

## Abdome agudo hemorrágico por gravidez cornual

### *Acute hemorrhagic abdomen due to cornual pregnancy*

Arthur Limeira Lima Leite<sup>1</sup>; Hellen Cryslen Bernardo Bezerra<sup>2</sup>; Ivna Leite Reis<sup>2</sup>; Ana Cláudia Matera Juliani<sup>3</sup>; Ana Eloísa Nóbrega Araújo<sup>4</sup>; Raphael Felipe Bezerra Aragão<sup>1</sup>

1 – Médico Cirurgião Geral formado pelo Hospital Geral Dr. César Cals

2 – Graduanda do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará

3 – Médica Residente de Cirurgia Geral do Hospital Geral Dr. César Cals

4 – Médica Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Walter Cantídio

Artigo submetido em: 12/11/2021

Artigo aceito em: 16/12/2021

Conflitos de interesse: Não há.

#### RESUMO

A gravidez cornual representa entre 2 a 4% das gestações ectópicas e a taxa de mortalidade materna desta condição é o dobro do valor das outras gestações tubárias. Um procedimento laparoscópico pode ser necessário para confirmar o diagnóstico, contudo, no caso de sangramento intraperitoneal abundante é recomendada uma laparotomia imediatamente. Neste trabalho, relatamos o caso de uma mulher de 32 anos que apresentou abdome agudo hemorrágico devido a uma gravidez ectópica cornual. Foi submetida à laparotomia exploradora e histerectomia com preservação dos ovários, sem intercorrências.

**Palavras-chave:** gravidez; abdomen agudo; gravidez ectópica; gravidez cornual; hemorragia; cirurgia.

#### ABSTRACT

Cornual pregnancies represent between 2 and 4% of ectopic pregnancies and the maternal mortality rate from this condition is twice that of other tubal pregnancies. A laparoscopic procedure may be necessary to confirm the diagnosis, however, in the case of profuse intraperitoneal bleeding, a laparotomy is recommended immediately. In this work, we report the case of a 32-year-old woman who had an acute hemorrhagic abdomen due to a cornual ectopic pregnancy. She underwent exploratory laparotomy and hysterectomy with preservation of the ovaries, without complications.

**Keywords:** pregnancy; acute abdomen; ectopic pregnancy; cornual pregnancy; hemorrhage; surgery.

### INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica ocorre quando um blastocisto é implantado e desenvolvido fora da cavidade endometrial do útero, localizando-se, em aproximadamente 98% dos casos, nas tubas uterinas(1). A gravidez ectópica não tubária é rara e abrange somente cerca de 10% dos todos os casos(2). Dentre esses, a localização na porção proximal da tuba uterina, dentro da parede muscular do útero, ocorre em 2% dos casos e denomina-se gravidez ectópica cornual(3).

Nas últimas décadas ocorreu um declínio considerável na taxa de mortalidade por gravidez ectópica, no entanto, ela ainda é a responsável por cerca de 9% das mortes no período gestacional, principalmente devido à hemorragia(1, 4). A gravidez ectópica cornual geralmente está associada à hemorragia grave e seu diagnóstico muitas vezes é atrasado devido a uma baixa especificidade dos sintomas e exames, necessitando de intervenção cirúrgica imediata(2).

Relatamos aqui um caso de abdome agudo hemorrágico em uma paciente de 32 anos devido a uma gravidez ectópica cornual em que foi realizado histerectomia com preservação dos ovários, sem intercorrências.

### RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 32 anos, deu entrada na emergência do Hospital Geral Dr. César Cals no dia 03 de agosto de 2019 com quadro de dor abdominal difusa, progressiva e intensa, iniciada há dois dias, associado à distensão abdominal e vômitos. De antecedentes, teve gravidez molar há 3 meses da admissão, seguido com acompanhamento ambulatorial, apresentando normalização dos níveis de beta-HCG há 1 mês.

Ao exame físico, apresentava dor abdominal difusa à palpação, sinais de irritação peritoneal, rebaixamento do nível do sensório, taquicardia e hipotensão. Inicialmente, foram realizadas medidas clínicas para estabilização da paciente e feito coleta de amostra de sangue para realização de exames laboratoriais, no entanto, a paciente apresentou resposta transitória ao tratamento, sendo optado por realizar uma laparotomia exploradora.

Durante a abordagem cirúrgica foi encontrado aproximadamente 2 litros de sangue livre na cavidade abdominal, com sangramento ativo em uma lesão localizada no fundo uterino, medindo cerca de 4cm, próximo à trompa esquerda (Figura 1). Foi tentado realizar hemostasia com eletrocautério e sutura mecânica, mas não houve sucesso. Durante o procedimento, foi tomado conhecimento que os exames laboratoriais mostraram um beta-HCG de 15777, levantando-se a hipótese de mola invasora ou gravidez ectópica cornual. Dessa forma, foi optado por realizar histerectomia com preservação dos ovários, não havendo maiores intercorrências (Figura 2).

Figura 1 - Lesão no fundo uterino, próximo à tuba uterina esquerda.



Figura 2 - Útero retirado após histerectomia.



A paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, recebendo alta no quarto dia, com níveis de hemoglobina estáveis, seguindo com acompanhamento ambulatorial. O exame histopatológico demonstrou resultado negativo para malignidades, sendo estabelecido como diagnóstico final uma gravidez ectópica cornual.

## DISCUSSÃO

A gravidez ectópica foi relatada pela primeira vez no século XI e costumava levar à morte até o século XVIII, de forma que as informações sobre esses casos geralmente eram obtidas a partir de autópsias. Apenas no início do século XX com avanços nas áreas de anestesia, transfusão sanguínea e antibióticos, houve uma diminuição na mortalidade materna. A gravidez cornual representa entre 2 a 4% das gestações ectópicas e a taxa de mortalidade materna desta condição é o dobro do valor das outras gestações tubárias. Entre as causas de morte, a hemorragia é predominante, mas complicações infecciosas e acidentes anestésicos também são relevantes(5).

A possibilidade de ruptura em uma gravidez cornual pode ser catastrófica devido à rica vascularização da região, irrigada pelas artérias uterinas, ovarianas e suas anastomoses. Dessa forma, a detecção precoce da condição é crucial na redução da morbimortalidade(6). No caso em questão o diagnóstico foi tardio, obtido apenas após o tratamento de caráter emergencial devido à apresentação de um abdome agudo hemorrágico em que as medidas iniciais de estabilização apenas ofereceram uma melhora transitória do quadro.

A localização da gestação cornual na porção proximal da tuba uterina, onde ela se liga ao útero, é uma área revestida por miométrio e permite uma maior distensão local devido à camada de tecido muscular. Dessa forma, a gestação pode avançar um pouco mais antes de provocar complicações e a identificação precoce é prejudicada, pois essa localização geralmente não é marcada por sinais iniciais exuberantes(7).

Uma das principais contribuições do caso estudado é reforçar a importância de não afastar a possibilidade de gravidez ectópica rota devido ao histórico recente de gravidez molar, 3 meses antes do

incidente, e níveis normalizados de beta-HCG há 1 mês. O raciocínio diagnóstico para uma apresentação de abdome agudo hemorrágico em paciente do sexo feminino deve incluir a dosagem de gonadotrofina coriônica humana e considerar uma ruptura de gestação ectópica, apesar de se tratar de uma paciente sem fatores de risco predisponentes para implantação fora da cavidade endometrial.

Em geral, o diagnóstico de gestação cornual não é feito apenas com um ultrassom abdominal, uma vez que se trata da mais perigosa forma de gravidez ectópica e possui elevada mortalidade materna. O ultrassom transvaginal é mais apropriado, havendo alguns achados importantes: uma cavidade uterina vazia, um saco coriônico visto separadamente há mais de 1 cm da borda uterina lateral e uma camada engrossada de miométrio envolvendo o saco coriônico. Um procedimento laparoscópico pode ser necessário para confirmar o diagnóstico, contudo, no caso de sangramento intraperitoneal abundante é recomendada uma laparotomia imediatamente. O tratamento cirúrgico da gravidez cornual deve seguir os princípios da hemostasia, ressecção, reparo e reconstrução. Além disso, a conduta varia de acordo com a extensão do trauma e a vontade da paciente de preservar ou não a fertilidade. O manejo em alguns casos pode ser feito com metotrexato sistêmico ou abordagem laparoscópica, entretanto uma histerectomia pode ser necessária quando o dano é mais extenso(8).

Na perspectiva do caso abordado, a paciente não teve a oportunidade de fazer uma investigação diagnóstica completa com auxílio de exames de imagem, recorrendo-se a uma laparotomia de urgência devido ao quadro de abdome agudo hemorrágico e instabilidade hemodinâmica após as medidas iniciais. A cirurgia tinha caráter exploratório e revelou sangramento profuso com lesão no fundo uterino próximo à tuba uterina, o que somado ao resultado de alta dosagem de beta-HCG levantou as possibilidades de mola invasora e gravidez cornual, confirmada posteriormente por uma biópsia negativa para malignidades. Durante a cirurgia, a falha de tentativas mais conservadoras de reparo levou a uma histerectomia com preservação dos ovários.

### REFERÊNCIAS

1. Marion LL, Meeks GR. Ectopic pregnancy: History, incidence, epidemiology, and risk factors. *Clin Obstet Gynecol*. 2012 Jun;55(2):376-86. doi: 10.1097/GRF.0b013e3182516d7b.
2. Parker VL, Srinivas M. Non-tubal ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2016 Jul;294(1):19-27. doi: 10.1007/s00404-016-4069-y.
3. Nikodijevic K, Bricou A, Benbara A, Moreaux G, Nguyen C, Carbillon L, Poncelet C, Boujenah J. Grossesse extra-utérine cornuale : prise en charge, fertilité ultérieure et devenir obstétrical [Cornual pregnancy: Management and subsequent fertility]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2016 Jan;44(1):11-6. French. doi: 10.1016/j.gyobfe.2015.10.011.
4. Luciano AA, Roy G, Solima E. Ectopic pregnancy from surgical emergency to medical management. *Ann N Y Acad Sci*. 2001 Sep;943:235-54. doi: 10.1111/j.1749-6632.2001.tb03805.x.
5. Correia L, Silva G, Barros C, Marques C. Gravidez Ectópica Intersticial. 1 ed. Lisboa, Portugal: O Estado da Arte. 2013.
6. Moawad NS, Mahajan ST, Moniz MH, Taylor SE, Hurd WW. Current diagnosis and treatment of interstitial pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Jan;202(1):15-29. doi: 10.1016/j.ajog.2009.07.054.
7. Molinaro TA, Barnhart KT. Ectopic pregnancies in unusual locations. *Semin Reprod Med*. 2007 Mar;25(2):123-30. doi: 10.1055/s-2007-970051.
8. Baral G, Shakya B, Silwal J. Cornual ectopic pregnancy: case series. *Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2015;10(1), 62-65.

**\* Autor correspondente:**

Hellen Cryslen Bernardo Bezerra

**Email:**

hellen.cryslen@aluno.uece.br