



RELATO DE CASO: LAPAROTOMIA EM PACIENTE GESTANTE POR VOLUMOSO CISTO DE OVÁRIO

Iara da Silva Ourofino

Médica ginecologista e obstetra – AFAMCI / HPC

iaraourofino@hotmail.com

Beatriz Barboza de Souza

Graduanda em medicina – FMC

biabarboza09@gmail.com

Valério Chierici Pereira

Médico ginecologista e obstetra – preceptor da residência de ginecologia e obstetrícia do HPC

valeriochierici@hotmail.com

RESUMO: Os cistos de ovário podem ocorrer em qualquer fase da vida, desde a primeira infância à senilidade, mas são mais comuns de serem diagnosticados na menacme. São incomuns durante a gestação, variando sua incidência entre 1 e 10% da população gestante, dependendo das características populacionais, frequência e eficácia da utilização da ultrassonografia.

COMENTÁRIOS: O objetivo deste caso é relatar o caso de uma paciente de 23 anos, secundigesta, gestante de 20 semanas e 3 dias, com volumoso cisto ovariano em região retrouterina.

PALAVRAS-CHAVE: GESTANTES, CISTO DE OVÁRIO, LAPAROTOMIA.

INTRODUÇÃO

Os cistos ovarianos não são patologias frequentes em mulheres na faixa etária reprodutiva.¹ Dados do início da década de 2000 demonstraram que a incidência de massas anexiais em gestantes, e que necessitaram de tratamento cirúrgico, foi de 1 para cada 1.312 nascidos vivos.¹ A gestação por questões ainda pouco conhecidas aumenta a incidência de cistos ovarianos.²

Com o aumento do uso das ultrassonografias na rotina de pré-natal ficou mais fácil o diagnóstico de cistos ovarianos ainda em fase assintomático.² Em tamanhos pequenos as gestantes costumam ser assintomáticas.² Com o crescimento surgem queixas de dor e

sintomas compressivos.² Uma grande preocupação é a dor aguda e de forte intensidade que ocorre com a torção ovariana. ²

A intervenção cirúrgica deve ser considerada quando os cistos causam desconforto significativo ou risco de complicações, levando em conta os riscos e benefícios para a mãe e o feto.²

RELATO DE CASO

Paciente, H. C. E. S., sexo feminino, 23 anos, natural de Campos dos Goytacazes, gestante de 20 semanas e 1 dia, secundigesta, deu entrada no Hospital Plantadores de Cana no dia 16 de maio de 2024 com queixa de dor abdominal intensa. Trouxe ultrassom transvaginal de 23 de abril de 2024 mostrando cisto simples 153 x 143 x 150 mm em região retrouterina.

Paciente nega alergias e comorbidades. Realizou 3 consultas de pré natal. Relata sífilis tratada.

Ao exame físico: paciente lúcida e orientada, corada, hidratada, eupneica em ar ambiente, acianótica, anictérica, afebril, deambulando.

ACV: ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros, PA: 120x80mmHg, FC: 89 bpm

AR: murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios, saturação de O₂: 99%, FR: 18 irpm

ABD: gravídico, doloroso à palpação, peristalse presente, sem visceromegalias, presença de feto único, longitudinal, altura uterina 20 cm, BCF 132 bpm, atividade uterina imperceptível em 10 minutos, tônus normal, movimento ativo fetal.

Genitália externa: sem alterações

Ao toque: colo posterior, grosso, fechado, não percebido tumoração em fundo de saco.

MMII: sem edemas, panturrilhas livres, pulsos pediosos presentes.

Paciente foi admitida, feito analgesia e solicitado ultrassonografia obstétrica e abdômen total na unidade, exames laboratoriais.

Em seu primeiro dia de internação (17/05/24), durante a visita, a paciente não tinha queixas, estando sem alterações de seus sinais vitais. Foi checado ultrassom de abdômen total, mostrando volumosa formação cística em andar superior de abdome, de paredes finas e conteúdo límpido medindo 17,6 x 13,7 cm de difícil avaliação de sua origem. A

ultrassonografia obstétrica mostrava feto púnico, longitudinal, pélvico, com dorso à esquerda. Placenta de implantação corporal anterior com textura homogênea maturidade grau 0. Normohidramnia, IG: 20 semanas e 4 dias, peso fetal 404 g. Checado exames laboratoriais: PCR 3,7; VHS 55; Hemoglobina 11,4; Hematócrito 35,7%; leucócitos 14.840; Plaquetas 211.000; tipo sanguíneo A negativo. A conduta foi solicitar parecer da cirurgia geral e ginecologia, solicitar coombs indireto e manter suporte clínico.

No segundo dia de internação (18/05/2024), a paciente queixa-se de dor em baixo ventre, com sinais vitais sem alterações. Aguardando possibilidade de punção ou agendar laparotomia com equipe de ginecologia. Aguardando parecer da cirurgia geral e ginecologia.

No terceiro dia de internação (19/05/2024), a paciente queixa-se de dor em baixo ventre, sinais vitais sem alterações, conduta foi mantida.

No quarto dia de internação (20/05/2024) a paciente estava sem queixas, sinais vitais mantidos. Foi agendado cirurgia de laparotomia com equipe de ginecologia para o mesmo dia, solicitado novo laboratório, e mantido suporte clínico.

Ainda no quarto dia de internação, foi realizado cirurgia de laparotomia.

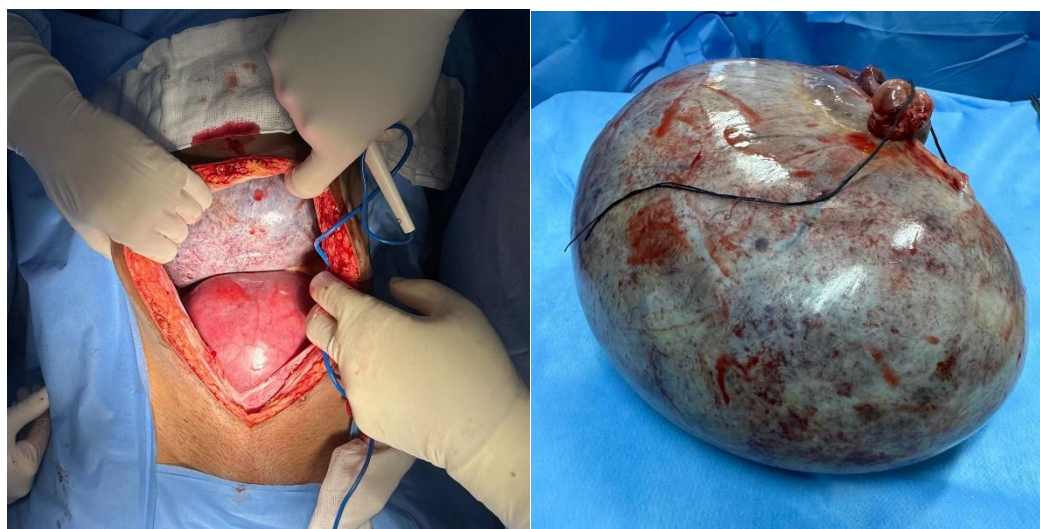


Imagem 1: laparotomia mostrando útero gravídico e volumoso cisto de ovário em região retrouterina

Imagem 2: peça retirada após ooforectomia direita.

Foi realizado ooforectomia à direita, com extração do volumoso cisto e do ovário direito. Cirurgia não teve intercorrências, feto manteve batimento cardíaco normal. A peça retirada foi enviada para exame histopatológico.

No quinto dia de internação (21/05/2024) e primeiro dia pós operatório, durante a visita, a paciente queixava-se de dor abdominal. Ao exame físico, não havia sinais de irritação peritoneal, abdome estava doloroso à palpação. Foi checado exame laboratorial: hemoglobina 10,6; hematócrito 33,8%; leucócitos 8.220; plaquetas 204.000; ureia 17,8; creatinina 0,7; **TGO 10,1; TGP 10,1**; TPP 35; TAP 1,26. Foi mantido o suporte clínico.

No sexto dia de internação (22/05/2024) e segundo dia pós operatório, durante a visita a paciente queixava-se de dor lombar à esquerda. Sinais vitais sem alterações, suporte clínico mantido e avaliação de alta para o dia seguinte.

No sétimo dia de internação (24/05/2024) e terceiro dia pós operatório, a paciente encontrava-se sem queixas, a conduta foi alta hospitalar com orientações de retorno.

DISCUSSÃO

Os cistos ovarianos não são complicações frequentes durante a gestação. Com o avanço do uso rotineiro das ultrassonografias o diagnóstico dessa patologia muitas vezes é feito em estágio inicial. A decisão pela conduta expectante ou cirúrgica deve ser individualizada. Pacientes com tumores volumosos e sintomatologia importante como no caso descrito são candidatas a laparotomia. A cirurgia deve ser escolhida com cautela visando o bem-estar do binômio materno- fetal.

CONCLUSÃO

Esse caso foi relatado por se tratar de uma doença pouco frequente e sem condutas bem estabelecidas. Diante desses diagnósticos surge a dúvida de quando abordar cirurgicamente e quando optar pela conduta expectante. No caso relatado foi optada pela laparotomia com sucesso para mãe e recém-nascido.

REFERENCIAS

Tavares MAS, Sarmiento HJ, Pimentel LFC, Gadelha BR, Pimentel K, Neves MJP. Giant ovarian serous cystadenoma in a pregnant patient: clinical case report. Braz J Health Rev. 2023;6(5):592. doi: 10.34119/bjhrv6n5

Hering RH, Sobrino DS. Massa anexial de grande volume em gestante adolescente: relato de caso. Int J Health Manag. 2019;2(2):1. Disponível em: <http://ijhmreview.org>.

Rezende Filho J, Nakamura M (eds). Rezende: Obstetrícia Fundamental. 15ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2022.