GESTAÇÃO GEMELAR HETEROTÓPICA – RELATO DE CASO.

ALEXANDRE MENDES NEITZKE¹, ALAN BARROSO DE ALMEIDA¹, ABDEL DIEGO CACERES AZAD¹, NATHALIA MONTEIRO DE BARROS NEITKZE¹, PEDRO MONTEIRO DE BARROS NEITZKE¹, ADILSON CUNHA FERREIRA².

RESUMO

Gestação gemelar heterotópica é caracterizada por uma gravidez tópica associada a uma gravidez ectópica, sendo rara, principalmente quando acontece na concepção espontânea.

INTRODUÇÃO

A gestação gemelar heterotópica é rara, tendo uma incidência de 1: 30.000 gestações, sendo mais alto nas mulheres que se submetem a técnicas de reprodução assistida, no qual a gravidez tópica e ectópica ocorrem simultaneamente. (Fig. 01).

Tendo como fatores de risco os mesmos relacionados a gravidez ectópica, como alterações mecânicas e/ou funcionais que impedem ou retardam a passagem do embrião.

1 - Imagem Clinica, Rondonópolis, Mato Grosso

2 - Clínica NERDI E IDI, Ribeiro Preto, São Paulo

A doença inflamatória pélvica e por consequentemente levando a aderências tubáreas; gestação ectópica anterior; cirurgia nas tubas;tumores; DIU; tabagismo e reprodução assistida.

O local mais comum é nas trompas, sendo o diagnóstico precoce difícil e geralmente só é diagnosticado pós rotura.

Alexandre Mendes Neitzke

Avenida Presidente João Goulart, 1377 – Vila Aurora

Rondonópolis – MT, 78.740-034

Email: contato@imagemclinica.com.br



Fig. 01 - Gestação ectópica à direita e tópica à esquerda.



Fig. 02 - Gestação ectópica à direita apresentando embrião em óbito com CCN de 30 mm e tópica à esquerda habitual com CCN de 50 mm.



Fig. 03 - Gestação tópica com T.N. habitual, apresentando pequeno descolamento de córion frondoso e folículos simples em ovário esquerdo.

RELATO DE CASO

Paciente E.C.Q.M, G4, P2, PN2 C0, A1, 36 anos, tabagista (10 cigarros por dia), procurou atendimento médico em hospital de referência na data de 08/12/2021, com queixa de sangramento vaginal, sem dor, o médico que a atendeu solicitou o pedido de ultrassom endovaginal com suspeita de abortamento.

Ao ultrassom realizado no dia 08/12/2021, observou-se gestação gemelar heterotópica, sendo ectópica em anexo direito com embrião, CCN medindo 30 mm (I.G - 10 semanas) com BCE não detectado (óbito embrionário) e tópica com embrião medindo 50 mm (I.G – 11 semanas e 6 dias), T.N medindo 1,1 mm, com descolamento de córion frondoso de ± 5% de área e 2 folículos simples em ovário esquerdo (Fig. 02 e 03), sendo encaminhada ao serviço de obstetrícia, onde no dia 09/12/2021 foi realizado laparotomia com salpingectomia direita, sem intercorrências, tendo alta e encaminhada ao pré natal para acompanhar a gestação tópica.

Onde realizado novo ultrassom no dia 16/12/2021 com feto tópico, apresentando CCN de 63 mm, I.G – 12 semanas e 5 dias, habitual.

DISCUSSÃO

Gestação heterotópica espontânea (caso da paciente) é muito rara, com incidência de 1: 30.000, entretanto com técnicas de reprodução assistida aumentou a quantidade 1: 100 – 500.

Como fatores de risco temos cirurgia prévia em tuba uterina, endometriose, DIP, ectópica prévia, tabagismo (caso da paciente). A localização mais comum são as trompas mas pode ser também cervical, ovariana, abdominal e em cicatriz de cesárea prévia.Onde observamos a importância de se usar a sonda endovaginal e avaliar bem os anexos, pois o que chamou mais atenção foi a idade gestacional do embrião ectópico (10 semanas), o não rompimento da trompa e paciente assintomática, sendo que a maioria das vezes as chances de romper a trompa é até 8 semanas e com dor. Os sintomas mais comuns são dores abominais e sangramento, mas devido a gravidez intra uterina concomitante torna o diagnóstico mais difícil.O tratamento pode ser expectante, cirúrgico ou por aspiração guiada por ultrassom dependendo da idade gestacional e local da implantação ectópica. Neste caso a cirurgia foi a escolha e 7 dias depois novo ultrassom desta, com feto tópico habitual e paciente sem complicações.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Noor N, Bano I, Parveen S. Heterotopic pregnancy with successful pregnancy outcome. J Hum ReprodSci. 2012 Mai-Ago; 5 (2):213-214
2. Govindarajan MJ, Rajan R. Heterotopic Pregnancy in natural conception. J Hum Reprod Sci. 2008; 1:37-8.
3. Umranikar S, Umranikar A, Rafi J, Bawden P, Umranikar S, O’Sullivan B et al. Acute presentation of a heterotopic pregnancy following spontaneous conception: a case report. Cases J. 2009; 2:9369.
4. Alsunaidi MI, An Unexpected Spontaneous triplet heterotopic pregnancy. Saudi med J. 2005; 26:136-8.
5. Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, Jamieson DJ, Reynolds MA, Wright VC. A comparison of heterotopic and intrauterine-only pregnancy outcomes after assisted reproductive Technologies in the United States fron 1999 to 2002. Fertil Steril. 2007;87(2):303-9.
6. Korkontzelos I, Antoniou N, Stefos T, Kyparos I, Lykoudis S. Rupture heterotopic pregnancy with successful obstetrical outcome: a case report ande review of the literature. Clin Exp Obstet Gynecol. 2005;32(3):203-6.
7. Ben-Ami I, Panski M, Ushakov F, Vaknin Z, Herman A, Raziel A. Recurrent heterotopic pregnancy after bilateral salpingectomy in an IVF patient: case report. J Assist reprod Genet. 2006;23(7-8):333-5.
8. Donadio NF, Donadio N, Martins PT, Cambiaghi CG. Gestação heterotópica; possibilidade diagnóstica após fertilização in vitro. A propósito de um caso. Ver Bras Ginecol Obstret. 2008;30(9):466-9.
9. Keegan DA, Morelli SS, Noyes N, Flisser ED, Berkeley AS, Grifo JÁ, Low ectopic pregnancy rates after in vitro fertilization: do practice habits matter? Fertil Steril. 2007;88(3):734-6.
10. Press GM, Martinez A. Heterotopic pregnancy diagnosed by emergency ultrasound. J Emerg Med. 2007;33(1):25-7.
11. Donadio NF, Donadio N, Martins PT, Cambiaghi CG. Gestação heterotópica: possibilidade diagnóstica após fertilização in vitro. A propósito de um caso. Ver Bras Ginecol Obstret [Internet]. 2008; 30 (9): 466-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n9/v30n9a07.pdf>. Acesso em 12 ago 2016.
12. Tal J, Haddad S, Gordon N, Wallach EE, Timor-Tritsch I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive Technologies: a literature review from 1971 to 1993. Fertil Steril [Internet]. 1996 Jul; 66 (1): 1-12, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/87526602>. Acesso em 20 ago 2016.
13. Bem-Ami I, Panski M, Ushakov F, Vaknin Z, Herman A, Raziel A. Recurrent heterotopic pregnancy after bilateral salpingectomy in an IVF patient: case report. J Assist reprod Genet [Internet]. 2006 ago; 23 (7): 333-5, disponível em <http://link.spriringer.com/article/10.1007/s10815-006-9052-2>. Acesso em 20 ago 2016.
14. Press GM, Matinez A. Heterotopic pregnancy diagnosed by emergency ultrasound. J Emerg Med [Internet]. 2007 Jul; 33 (1): 25-7, disponível em: [www.jem-journal.com/article/S0736-4679(07)00055-8/pdf](http://www.jem-journal.com/article/S0736-4679%2807%2900055-8/pdf). Acesso em 12 ago 2016.
15. Dor J, Seidman DS, Levran D, Bem-Rafael Z, Bem-Shlomo I, Mashiach S. The incidence of combined intrauterine and extrauterine pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. Fertil Steril [Internet]. 1991 Abril; 55 (4): 833-4, disponível em: [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(16)54258-7/pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282%2816%2954258-7/pdf). Acesso em 12 ago 2016.
16. Chen D, Kligman I, Rosenwaks Z. Heterotopic Cervical pregnancy successfully treated with transvaginal ultrassound-guided aspiration and cervical-stay sutures. Fertil Steril [Internet]. 2001 Maio; 75 (5): 1030-3, disponível em: [www.fertstert.org/article/S0015-0282(01)01746-0/pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282%2801%2901746-0/pdf). Acesso em 12 ago 2016.