientes submetidas à miomectomia foram: o perfil clínico e epidemiológico, o padrão menstrual, a presença de desejo reprodutivo, a localização dos miomas, o volume uterino, a via de abordagem cirúrgica, se houve ou não a necessidade de conversão para histerectomia e se houve sucesso de gravidez espontânea no serviço.

A caracterização do perfil epidemiológico, menstrual e características da ultrassonografia das pacientes foi realizada por meio de frequência absoluta, frequência relativa para as variáveis categóricas; média e desvio padrão para as variáveis contínuas. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. A comparação do perfil das pacientes em função do desfecho de gravidez foi realizada por meio do teste do Qui-quadrado de Pearson/Post hoc e teste t de Student. Os dados foram analisados com o auxílio do *Statistical Package for Social Science*, (IBM Corporation, Armonk, USA) versão 26,0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura, através das Bibliotecas virtuais SciELO e PubMed, em virtude da qualidade apresentada nos trabalhos dessas plataformas, em língua portuguesa, inglesa e espanhola, incluídas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o *Medical Subject Headings* (MeSH). Foram utilizadas as seguintes combinações: "Pregnancy", "Infertility", "Leiomyoma", "Uterine myomectomy".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da metodologia traçada, foi realizado o levantamento das características epidemiológicas das pacientes com sucesso de gravidez espontânea submetidas a miomectomia. Os prontuários de 46 pacientes acompanhadas na rede pública do Distrito Federal foram analisados, onde a média de idade das pacientes que engravidaram foi $33,75 \pm 1,26$ anos, apresentando diferença estatisticamente significativa (**Tabela 1**). Corroborando com as evidências que ressaltam que a idade média é de 32,8 anos (LUDWIG PE, et al., 2020). Nota-se que 75% das mulheres com menos de 35 anos de idade engravidaram, possuindo diferença estatística.

De acordo com Tinelli A, et al. (2023), as pacientes com idade superior a 40 anos não apresentaram diferenças substanciais no resultado reprodutivo, operados ou não, ressaltando que a miomectomia em pacientes com idade maior que 40 anos não apresenta efeito prejudicial nas taxas de gravidez futura e superior quando comparada ao manejo expectante. A respeito do desejo reprodutivo, observou-se desejo em 100,0% das pacientes que engravidaram e em 61,9% das pacientes que ainda não conseguiram engravidar. 75,0% das pacientes grávidas já possuem gestações prévias de pelo menos um ou três filhos (66,7% e 33,3%, respectivamente) **Tabela 1**. Evidências ressaltam que nos casos em que a gestação é desejada após miomectomia aberta, sobretudo quando a cavidade endometrial é rompida, é recomendado a realização de histeroscopia pós-operatória para excluir aderências intrauterinas (OKOHUE JE, et al., 2022).

Tabela 1 - Caracterização do perfil epidemiológico de acordo com o desfecho de gravidez.

Gravidez	Não	Sim	Total	p
Idade (anos)				
Média ± DP	38,40 ± 7,52	33,75 ± 1,26	38,00 ± 7,31	0,010**
Faixa etária				
< 35 anos	10 (23,8)	3 (75,0)	13 (28,3)	0,030*
≥ 35	32 (76,2)	1 (25,0)	33 (71,7)	
Estado civil				
Casada	22 (52,4)	2 (50,0)	24 (52,2)	0,647*
Divorciada	2 (4,8)	0 (0,0)	2 (4,3)	
Não informado	3 (7,1)	1 (25,0)	4 (8,7)	
Solteira	15 (35,7)	1 (25,0)	16 (34,8)	
Tabagismo				
Não	40 (95,2)	3 (75,0)	43 (93,5)	0,117*
Sim	2 (4,8)	1 (25,0)	3 (6,5)	
Obesidade				
Não	35 (83,3)	4 (100,0)	39 (84,8)	0,376*
Sim	7 (16,7)	0 (0,0)	7 (15,2)	
Desejo reprodutivo				
Não	16 (38,1)	0 (0,0)	16 (34,8)	0,126*
Sim	26 (61,9)	4 (100,0)	30 (65,2)	
Gestação prévia				
Não	16 (38,1)	1 (25,0)	17 (37,0)	0,604*
Sim	26 (61,9)	3 (75,0)	29 (63,0)	
Quantas				
1	6 (23,1)	2 (66,7)	8 (27,6)	0,696*
2	4 (15,4)	0 (0,0)	4 (13,8)	
3	5 (19,2)	1 (33,3)	6 (20,7)	
4	5 (19,2)	0 (0,0)	5 (17,2)	
5	4 (15,4)	0 (0,0)	4 (13,8)	
6	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (3,4)	
11	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (3,4)	
Comorbidades				
Não	31 (73,8)	4 (100,0)	35 (76,1)	0,241*
Sim	11 (26,2)	0 (0,0)	11 (23,9)	
Quais comorbidades				
HAS	8 (19,0)	0 (0,0)	8 (17,4)	0,337*
DLP	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,2)	
Pré-DM	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,2)	
DM2	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Epilepsia	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,2)	
Arritmia	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,2)	
Endometriose	2 (4,8)	0 (0,0)	2 (4,3)	

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson; **Teste t de Student; n, frequência absoluta; %, frequência relativa; DP, desvio padrão. **Fonte:** Anyfantis BM e Sousa GB, 2024.

Assim, compreende-se que a histeroscopia contribui para a possibilidade da resolução do processo patológico. Apesar de ser considerado um procedimento simples e bem tolerado pelas pacientes, há aquelas que apresentam dor de intensidade forte a moderada e, aproximadamente 5% das mulheres apresentarão insucesso no acesso à cavidade uterina (RODRIGUEZ JLG, et al., 2021; CARVALHO AMF, et al., 2020).

Ainda, nenhuma das pacientes grávidas apresentaram comorbidades, seguido de 26,2% das pacientes que ainda não engravidaram, sendo as mais frequentes HAS (19,0%) e endometriose (4,8%) **Tabela 1**. Corroborando, Dolmans MM, et al. (2019) ressaltam que os fatores de risco dos leiomiomas são etnia, idade, menarca precoce, paridade e gravidez, uso de cafeína e álcool concomitantemente, fatores genéticos, obesidade, hipertensão arterial sistêmica e dieta rica em carne vermelha.

A respeito do sucesso de gravidez espontânea das pacientes submetidas à miomectomia com desejo reprodutivo, foi possível observar que três pacientes obtiveram sucesso após realizarem miomectomia abdominal, enquanto uma realizou miomectomia vaginal. Por outro lado, 22 pacientes que realizaram miomectomia abdominal tinham desejo reprodutivo, mas não obtiveram sucesso de gravidez, enquanto 16 pacientes realizaram miomectomia vaginal e não apresentavam desejo reprodutivo (**Tabela 2**). Achados da literatura afirmam que a miomectomia laparoscópica está muito bem indicada para as mulheres que desejam preservar o útero e a integridade anatômica, tendo o desejo ou não de ter filhos no futuro (RIOS AR, et al., 2020). Dessa forma, a escolha do tratamento deve ser cuidadosamente considerada, tendo em vista os sintomas da paciente e os desejos reprodutivos (PARDIN EP, et al., 2023).

Tabela 2 - Caracterização do perfil menstrual de acordo com o desfecho de gravidez.

Via de abordagem				
Gravidez		Histeroscopia cirúrgica	Miomectomia abdominal	Miomectomia vaginal
Não	Desejo reprodutivo			
	Não	0 (0,0)	0 (0,0)	16 (88,9)
	Sim	2 (100,0)	22 (100,0)	2 (11,1)
Sim	Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Sim	0 (0,0)	3 (100,0)	1 (100,0)

Legenda: n, frequência absoluta; %, frequência relativa. **Fonte:** Anyfantis BM e Sousa GB, 2024.

Em relação ao perfil menstrual, observou-se ciclos com duração inferior a dez dias nas pacientes que não engravidaram (59,5%) com fluxo maior ou igual a 60 mL (64,3%) e intervalo menor que 21 dias. Ao observar as pacientes que tiveram sucesso na gravidez, metade apresentaram fluxo de duração superior e inferior a dez dias (50,0%), 75,0% destas possuíam volume maior ou igual a 60 mL e intervalo menor que 21 dias (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Caracterização do perfil menstrual de acordo com o desfecho de gravidez.

	Gravidez		Total	p
	Não n%	Sim n%		
Duração do fluxo				
> 10 dias	17 (40,5)	2 (50,0)	19 (41,3)	0,712
≤ 10 dias	25 (59,5)	2 (50,0)	27 (58,7)	
Volume do fluxo				
< 60mL	15 (35,7)	1 (25,0)	16 (34,8)	0,667
≥ 60mL	27 (64,3)	3 (75,0)	30 (65,2)	
Intervalo				
< 21 dias	20 (47,6)	3 (75,0)	23 (50,0)	0,543
> 35 dias	4 (9,5)	0 (0,0)	4 (8,7)	
21-35 dias	18 (42,9)	1 (25,0)	19 (41,3)	

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson; n, frequência absoluta; %, frequência relativa.

Fonte: Anyfantis BM e Sousa GB, 2024.

Especificamente, os miomas são classificados de acordo com a sua localização no útero. Eles podem ser divididos em miomas cervicais, submucosos, subserosos e intramurais (FREYTAG D, et al., 2021). Sendo assim, na **Tabela 4** é possível observar que o local mais comum do mioma foi intramural (75,0%) e submucoso (71,4%). Em consonância com os dados encontrados, Goldberg HR, et al. (2022) relata que de todos os miomas, 64 (63,4%) eram intramurais, 35 (34,7%) eram subserosos e 2 (2%) eram submucosos, segundo a imagem pré-operatória. Além disso, três pacientes adicionais engravidaram e não estavam tentando engravidar.

Das 45 pacientes que engravidaram, 38 (84,4%) tiveram parto bem-sucedido ou estavam grávidas no momento da coleta de dados. Há várias maneiras de tratamento dos miomas uterinos, por exemplo o uso de medicamentos, a realização de ablação por radiofrequência, a embolização da artéria uterina e a abordagem cirúrgica.

A definição do tratamento irá depender de alguns fatores, tais como as características da neoplasia, a idade da paciente, a presença de sintomas, a preferência da paciente e a experiência do médico responsável pelo procedimento (RIOS AR, et al., 2020).

Frequentemente, é considerado a conduta expectante nas mulheres com idade próxima à menopausa que sejam assintomáticas ou que apresentem apenas sintomas leves a moderados. Enquanto isso, para as mulheres sintomáticas e em idade fértil, é considerado como tratamento padrão o método cirúrgico (HAO Y, et al., 2018).

Ao optar pelo tratamento cirúrgico há duas opções, sendo elas a miomectomia e a histerectomia. A miomectomia consiste na retirada do leiomioma uterino, preservando todo o órgão. Enquanto isso, a histerectomia apoia-se na retirada do útero, do colo e dos anexos, podendo ser dividida em histerectomia total, que se retira o útero e o colo, histerectomia subtotal, onde realiza a retirada do corpo uterino e histerectomia total ampliada, em que se retira o útero, o colo e os anexos (RIOS AR, et al., 2020).

Com o avanço de novos instrumentos e de técnicas cirúrgicas, além da histerectomia, que possui como objetivo a retirada do útero, existem novas técnicas de miomectomia apresentando a finalidade de aliviar os sintomas e preservar a fertilidade da paciente, assim como evitar os danos da saúde mental e a função sexual da mulher em relação à histerectomia (WEN KC, et al., 2018).

Avaliando a via de abordagem, nota-se que a miomectomia abdominal foi mais realizada em pacientes grávidas e não grávidas (75,0% e 52,4%, respectivamente) (**Tabela 4**). A miomectomia deve ser indicada a mulheres com miomas submucosos sintomáticos ou que distorcem a cavidade e que possuem alto desejo de uma futura gestação (ZANOLLI NC, et al., 2022).

Achados da literatura apontam que a miomectomia é um dos tratamentos de preferência, quando há indicação, por apresentar a capacidade de remoção do mioma sem retirar o útero, a fim de preservar a fertilidade da paciente. Apesar de a miomectomia ser realizada preferencialmente pela via abdominal, devido os avanços tecnológicos a miomectomia videolaparoscópica tem se tornado cada vez mais frequente (AGUIAR MCR, et al., 2022).

A miomectomia por via laparoscópica pode, contudo, ser um procedimento difícil, visto que leva mais tempo para se obter qualificação da técnica para o tratamento de grandes e múltiplos leiomiomas. Como alternativa à miomectomia laparoscópica, a miomectomia minilaparotômica ultimamente está sendo considerada um tratamento válido e de baixo custo.

Os pacientes que realizaram miomectomia laparoscópica necessitaram de menos quantidades de analgésicos e recuperaram mais rápido no pós-operatório (RIOS AR, et al., 2020). Atualmente, o tratamento ainda oferece limitações no que diz respeito aos custos, visto que possuem valor elevado, especialmente quando a cirurgia é indicada.

Dessa maneira, em virtude de sua alta prevalência, é fundamental que se desenvolvam mais alternativas viáveis a essa abordagem, sobretudo quando o objetivo é a preservação da fertilidade (DOLMANS MM, et al., 2019).

Tabela 4 - Características do ultrassom de acordo com o desfecho de gravidez.

Local do mioma	Gravidez		Total	p
	Não %	Sim %		
Híbrido	20 (47,6)	2 (50,0)	22 (47,8)	0,604*
Subseroso	21 (50,0)	2 (50,0)	23 (50,0)	
Intramural	26 (61,9)	3 (75,0)	29 (63,0)	
Submucoso	30 (71,4)	1 (25,0)	31 (67,4)	
Volume uterino				
Média ± DP	474,73 ± 464,76	462,75 ± 373,62	473,69 ± 454,01	0,321**
Volume uterino				
< 300	17 (40,5)	1 (25,0)	18 (39,1)	0,545*
≥ 300	25 (59,5)	3 (75,0)	28 (60,9)	
Via de abordagem				
Histeroscopia cirúrgica	2 (4,8)	0 (0,0)	2 (4,3)	0,665*
Miomectomia abdominal	22 (52,4)	3 (75,0)	25 (54,3)	
Miomectomia vaginal	18 (42,9)	1 (25,0)	19 (41,3)	

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson; **Teste t de Student; n, frequência absoluta; %, frequência relativa; DP, desvio padrão. **Fonte:** Anyfantis BM e Sousa GB, 2024.

Ao comparar a via de abordagem com o local do mioma **Tabela 5**, foi possível observar que a miomectomia abdominal houve prevalência em relação ao híbrido, subseroso e intramural (68,0%, 72,0% e 88,0%, respectivamente). Enquanto isso, na miomectomia vaginal, houve prevalência com o submucoso (100,0%). Embora os miomas subserosos não prejudiquem a fertilidade, normalmente se verifica que os miomas que distorcem a cavidade uterina danificam a implantação, onde a necessidade de tratá-los é apropriadamente aceita (MERCORIO A, et al., 2023).

Mulheres com miomas podem apresentar taxas mais altas de restrição de crescimento fetal (RCF) e natimortos; no entanto, há escassez de dados sobre o impacto da miomectomia nos resultados da gravidez (MAHALINGAM M, et al., 2022). Ainda, observa-se que a miomectomia histeroscópica é uma cirurgia complexa em comparação com as cirurgias histeroscópicas, apresentando riscos e complicações iminentemente graves. Sua atuação pode ser segura e eficaz para o tratamento de doenças intrauterinas, sendo a melhor opção terapêutica para miomas submucosos (LASMAR RB, et al., 2022).

Tabela 5 - Resultado da comparação da via de abordagem com o local do mioma.

	Via de abordagem			p
	Histeroscopia cirúrgica	Miomectomia abdominal	Miomectomia vaginal	
Híbrido	0 (0,0)	17 (68,0) ≠	5 (26,3)	0,009
Subseroso	1 (50,0)	18 (72,0) ≠	4 (21,1)	0,004
Intramural	1 (50,0)	22 (88,0) ≠	6 (31,6)	0,001
Submucoso	2 (100,0)	10 (40,0)	19 (100,0) ≠	<0,001

Legenda: *Qui-quadrado de Pearson; ≠Post hoc; n, frequência absoluta; %, frequência relativa.

Fonte: Anyfantis BM e Sousa GB, 2024.

CONCLUSÃO

Segundo esta pesquisa, houve sucesso de gravidez espontânea após a realização de miomectomia no serviço. Houve gestações espontâneas após o procedimento, com a prevalência que chegou ao desfecho de 8,7%. Evidenciou-se que pacientes mais jovens e sem comorbidades, têm maiores chances de engravidar. Por conseguinte, este trabalho contribui com a melhoria do atendimento à assistência das pacientes que buscam o serviço de cirurgia ginecológica para o tratamento de leiomiomas e que, por vezes, desejam gestação futura, porém se sentem inseguras em relação à taxa de sucesso de gravidez após a cirurgia. Os resultados obtidos proporcionam atualização da própria equipe assistente quanto aos procedimentos realizados e maior confiabilidade da paciente quanto a sua escolha de tratamento.

REFERÊNCIAS

1. ADORNO SS, et al. Vantagens da histerectomia vaginal comparado à histerectomia abdominal em mulheres sem prolapso genital. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019; 17: e97.
2. AGUIAR MCR, et al. Panorama epidemiológico da miomectomia e miomectomia videolaparoscópica no Rio de Janeiro nos últimos 5 anos. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 2022; 8(4): 1091-1102.
3. AHDAD-YATA N, et al. Fertilité après résection hystéroscopique de myomes sousmuqueux chez des patientes infertiles. *Journal de Gynécologie Obstétrique Et Biologie de La Reproduction*, 2016; 45(6): 563-570.
4. BARANOV VS, et al. Pathogenomics of Uterine Fibroids Development. *International Journal of Molecular Sciences*, 2019.
5. CARVALHO AMF, et al. Diagnóstico e conduta no espessamento endometrial e pólipos endometrial em mulheres na pós-menopausa: Revisão Narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; 38: e1522.
6. DOLMANS MM, et al. Uterine fibroid management: Today and tomorrow. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2019; 45: 1222.
7. FREYTAG D, et al. Uterine fibroids and infertility. *Diagnostics*, 2021; 11(8): 1455.
8. GIULIANI E, et al. Epidemiology and management of uterine fibroids. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2020; 149(1): 3-9.
9. GOLDBERG HR, et al. Fertility and pregnancy outcomes after robotic-assisted laparoscopic myomectomy in a Canadian cohort. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2022; 29(1): 72-76.
10. GOMEZ E, et al. MRI-based pictorial review of the FIGO classification system for uterine fibroids. *Abdominal Radiology*, 2021; 46(5): 2146-2155.
11. HAO Y, et al. Intraoperative ultrasound-assisted enucleation of residual fibroids following laparoscopic myomectomy. *Clinica Chimica Acta*, 2019; 495: 652-655.
12. LASMAR LB, et al. Hysteroscopic Myomectomy. *Medicina*, 2022; 58(11): 1627.
13. LU B, et al. Analysis of Pregnancy Outcomes after Laparoscopic Myomectomy: a retrospective cohort study. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2022; 1-8.
14. LUDWIG PE, et al. Pregnancy success and outcomes after uterine fibroid embolization: updated review of published literature. *The British Journal of Radiology*, 2020; 93(1105): 20190551.
15. MAHALINGAM M, et al. Uterine myomas: effect of prior myomectomy on pregnancy outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2022; 35(25): 8492-8497.
16. MERCORIO A, et al. Myomectomy in infertile women: More harm than good? *Frontiers in Surgery*, 2023; 10: 1151901.
17. NASCIMENTO ACE, et al. Leiomioma associado a infertilidade: um relato de caso. *Revista Educação em Saúde*, 2019; 7(1): 338-342.
18. NUNES MMC, et al. Prevalência de miomatose uterina em gestantes atendidas no ambulatório da mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; 40: e2247.
19. OKOHUE JE, et al. Severity of intrauterine adhesions and pregnancy success rates after treatment: Comparison of adhesions obtained from open myomectomy versus uterine curettage. *African Journal of Reproductive Health*, 2022; 26(12): 90-96.
20. PARDIN, EP et al. Miomas uterinos: uma revisão integrativa acerca das opções de manejo clínico e cirúrgico. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2023; 5(4): 1751-1765.
21. RIOS AR, et al. Miomectomia: comparação entre diferentes técnicas cirúrgicas e suas repercussões. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 2020; 17: e5808.
22. RODRÍGUEZ JLG, et al. Vaginohisteroscopia, diagnóstico y tratamiento de las patologías endometriales en consultório. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2021; 67.
23. SILVA NA, et al. Improvement in parameters of quality of life and uterine volume reduction after uterine fibroid embolization. *Einstein*, 2020; 18.
24. STEWART EA e NOWAK RA. Uterine Fibroids: hiding in plain sight. *Physiology*, 2022; 37(1): 16-27.
25. TINELLI A, et al. Myomectomy in adult women of reproductive age: a propensity score-matched study for pregnancy rates. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2023; 308(4): 1351-1360.
26. WEN KC, et al. A case-control study to compare the outcome of women treated by two minimally invasive procedures-ultraminilaparotomy myomectomy and laparoscopic myomectomy. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2018; 57: 264-269.
27. YANG O, et al. Comprehensive Review of Uterine Fibroids: developmental origin, pathogenesis, and treatment. *Endocrine Reviews*, 2021; 43(4): 678-719.
28. ZANOLLI NC, et al. Fibroids and fertility: a comparison of myomectomy and uterine artery embolization on fertility and reproductive outcomes. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 2022, 77(8): 485-494.