

RELATO DE CASO: GESTAÇÃO HETEROTÓPICA EM ADOLESCENTE DE 12 ANOS

 <https://doi.org/10.56238/arev7n5-004>

Data de submissão: 01/04/2025

Data de publicação: 01/05/2025

Leandro Pires Silva Filho

Médico residente de Ginecologia e Obstetrícia da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal

Anna Carolline Campanhã de Oliveira

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal

Vitória Gabriella Benício Diniz

Acadêmica de medicina do Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos

Manuela Flor Dantas

Acadêmica de medicina do Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos

Paula Fernandes de Sousa

Acadêmica de medicina do Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos

RESUMO

Contexto: A gestação heterotópica é uma entidade rara, no qual é definida por uma gravidez tópica (intrauterina), concomitante a uma gravidez ectópica (fora do útero, normalmente em trompas). Enquanto a mola hidatiforme é caracterizada por um tumor benigno que se desenvolve no útero como resultado de uma gestação não viável. O diagnóstico é feito por meio de dosagens do β -HCG e exame ultrassonográfico. O manejo terapêutico se dá a partir da viabilidade da gestação tópica e condições da paciente. Objetivo enfatizar a importância do diagnóstico da gravidez heterotópica, para decidir o melhor manejo que inclua sucesso terapêutico, preservação da fertilidade e manutenção da gestação intrauterina. **Relato de Caso:** Paciente com 12 anos, sem antecedentes de morbidade, primípara, tabagista, com queixa de dor em baixo ventre de intensidade leve, principalmente em fossa ilíaca direita e negava sangramentos transvaginais, portava ultrassonografia (US) transvaginal evidenciando imagem em anexo esquerdo de 12 mm com líquido e vesícula vitelínica de 7 mm. Apresentava beta-HCG > 15.000 mIU/mL e massa anexial de 12 mm com ausência de alteração intrauterina, sendo realizado laparotomia exploradora, momento que identificaram presença de moderada quantidade de sangue em cavidade abdominal, mas trompas e ovários normais bilateralmente, ausência de saco gestacional no inventário do abdome. No primeiro dia de pós-operatório, evoluiu com dor abdominal difusa de moderada intensidade sem peritonismo. No segundo dia pós-operatório, evoluiu com melhora importante da dor abdominal e evacuações presentes. Com resultado do novo Beta-HCG (> 15.000 mIU/mL), apresentando o mesmo valor anteriormente, solicita-se nova ecografia transvaginal: cavidade uterina com endométrio ecogênico, espessado de 27mm, irregular e com áreas anecoicas de permeio. Portanto, foram elencadas como hipótese diagnóstica doença trofoblástica gestacional/Restos ovulares/ Gravidez heterotópica. Assim, foi realizado AMIU com material enviado para anátomo patológico o qual apresentou amostra de estroma deciduizado, sangue e vilosidades coriônicas hidrópicas, consistente com mola hidatiforme completa e ausência de sinais malignos. No quinto dia de internação pós cirúrgico houve alta hospitalar e referenciamento para Hospital Regional da Asa Norte - DF, onde há serviço especializado no seguimento de pacientes com doenças trofoblásticas. **Comentários:** observamos a importância do acompanhamento laboratorial seriado do beta-HCG para

evolução de uma doença trofoblástica gestacional, visto que quando bem manejadas essas mulheres possuem um bom prognóstico. Essa paciente também possuía um diagnóstico prévio recente de gestação ectópica, em que a fecundação ocorre fora do útero. Nas últimas três décadas, tem ocorrido um maior número de casos de gestação ectópica, com aumento aproximado de cinco vezes. Isto se deve basicamente à maior incidência da DIP, ao uso mais liberal do DIU, às microcirurgias sobre as tubas e à fertilização "in vitro". Desse modo, gestação heterotópica, condição rara, é um diagnóstico diferencial que deve fazer parte do arsenal do especialista, uma vez que a presença de uma gestação tópica não exclui uma gravidez ectópica concomitante.

Palavras-chave: Mola hidatiforme. Doença trofoblástica gestacional. Gestação ectópica. Gestação heterotópica.

1 INTRODUÇÃO

A doença trofoblástica é um espectro de distúrbios gestacionais raros relacionados à placenta e que engloba doenças pré-malignas, mola hidatiforme parcial e completa, além das malignas, como neoplasia trofoblástica gestacional. Entre esses, a mola hidatiforme (ou gestação molar) é o distúrbio mais comum. Elas se diferem de acordo com as diferentes características citogenéticas, patológicas e clínicas, mas em ambas um defeito na gametogênese ou na fertilização resulta na presença de vilosidades placentárias edematosas. Ademais, o conceito é anormal, porta duas cópias de genoma paterno e tem genoma materno ausente (mola hidatiforme completa) ou presente (mola hidatiforme parcial). Na maioria dos casos esse distúrbio soluciona-se após o esvaziamento uterino, mas pode persistir evoluindo para neoplasia trofoblástica gestacional. (JOYCE et al., 2022; SOPER, 2021) Os dois tipos de gestação molar podem seguir essa evolução, caracterizada por malignidade localmente invasiva ou metastática decorrente de produtos anormais da concepção. (ALBRIGHT, et al., 2020) Então, a neoplasia trofoblástica gestacional é um distúrbio gestacional que se origina histologicamente de células trofoblásticas da placenta e pode se aposentar como mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico de localização placentária e tumor trofoblástico epitelióide. (CHEN, et al., 2022)

A gravidez ectópica, por sua vez, é uma doença gestacional comum que se refere a implantação de óvulos fertilizados fora do sítio gestacional fisiológico, o útero. Predominantemente, essa implantação ocorre na trompa uterina, responsável pelo transporte dos óvulos dos ovários para o útero, então nesse caso pode ser nomeada gravidez tubária. Além disso, uma gestação molar tubária pode acontecer, mas há poucos casos registrados na literatura científica (D'ASTA et al., 2022; WENJING, HAIBO, 2022). Ainda, é possível a coexistência sincrônica de uma gravidez intrauterina e uma gravidez ectópica, condição patológica denominada gravidez heterotópica. Mas isso raramente acontece na concepção natural, geralmente está relacionado à técnica de reprodução assistida (OANCEA, et al., 2020). Nesse contexto, a gravidez heterotópica é um tipo especial de gravidez ectópica, caracterizada pela implantação de embriões em 2 sítios diferentes, principalmente gravidez intrauterina combinada com gravidez tubária (SHENG, 2022).

As mulheres com gravidez heterotópica possuem melhor prognóstico quanto à continuidade da gestação intrauterina e sua preservação da função reprodutiva quando avaliadas precocemente. Sendo que, em geral, o prognóstico da gravidez heterotópica espontânea assemelha-se a de uma gravidez ectópica. Enquanto o do feto, permanece incerto mesmo após o tratamento, com aproximadamente 35% de abortos espontâneos com o decorrer da gestação. Vale destacar, que há influência no prognóstico quanto ao tratamento utilizado e a diferença biológica de cada paciente. (OANCEA, et.al; 2020). Desse modo, as diretrizes não se posicionam sobre o melhor manejo para gravidez intrauterina

combinada com gravidez extrauterina. O tratamento leva em consideração o desejo da paciente em manter a gestação, a experiência do médico assistente e os recursos disponíveis em cada unidade hospitalar; sendo esse manejo terapêutico dividido em tratamento cirúrgico e conservador. A terapia cirúrgica abrange o uso de fórceps, curetagem, aspiração manual intrauterina, histeroscopia, embolização da artéria uterina, laparoscopia ou laparotomia, a depender do sítio de implantação extrauterino. Enquanto, o manejo conservador compõe-se do uso de metotrexato (MTX), cloreto de potássio, cloreto de sódio em concentração alta ou injeções de glicose. Posto que, caso haja a preservação da gravidez tópica ou se tratar de uma paciente complicada, os efeitos do MTX e embolização das artérias uterinas são contraindicados. (SHENG, et.al; 2022). A literatura recomenda a manipulação intra operatória mínima do útero, a fim de evitar lesões a gravidez intrauterina. Além disso, a presença de hemoperitônio direciona a uma terapia cirúrgica de imediato. (OANCEA, et.al; 2020). Enquanto o manejo conservador, reserva-se aos casos em que mulheres não possuem líquido livre no fundo de saco de Douglas ou peritonite, sem outras queixas clínicas, estáveis hemodinamicamente e sem pulso embrionário documentado. Sendo a taxa de sucesso para a terapia conservadora de 65,52%. Logo, o mais importante nesse tipo de manejo é ser realizado em condições hospitalares que sejam passíveis de monitorização hemodinâmica e ultrassonográfica constante e um cirurgião em prontidão para casos de indicações emergentes. (MŁODAWSKI, et.al; 2023).

Este trabalho possui como objetivo enfatizar a importância do diagnóstico da gravidez heterotópica, para decidir o melhor manejo que inclua sucesso terapêutico, preservação da fertilidade e manutenção da gestação intrauterina.

2 RELATO DE CASO

Paciente com 12 anos, sem antecedentes de morbidade, primípara, tabagista, tipagem sanguínea B +, nega cirurgias prévias, comparece ao hospital acompanhada da genitora, com queixa de dor em baixo ventre de intensidade leve, principalmente em fossa ilíaca direita e negava sangramentos transvaginais. Além disso, portava ultrassonografia (US) transvaginal evidenciando imagem em anexo esquerdo de 12 mm com líquido e vesícula vitelínica de 7 mm.

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, corada, eupneica, abdome sem massas palpáveis, ausência de irritação peritoneal e presença de dor a palpação profunda de hipogástrico. Ainda, o toque vaginal mostrou colo fechado e indolor à mobilização, sem sangramentos transvaginais e abaulamentos. Assim, levantou-se a hipótese de aborto tubário.

Dessa maneira, solicitou-se beta-HCG quantitativo e nova ultrassonografia, com resultados > 15.000 mIU/mL e massa anexial de 12 mm com ausência de alteração intrauterina, respectivamente.

Em posterior, após internação hospitalar, paciente apresentou dor a palpação superficial em hipogástrio de forte intensidade. Com isso, uma laparotomia exploradora foi realizada, momento que identificaram presença de moderada quantidade de sangue em cavidade abdominal, mas trompas e ovários normais bilateralmente, ausência de saco gestacional no inventário do abdome, sem sinais inflamatórios em apêndice cecal e presença de finas aderências pélvicas. Dessa maneira, realizada rafia da parede abdominal por planos, sem intercorrências cirúrgicas.

No dia seguinte, o primeiro dia de pós-operatório, evoluiu com dor abdominal difusa de moderada intensidade sem peritonismo, não evacuou, negava náuseas, sangramentos e apresentava-se estável hemodinamicamente. Ainda mais, os exames pós cirúrgicos mostraram Hb 11,5 / Ht 34,3 / leucócitos 12.700 sem desvio à esquerda / Plaquetas 272.000, aguarda-se novo Beta-HCG quantitativo. Neste momento, paciente já era acompanhada pelo serviço social, conselho tutelar e delegacia de polícia da cidade de origem.

Por conseguinte, no segundo dia pós-operatório, evoluiu com melhora importante da dor abdominal e evacuações presentes. Com resultado do novo Beta-HCG (>15.000 mIU/mL), apresentando o mesmo valor anteriormente, solicita-se nova ecografia transvaginal e abdome total com os seguintes resultados: Fígado, pâncreas e baço acusticamente normais. Vesícula vitelínica de forma, tamanho, paredes e conteúdos normais, não evidencia cálculos no seu interior. Rim direito e esquerdo sem alterações (US Abdome total). Em contrapartida, o US transvaginal evidenciou útero retroverso fletido de 7,6 x 5,8 x 6,2 cm, cavidade uterina com endométrio ecogênico, espessado de 27mm, irregular e com áreas anecoicas de permeio, ovários normais, fundo de saco posterior livre. Portanto, foram elencadas como hipótese diagnóstica doença trofoblástica gestacional/Restos ovulares/Gravidez heterotópica.

Assim, no quarto dia pós-operatório, os resultados laboratoriais mostraram Hb 12,6/ Ht 38/ Leucócitos de 7000/ plaquetas de 311.000/ Creatinina 0,72/ TGO 20/ TGP 13/ Ureia 23, sendo encaminhada para o centro cirúrgico com objetivo de realizar AMIU para esvaziamento uterino. Dessa forma, durante o procedimento houve aspiração de vários seguimentos irregulares de tecido, castanhovinhosos, elástico-friáveis, medindo 8 x 8 x 4 cm, com múltiplas vesículas de permeio. Enviado para anátomo patológico o qual apresentou amostra de estroma decidualizado, sangue e vilosidades coriônicas hidrópicas, consistente com mola hidatiforme completa e ausência de sinais malignos nos cortes examinados.

No quinto dia de internação pós cirúrgico houve alta hospitalar e referenciamento para Hospital Regional onde há serviço especializado no seguimento de pacientes com doenças trofoblásticas, para

resultado de Radiografia de tórax e beta-HCG quantitativo. Além disso, prescreveu-se anticoncepcional mensal injetável a fim de evitar nova gestação que agravaria o quadro atual.

Diante do exposto, menor segue em cuidados multidisciplinares com assistência social, equipe médica especializada, conselho tutelar e psicologia. Essa, por sua vez, detectou antecedente de violência sexual praticada pelo padrasto aos 6 anos, atual companheiro da genitora, além de abandono emocional por parte desta, rejeição da relação com adolescente de 17 anos e passado de automutilação diante da vulnerabilidade familiar e social em que se insere.

3 DISCUSSÃO

Diante desse caso, observamos a importância do acompanhamento laboratorial seriado do beta-hCG para evolução de uma doença trofoblástica gestacional, visto que quando bem manejadas essas mulheres possuem um bom prognóstico. A mola hidatiforme é uma patologia onde há erro de fertilização no processo de fecundação de um óvulo sem núcleo e não têm formação do embrião, em que é dividida em Mola Hidatiforme completa (MHC), no qual o material genético é completamente de origem paterna (46 cromossomos). Enquanto, na Mola Hidatiforme parcial (MHP), possui uma tripla carga genética, devido ao erro de fertilização por mecanismos diferentes, como: dispermia, fertilização de um óvulo haploide por um espermatozoide diploide ou fertilização de um óvulo diploide por um espermatozoide haploide.

Desse modo, a evolução clínica baseia-se com a ruptura de uma ou mais vesículas associadas a hiperemese, cistose ovariana, hemorragia genital e útero aumentado para idade gestacional. Assim, o uso frequente da ultrassonografia e a dosagem quantitativa de b-hCG na gravidez, detectam MH antes dos sangramentos da paciente. A doença trofoblástica possui como fatores de risco a idade precoce e avançada, sendo comum em adolescentes e mulheres com mais de 40 anos.

Concomitante, essa paciente também possuía um diagnóstico prévio recente de gestação ectópica, em que a fecundação ocorre fora do útero. Nas últimas três décadas, tem ocorrido um maior número de casos de gestação ectópica, com aumento aproximado de cinco vezes. Isto se deve basicamente à maior incidência da DIP, ao uso mais liberal do DIU, às microcirurgias sobre as tubas e à fertilização "in vitro". O diagnóstico da gestação ectópica é pouco previsível apenas pela clínica e mesmo com parâmetros de exames complementares, como do b-hCG e do ultrassom, a grande maioria dos casos ainda é de diagnóstico na urgência, quando instalado o abdome agudo por hemoperitônio.

Ademais, ainda existe a gestação heterotópica, condição rara em que há gestação ectópica simultânea a gestação intrauterina. Possui uma incidência que varia de 1:30.000, contudo após a reprodução assistida a frequência dessa complicaçāo foi para 1:100-500 gestações. O bom manejo

dessa condição interfere nos fatores prognósticos e reprodutivos das mulheres, além de continuidade da gestação intrauterina, quando viável.

4 CONCLUSÃO

A gestação heterotópica, condição em que mesmo sendo rara, é um diagnóstico diferencial que deve fazer parte do arsenal do especialista, uma vez que a presença de uma gestação tópica, não exclui uma ectópica concomitante, ainda mais em casos de adolescentes com queixa clínica de abdome agudo. Portanto, o estudo ultrassonográfico é o método de escolha para melhor avaliação desses pacientes. Além da avaliação da dosagem seriada de b-hCG para acompanhamento rigoroso e diagnóstico de doenças trofoblásticas gestacionais. Assim, visando preservar a fertilidade e sobrevida dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

- ALBRIGHT, Benjamin B. et al. Gestational trophoblastic neoplasia after human chorionic gonadotropin normalization following molar pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and gynecology*, v. 135, n. 1, p. 12, 2020.
- CHEN, Suzhu et al. Advances in immunotherapy and molecular targeted therapy of gestational trophoblastic tumor: current practice and future perspectives. *American Journal of Cancer Research*, v. 12, n. 6, p. 2422, 2022.
- D'ASTA, Marco et al. Is It Possible to Diagnose Preoperatively a Tubal Ectopic Hydatidiform Molar Pregnancy? Description of a Case Report and Review of the Literature of the Last Ten Years. *Journal of Clinical Medicine*, v. 11, n. 19, p. 5783, 2022.
- JOYCE, Caroline M. et al. Advances in the diagnosis and early management of gestational trophoblastic disease. *BMJ medicine*, v. 1, n. 1, 2022.
- MŁODAWSKI, Jakub et al. Conservative Management of Heterotopic Pregnancy: A Case Report and Review of Literature. *The American Journal of Case Reports*, v. 24, p. e940111-1, 2023.
- NEWHOUSE, I. et al. The diagnostic value and accuracy of ultrasound in diagnosing hydatidiform mole: A systematic review and meta-analysis of the literature. *Radiography*, v. 28, n. 4, p. 897-905, 2022.
- OANCEA, Mihaela et al. Spontaneous heterotopic pregnancy with unaffected intrauterine pregnancy: systematic review of clinical outcomes. *Medicina*, v. 56, n. 12, p. 665, 2020.
- SHENG, Shuman et al. Treatment of heterotopic cervical pregnancy by ultrasound-guided hysteroscopy: A case report and literature review. *Medicine*, v. 101, n. 48, 2022.
- SOPER, John T. Gestational trophoblastic disease: current evaluation and management. *Obstetrics and gynecology*, v. 137, n. 2, p. 355, 2021.
- UK, National Guideline Alliance et al. Diagnostic accuracy of ultrasound features for tubal ectopic pregnancy. 2019.
- WENJING, Lin; HAIBO, Li. Therapeutic effect of laparoscopic salpingotomy vs. salpingectomy on patients with ectopic pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Surgery*, v. 9, p. 997490, 2022.