

Relato de Caso

Gravidez ectópica ovariana íntegra: relato de caso de difícil diagnóstico**Intact ovarian ectopic pregnancy: a challenging diagnostic case report***Valquiria Fernandes Marques Vieira¹, Nathália Letícia Borges de Matos², Rafaela Siqueira Costa Schreck³, Victoria Carolina Barcelos Fonseca⁴**

Vieira VFM, Matos NLB, Schreck RSC, Fonseca VCB. Gravidez ectópica ovariana íntegra: relato de caso de difícil diagnóstico / *Intact ovarian ectopic pregnancy: a challenging diagnostic case report*. Rev Med (São Paulo). 2025 jan.-fev.;104(1):e-226924.

RESUMO: Introdução: A Gravidez Ectópica (GE) é caracterizada pela implantação do óvulo fertilizado fora da cavidade endometrial, principalmente na tuba uterina (95% dos casos). Quando essa implantação ocorre no ovário, ocorre uma Gravidez Ovariana (GO), representando de 0,5% a 1% de todas as GE. O diagnóstico de GO é desafiador, pois a precisão do reconhecimento pela clínica ou por imagem é insuficientemente documentada. Ferramentas como a ultrassonografia transvaginal e os exames anátomo e histopatológico são essenciais para o reconhecimento de GE. **Objetivo:** Descrever o caso de uma paciente com diagnóstico incerto de GO íntegra e discutir, à luz da literatura, métodos diagnósticos e de tratamento. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, 37 anos, primigesta em que a ultrassonografia endovaginal evidenciou útero vazio e saco gestacional em ovário direito íntegro. **Discussão:** A paciente foi submetida a tratamento videolaparoscópico e os critérios diagnósticos de GO foram preenchidos. Entretanto, no anátomo patológico foi considerada a possibilidade de GE tubária. Alguns relatos na literatura também não tiveram confirmação da patologia, reafirmando a complexidade diagnóstica. **Conclusão:** Fica nítida a dificuldade de diagnóstico de GO, pois as ferramentas usadas levaram a conclusões divergentes, destacando a importância de uma abordagem cuidadosa e multidisciplinar nessas situações.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez Ectópica; Gravidez Ovariana; Relatos de Casos; Diagnóstico Ausente; Primeiro Trimestre da Gravidez.

ABSTRACT: Introduction: Ectopic Pregnancy (EPGE) is characterized by the implantation of the fertilized egg outside the endometrial cavity, mainly in the uterine tube (95% of cases). When this implantation occurs in the ovary, an Ovarian Pregnancy (OPGO) occurs, representing 0.5% to 1% of all EPsGE. Diagnosis of GOOP is challenging, as the accuracy of recognition by clinical exam or imaging is insufficiently documented. Tools such as transvaginal ultrasound and anatomical and histopathological examinations are essential for recognizing GEEP. **Objective:** To describe the case of a patient with a correct diagnosis of complete GOintact OP and discuss, in light of the literature, diagnostic and treatment methods in light of the current literature. **Case Report:** Female patient, 37 years old, primigravida in which the endovaginal ultrasound showed an empty uterus and gestational sac in an intact right ovary. **Discussion:** The patient underwent laparoscopic treatment and the GO OP criteria were met. However, no pathological findings were considered a possibility of tubal GEEP. Some reports in the literature also lacked confirmation of the pathology, reaffirming the diagnostic complexity. **Conclusion:** The difficulty in diagnosing GO OP is clear, as the tools used led to divergent conclusions, highlighting the importance of a careful and multidisciplinary approach in these situations.

KEY WORDS: Ectopic Pregnancy; Ovarian Pregnancy; Case reports; Missed diagnosis, First trimester of pregnancy.

* Trabalho conduzido na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

¹ Professor na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. ORCID: 0000-0002-4821-8258. E-mail: fernandes.valquiria@gmail.com.

² Estudante na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. ORCID: 0009-0009-3800-3948. E-mail: nathalia_matos@cienciasmedicasmg.edu.br.

³ Professor na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. ORCID: 0000-0001-5251-3973. E-mail: rafaelanschreck@gmail.com.

⁴ Estudante na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. ORCID: 0009-0002-8007-9697. E-mail: victoriab.fonseca@gmail.com.

Endereço para correspondência: Valquíria Fernandes Marques Vieira. Address for correspondence: Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, Belo Horizonte - MG, 30130-110. E-mail: fernandes.valquiria@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Gravidez Ectópica (GE) ocorre quando a implantação do óvulo fertilizado se dá fora da cavidade endometrial. Alguns dos fatores que aumentam o risco de gravidez ectópica são: história de cirurgia pélvica, GE anterior, uso de Dispositivo Intrauterino (DIU), história de doença inflamatória pélvica e infertilidade. Aproximadamente 95,0% dos casos de gravidez ectópica ocorrem na tuba uterina, mas há estruturas extratubárias onde o embrião pode implantar, como o ovário^{1,2}.

Na Gravidez Ovariana (GO), o local de implantação do embrião é o ovário e, corresponde a um tipo raro de GE (0,5% a 1% de todas as gestações ectópicas ou 1 em 7.000 a 40.000 nascidos vivos) e isso é ainda mais raro quando se trata de GO íntegra, cuja ocorrência estimada é de 1/10.000 gestações uterinas e de 1/1.000 GEs. Estima-se que o risco global de GO em mulheres grávidas seja de 0,014% a 0,0025%, enquanto em mulheres com suspeita de gravidez ectópica devido a sintomas ou massa anexial, esse risco é de 0,5% a 1%. A precisão do diagnóstico por imagem da GO ainda não está suficientemente documentada para avaliar a ocorrência de falsos negativos³.

A raridade de GO se deve à anatomia da estrutura e aos procedimentos diagnósticos bem codificados. O mecanismo etiológico exato - tanto da implantação quanto do desenvolvimento do blastocisto ectópico - ainda é pouco elucidado, mas se sabe que o principal fator de risco associado, além dos usuais, é o uso de DIU⁴.

Há relatos na literatura de que uma GO pode progredir até o segundo trimestre ou a termo completo. Porém, há associação com elevado risco de morbidade e mortalidade materna⁴. O diagnóstico da GO é baseado em observações cirúrgicas e histopatológicas e a incidência desse tipo de gravidez ectópica está aumentando, acredita-se que em função da evolução da ultrassonografia transvaginal e da análise histológica cuidadosa dos tecidos ovarianos⁵.

Este artigo objetiva descrever o caso de uma paciente com diagnóstico incerto de gravidez ectópica ovariana íntegra e discutir, à luz da literatura, os métodos diagnósticos e de tratamento.

RELATO DO CASO

Mulher de 37 anos, branca, casada, primigesta nulípara, sem histórico patológico pessoal ou familiar relevante. A paciente foi admitida no pronto atendimento de uma maternidade privada por autoapresentação, manifestando postura antálgica. Apresentava queixas de dor lombossacral e desconforto na fossa ilíaca esquerda persistindo por três dias. Relatou que a Data da Última Menstruação (DUM) foi há 7 semanas e 4 dias, que o ciclo menstrual era regular e a realização prévia de um teste de gravidez de urina mostrou resultado negativo. Informou ter utilizado autoadministração de Paracetamol 750 mg em duas ocasiões para alívio da dor. A paciente negou histórico de alergias, sangramento, febre, tonturas ou anormalidades nas funções fisiológicas, destacando apenas um episódio isolado de náuseas, sem ocorrência de vômitos.

Ao exame físico, apresentou sensibilidade à palpação em Fossa Ilíaca Direita, sinal Bloomberg negativo, indicando a ausência de dor à descompressão brusca do abdômen e anexos não palpáveis. A avaliação laboratorial mostrou: nível de beta-gonadotrofina coriônica (BHCG) em 5718,4 UI/L; hemoglobina 11,6 g/dL; hematócrito 35%; leucócitos 10,090 mm³ e plaquetas, 355.000 mm³.

A Ultrassonografia endovaginal revelou útero vazio de tamanho normal com endométrio de 11,7 mm; ovário direito com contornos regulares, estroma heterogêneo medindo 2,8 x 2,1 x 3,5 cm³, volume de 12,4 cm³, com saco gestacional medindo 10,6 mm, vesícula vitelina presente de 3,3 mm e embrião medindo 2,4 mm com batimentos cardíacos fetais de 96 batimentos por minuto. Ausência de líquido livre na cavidade. Ovário esquerdo, contorno regular e estroma heterogêneo medindo 2,9 x 1,6 x 2,6 cm³ e volume de 6,2 cm³. O diagnóstico ultrassonográfico foi de gravidez ectópica ovariana direita íntegra (Figura 1, Figura 2, Figura 3, Figura 4)

FIGURA 1 - Imagem ultrassonográfica de gestação de 7 semanas e 4 dias, mostrando útero vazio, de volume 108,8cm³ (VN: até 90cm³) e endométrio 11,7mm, com padrão secretor



Fonte: compilação do autor

FIGURA 2 - Imagem ultrassonográfica de gestação de 7 semanas e 4 dias, mostrando ovário direito com volume 12,4cm³ (VN: até 9cm³)



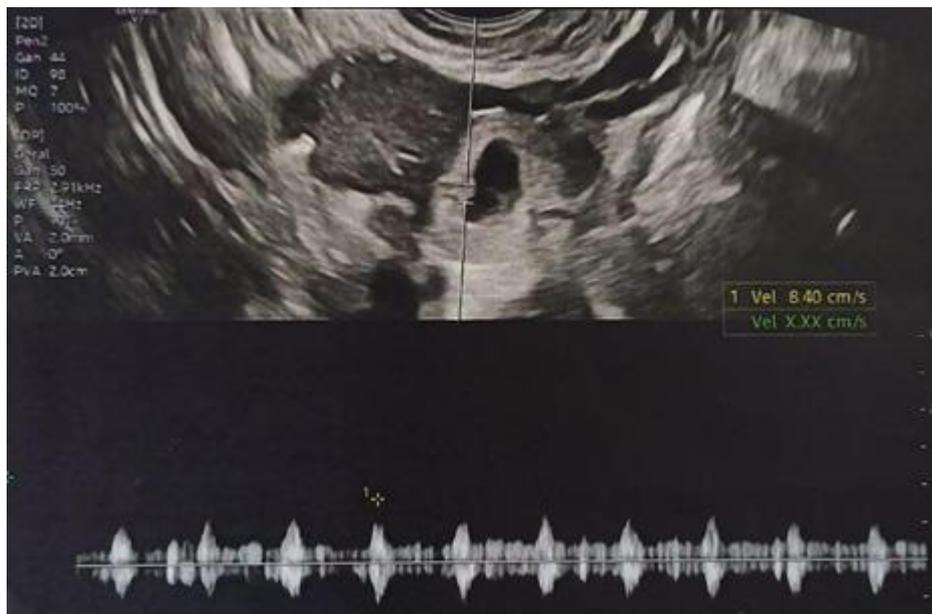
Fonte: compilação do autor

FIGURA 3 - Imagem ultrassonográfica de gestação de 7 semanas e 4 dias, mostrando ovário direito com presença de saco gestacional medindo 10,6mm, vesícula vitelínica presente medindo 3,3mm, embrião medindo 2,4mm



Fonte: compilação do autor

FIGURA 4 - Imagem ultrassonográfica de gestação de 7 semanas e 4 dias, mostrando atividade cardíaca presente no embrião, com frequência cardíaca de 96 bpm



Fonte: compilação do autor

A combinação dos achados clínicos, laboratoriais e ecográficos determinou o diagnóstico de indicativa de gravidez ectópica, decidindo-se pelo tratamento cirúrgico por meio de uma operação videolaparoscópica. A paciente foi devidamente esclarecida pelo cirurgião sobre as eventualidades do tratamento cirúrgico proposto e, de forma esclarecida, assinou o termo para a realização da cirurgia. Um dia após dar entrada na maternidade, a paciente foi submetida à videolaparoscopia, haja vista que a

equipe de plantão no momento da admissão não tinha expertise para a realização do procedimento de imediato. Por precaução, devido à estimativa de instabilidade hemodinâmica iminente, a paciente foi mantida sob observação no bloco cirúrgico enquanto aguardava o procedimento cirúrgico.

No intraoperatório, foi visualizado pequeno hemoperitônio, tuba uterina à direita íntegra, dilatada em sua porção médio-ampular, compatível com gravidez ectópica

íntegra em processo de abortamento, devido à presença de coágulos na porção ampular. A técnica utilizada foi a ordenha sistemática e atraumática de tuba direita com expulsão de restos do produto da concepção. A tuba esquerda e ovário esquerdo estavam sem alterações. Ao término do procedimento, a tuba uterina direita apresentava pequeno sangramento, habitual ao processo. No pós-operatório imediato, a paciente apresentou bom estado geral, abdômen livre e com queixa de dor discreta.

O material excisado foi enviado para análise anatomopatológica. O exame de microscopia revelou restos ovulares (material constituído por coágulos sanguíneos, vilos coriários com padrão de primeiro trimestre gestacional, células trofoblásticas e restos embrionários/ovulares), podendo corresponder ao conteúdo de gravidez tubária. Ausência de outras alterações histológicas relevantes no material. À macroscopia foram evidenciados vários fragmentos irregulares de tecido pardo-claro e macio, alguns com aspecto esponjoso, em meio a coágulos sanguíneos, medindo em conjunto 2,0 x 1,0 x 0,6 cm.

No período pós-operatório imediato, a paciente evoluiu com uma recuperação desprovida de complicações, sendo liberada para casa no dia subsequente à intervenção cirúrgica. Na alta hospitalar, foram prescritas as seguintes medicações: Ibuprofeno 600 mg a cada oito horas por um período de três dias; Simeticona 125 mg a cada 6 horas, em caso de distensão abdominal por gases; Dipirona 1 g (6 em 6 horas), em situações de dor; Tramadol 50 mg (de 8 horas em 8 horas), em casos de dor intensa. Adicionalmente, foram fornecidas orientações para a manutenção de uma alimentação equilibrada e consumo abundante de líquidos, com uma ingestão mínima de 2,5 litros por dia.

A paciente foi instruída a evitar atividades físicas vigorosas e relações sexuais durante o período de 60 dias. Ademais, foi salientado que episódios de sangramento semelhante à menstruação poderiam ocorrer nos primeiros sete dias pós-operatórios, tendo a tendência de diminuir gradualmente. A paciente foi orientada a buscar atendimento hospitalar em caso de aumento da intensidade ou persistência do sangramento, após uma semana, em casos de febre, dor intensa, corrimento vaginal com odor desagradável, ou sinais de infecção na ferida operatória. A consulta de acompanhamento médico foi agendada para ocorrer 30 dias após a intervenção cirúrgica. Durante esta visita, foi requisitada a realização do exame de BHCG, cujo resultado revelou-se inferior a 2,0 mUI/mL.

O presente relato de caso foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. O estudo seguiu as normas éticas para estudos com seres humanos e obteve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE: 79266324.2.0000.5134). A paciente informou consentimento para publicação dos dados.

DISCUSSÃO

A Gravidez Ovariana (GO) é uma forma rara de gravidez ectópica, na qual o embrião se implanta no ovário, representando entre 0,5% e 3,0% de todos os casos de Gravidez Ectópica (GE). A GE é atualmente reconhecida como um problema de saúde

pública devido ao seu crescente número de casos e à considerável morbidade e mortalidade associadas⁴. O aumento da incidência pode ser atribuído ao crescimento da prevalência dos fatores de risco, bem como à melhoria dos métodos de diagnóstico⁵.

A tuba uterina é o local mais comum de ocorrência de gravidez ectópica. Nas gestações tubárias, a implantação ocorre geralmente na região ampular, mas também pode ocorrer no istmo, na região infundibular ou na porção intersticial da tuba. Outros locais descritos incluem o ovário, a cavidade abdominal, o colo uterino e a cicatriz de cesária⁶.

Estudos indicam que os fatores de risco para Gravidez Ovariana (GO) estão associados à gravidez ectópica prévia, infertilidade, infecções genitais, uso de Dispositivo Intrauterino (DIU)⁷. Além disso, o tabagismo, início da atividade sexual antes dos 18 anos e múltiplos parceiros também são descritos pela literatura como fatores de risco⁸. No entanto, o uso de DIU com progestágenos e a utilização de tecnologias de reprodução assistida parecem ser mais prevalentes^{4,5}. O uso do DIU foi identificado entre 57,0% a 90,0% das pacientes com Gravidez Ovariana, e sua ação está relacionada à alteração na motilidade da tuba uterina, favorecendo a implantação do embrião no ovário^{4,5,9}. Por outro lado, os casos de GO após métodos de reprodução assistida sustentam a teoria do refluxo do oócito fertilizado devido à contração uterina, tanto por medicamentos de estímulo hormonal utilizados para induzir a ovulação quanto por uma contração reflexa resultante do procedimento, relacionados a até 50,0% dos casos de GO^{4,10}.

Em uma revisão sistemática recente², os autores identificaram um aumento dos casos de GO, estando relacionado à submissão de pacientes à Fertilização *In Vitro* (FIV), uma das tecnologias de reprodução artificial. Ademais, Almahloul (2023), ao investigar 82 relatos de casos de GO, descreveu que 10,0% (n= 8) dos casos estavam associados à gravidez ectópica anterior, 30,0% (n= 25) a abortos prévios, 30,0% (n= 25) ao histórico de cirurgias anteriores e 15,0% (n= 12) a FIV³.

Além dos fatores de risco supracitados, os transtornos psiquiátricos parecem favorecer as GE. O mecanismo fisiopatológico não é completamente elucidado, mas acredita-se que tais transtornos e os tratamentos associados estejam relacionados à alteração na função tubária, comprometendo o transporte do blastocisto e favorecendo a implantação extrauterina⁸.

No entanto, é importante observar que muitas pacientes diagnosticadas com gravidez ectópica não apresentam fatores de risco identificáveis, como ilustrado no caso relatado. Essa discrepância em relação aos fatores de risco comuns levanta questões sobre a variabilidade dos casos de GOs, destacando a importância de considerar, individualmente, cada paciente, avaliando como as particularidades interferem em cada caso.

A literatura científica ainda não definiu uma faixa etária predominante para GO, tampouco menciona etnia ou países com maior incidência. Um estudo nos Emirados Árabes Unidos analisou 82 casos, com idade média de 32 anos³. Na literatura nacional, encontramos um caso de 23 anos e outro de 34 anos¹¹.

Quanto ao histórico obstétrico, um estudo de 2019⁵ analisou 12 casos, revelando que as mulheres com GO estudadas tiveram em média 2,6 gestações, 1 parto e 0,4 abortos.

Conforme a pesquisa de literatura empreendida pelas autoras do presente trabalho, dos 24 casos de GO foram identificados em diversos artigos, a maioria das mulheres apresentava gestações prévias^{1,2,3,5,10}. Mais especificamente, seis casos envolviam mulheres primigestas^{2,4,9,11,12,13}. Além disso, doze dessas mulheres com gestações prévias tinham histórico de abortos,^{1,5,10} enquanto dois casos não forneceram detalhes sobre o histórico obstétrico das pacientes. Esses dados sugerem que a maioria das mulheres com GO estudadas tinha experiência prévia de gestações e, em alguns casos, de abortos, o que contrasta com o caso específico discutido, onde a paciente era primigesta.

A maioria das GOs é diagnosticada nas primeiras oito semanas de gravidez, ao causarem incômodo nas pacientes até mesmo antes da primeira amenorreia, como dor pélvica (77,3%) decorrente da ruptura de cápsula ovariana pela gestação e formação de hemoperitônio e sangramento vaginal (45,2%), favorecendo a investigação e melhora os prognósticos^{3,10}. Entretanto, pela dificuldade de diagnóstico⁴, não é raro o saco gestacional se romper nas primeiras semanas, se tornando um caso de emergência médica com manifestações de choque hipovolêmico, aumentando a descoberta no primeiro trimestre¹⁰. Apesar de fatores que favorecem uma descoberta nos primeiros meses, até 15,0% das gestações se tornam a termo, e alguns casos relatados atingiram até 44 semanas³.

Existe uma sintomatologia clássica da gravidez ectópica, representada pela tríade: amenorreia, cólicas abdominais e sangramentos vaginais, porém, sabe-se que a sintomatologia pode ser inespecífica, discreta e até mesmo ausente¹². No caso em questão, a paciente estava assintomática e não apresentava achados significativos durante o exame clínico e ginecológico. Essa variação de sintomas pode dificultar o diagnóstico e estar associada a um aumento da morbidade e mortalidade.

O nível sérico de BHCG foi de 5718,4 UI/L, valor inferior ao esperado para uma gestação de sete semanas (6000 a 7000 UI/L) — compatível com o diagnóstico ultrassonográfico¹¹. A presença de níveis elevados de BHCG sérico é um indicativo de gravidez, sendo que em uma GE existe uma diferença crucial das demais gestações: não se verifica o aumento dobrado dos níveis desse hormônio em um intervalo de 48 horas².

A ultrassonografia transvaginal e a dosagem seriada do BHCG possibilitam a identificação precoce de uma GE. Quanto mais precoce o diagnóstico, mais rápida é a abordagem terapêutica e o risco de complicações é menor¹². Entretanto, é um desafio fazer um diagnóstico pré-operatório de GO devido aos sintomas clínicos inespecíficos e à compreensão insuficiente das características ultrassonográficas dos indivíduos com GO⁵.

Apesar de o avanço da ultrassonografia transvaginal permitir que o diagnóstico pré-operatório da GO seja facilitado⁵, foi reportado na literatura que as manifestações ultrassonográficas de GO são frequentemente atípicas. O típico seria mostrar um anel ecogênico duplo numa massa hipoeoica com ou sem embrião e o córtex ovariano^{2, 10}. Além disso, as manifestações são ambíguas com corpo lúteo ovariano, o que faz com que apenas 11,0% dos casos sejam diagnosticados precisamente no período pré-operatório² e muitas sejam erroneamente diagnosticadas como corpo lúteo ou gravidez tubária via USG^{2,5}. Assim, deve-se atentar para que uma GO não seja confundida

com outras condições ovarianas, entretanto nenhum critério ultrassonográfico específico foi descrito, sendo os achados ultrassonográficos relatados individuais de cada caso⁵.

O diagnóstico é desafiador devido à sua apresentação não específica³, e quando identificada, a bolsa gestacional está frequentemente rompida, pois o tecido ovariano possui pouca elasticidade e não consegue se expandir². O diagnóstico tende a ser difícil, geralmente, ao requerer um exame operador dependente, o qual é o US transvaginal, e os sinais ecográficos podem variar de cada caso.

O diagnóstico cirúrgico via laparotomia exploratória pode ser usado para os casos em que o diagnóstico de GO não foi previamente estabelecido. Em 1878, Otto Spiegelberg, ginecologista alemão, descreveu quatro critérios que ainda permanecem como padrão para diagnóstico de GO intraoperatório: 1) tubas e fimbrias ipsilaterais intacto e separadas do ovário; 2) um saco gestacional que ocupa a posição do ovário; 3) o ovário com o saco gestacional deve estar ligado ao útero pelo ligamento ovariano; e 4) tecido ovariano na parede do saco gestacional^{4,13}. Tal diagnóstico foi realizado corretamente somente em 28,0% dos casos relatados pela literatura, sendo que os demais dependeram do exame histopatológico⁵. Esses números ilustram a complexidade do diagnóstico, haja vista que tanto o pré-operatório quanto o intraoperatório podem ser insuficientes para uma conclusão correta de cada caso.

O córtex ovariano é fino e sem elasticidade, e em função disso, a gravidez ovariana quase sempre se rompe. A descoberta de trompas de Falópio intactas e lesões hemorrágicas na superfície ovariana é frequentemente usada para diagnosticar GO rompidas durante as laparoscopias, sendo que o tecido gestacional pode ou não ser visível na cavidade pélvica². No entanto, ainda é difícil diferenciar esse quadro de um corpo lúteo ovariano e de um aborto tubário, reafirmando a complexidade do diagnóstico concreto^{2,5}.

Um tratamento possível para GO é o Metotrexato sistêmico (MTX). A forma do tratamento depende do valor inicial do BHCG. Quando os níveis são menores que 5.000 mUI/mL, usa-se a dose única de MTX 50 mg/m² intramuscular (IM). Caso os valores de BHCG forem superiores a 5.000 mUI/mL, é empregado o protocolo com múltiplas doses de MTX. Entretanto, se o embrião estiver vivo, é realizado o tratamento local guiado por USTV com injeção de MTX no interior do saco gestacional na dose de 1 mg/kg. Quando os níveis de BHCG forem maiores que 5.000 mUI/mL, complementa-se o tratamento com o protocolo de múltiplas doses via sistêmica, iniciando no dia seguinte ao da punção¹⁴. Geralmente, para as múltiplas doses, são indicadas quatro injeções endovenosas de MTX 1mg/Kg-1 e quatro IM¹¹.

Embora o tratamento medicamentoso possa ser administrado em pacientes com sinais vitais estáveis, ele deve ser realizado sob monitoramento rigoroso, em função do risco de sangramento abdominal — esse risco é devido ao aumento do coágulo formado após necrose do saco embrionário, o que pode acelerar o rompimento de lesões intravasculares². Foi relatado que, em uma série de 1626 laparoscopias conservadoras sem MTX para GE, a taxa de sucesso foi de 93%, evidenciando que a resolução definitiva não inclui necessariamente o MTX no tratamento¹¹.

Portanto, há evidências na literatura de que o tratamento cirúrgico isolado, em pacientes sem outra GO, apresentou resultados satisfatórios e tem sido mais utilizado, como no caso relatado. Além disso, optou-se pela intervenção cirúrgica em razão do tamanho da gestação ectópica no presente caso, associado à presença de atividade cardíaca dos produtos conceptuais. A conduta na gestação ectópica é baseada em parâmetros, entre eles o tamanho da massa, que deve ser de até 4 cm de maior diâmetro para o tratamento clínico¹².

No presente relato de caso a paciente foi submetida a uma videolaparoscopia, tratamento de escolha escolhido para 50% das pacientes com 7 a 8 semanas de amenorreia, sendo que o procedimento por meio de laparoscopia, pode ser realizado em 43,0%, 47,0% e 10,0% para durações de amenorreia < 6, 9 a 10 e > 10 semanas de gestação, respectivamente². Além disso, o tratamento preconizado, geralmente, é cirúrgico conservador, isto é, tem como objetivo poupar a maior parcela de tecido ovariano, com retirada apenas do tecido ectópico. Dessa forma, é possível remover tecidos com precisão e evitar danos às estruturas reprodutivas¹¹, tendo sido este o tratamento realizado no caso aqui descrito. A literatura aponta preferencialmente a via laparoscópica, em função do menor tempo de internação, dos menores custos e da recuperação mais rápida².

Durante a operação, foi visualizado pequeno hemoperitônio e tuba uterina a direita íntegra, compatível com processo de abortamento devido à presença de coágulos na porção ampular da tuba. Foi utilizada a técnica de ordenha sistemática e atraumática de tuba direita com expulsão de restos do produto da concepção. Todos os critérios de Otto Spiegelberg puderam ser observados durante a laparoscopia. Apesar desses critérios intraoperatórios favorecerem o diagnóstico de GO, ainda é difícil diferenciar uma gravidez ovariana de um cisto ovariano hemorrágico no momento da cirurgia⁴. Dessa forma, o exame anatomopatológico é de suma importância, ao ser a ferramenta que permite, de fato, confirmar o diagnóstico de GO. O objetivo de tal exame é eliminar as gestações abdominais primárias e as enxertadas no ovário, mas resultantes de aborto tubo-abdominal, e aquelas nas quais o ovário não é o local exclusivo de implantação¹⁰.

Como tratamento, apesar de as recomendações serem associação da técnica cirúrgica com o uso de metotrexato, percebe-se na literatura que o tratamento cirúrgico isolado, em pacientes que não apresentam riscos de ter outra GO, tem apresentado bons resultados, e, portanto, tem sido o mais utilizado, como neste relato de caso¹¹. Assim, o MTX é usado apenas nos casos em que não se observa o declínio de BHCG

apenas com o método cirúrgico¹⁴.

Os exames anatomopatológicos encontrados na literatura revelam tecido ovular infiltrado por tecido estranho compatível à GO não rota¹¹, enquanto os histopatológicos evidenciam material hemorrágico fibrinoso com células trofoblásticas que sobrepõem o estroma edematoso ovariano com um folículo normal^{3, 15}. No presente caso, o exame anatomopatológico evidenciou restos ovulares, sendo o material constituído por coágulos sanguíneos, vilosidades coriônicas com padrão de primeiro trimestre gestacional, células trofoblásticas e restos embrionários. No entanto, apesar das fortes evidências de GO, a amostra pode corresponder a conteúdo de gravidez tubária, fator que reforça o quão complexo é o diagnóstico de GO, pois ele é inespecífico na clínica, ao USG e à visualização laparoscópica⁴. Nem todos os relatos de GO deixam explícito que o diagnóstico foi confirmado pela patologia, apesar de ser o esperado³.

No que diz respeito à recorrência, a literatura relata que após uma Gravidez Ectópica (GE), há um aumento no risco de ocorrência de episódios subsequentes. É recomendado, portanto, um acompanhamento regular por um profissional de saúde para garantir a localização apropriada de gestações subsequentes⁸. Um estudo evidenciou que a taxa de recorrência após o primeiro episódio de GE é de aproximadamente 15,0%. Para mulheres com dois ou mais episódios prévios de GE, essa taxa aumenta para 25,0%¹⁴.

Outro ponto importante a ser levantado é a importância de um atendimento, não só individualizado, mas humanizado. Quando as mulheres passam pelo processo de abortamento, independente da causa primária, sua experiência é física, emocional e social, sendo o acolhimento e a orientação essenciais para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres nessa situação. Isto significa que a equipe de atendimento deve dar um tratamento digno e respeitoso e a escuta ao paciente, além de repassar informações necessárias à condução do processo pela mulher e à tomada de decisões e ao autocuidado¹⁶.

CONCLUSÃO

Relatou-se um caso de difícil diagnóstico, que tem todos os critérios para gravidez ovariana, mas que ao anatomopatológico pode corresponder a uma gestação ectópica tubária. Isso destaca a complexidade de se fazer um diagnóstico preciso da gravidez ovariana. A correta identificação da gravidez ectópica por meio da ultrassonografia transvaginal contribuiu significativamente para o manejo precoce da condição, resultando em uma redução das complicações e em desfechos clínicos mais favoráveis.

PARTICIPAÇÃO DOS AUTORES NO TEXTO: Nathália Letícia Borges de Matos: Validação, Investigação, Recursos, Escrita - Rascunho original, Redação - Revisão e Edição, Visualização. Rafaela Siqueira Costa Schreck: Validação, Investigação, Recursos, Redação - Revisão e Edição. Victória Carolina Barcelos Fonseca: Validação, Investigação, Recursos, Escrita - Rascunho original, Redação - Revisão e Edição, Visualização. Valquíria Fernandes Marques Vieira: Conceitualização, Metodologia, Validação, Investigação, Recursos, Redação - Revisão e Edição, Visualização, Supervisão, Administração de projetos.

REFERÊNCIAS

1. Thanasa E, Thanasas I, Koutalia N, Mousia M. Tratamento Cirúrgico da Gravidez Ovariana. Case rep. *Obstet Gynecol.* 2021;66:18751. Doi: <https://doi.org/10.1155/2021/6618751>.
2. Ren F, Liu G, Wang T, Li M, Guo Z. Gravidez ectópica ovariana não rota: dois relatos de casos e revisão da literatura. *Front. Physiol.* 2022;1036365. Doi: <https://doi.org/10.3389/fphys.2022.1036365>.
3. Almahloul Z, Amro B, Nagshabandi Z, Alkiumi I, Hakim Z, Wattiez A, et al. Gravidez ovariana: 2 relatos de casos e uma revisão sistemática. *J Clin Med.* 2023;12(3):1138. Doi: <https://doi.org/10.3390/jcm12031138>.
4. Bouab M, Touimi AB, Jalal M, Lamrissi A, Fichtali K, Bouhya S. Diagnóstico e tratamento da gravidez ovariana ectópica: relato de caso raro. *Rev Int Rel Casos Cirurg.* 2021;91:10674. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.106742>.
5. Ge L, Sun W, Wang L, Cheng L, Geng C, Song Q, et al. Classificação ultrassonográfica e análise clínica da gravidez ovariana: um estudo de 12 casos. *J Gynecol Obstet Hum.* 2019;48(9):731-7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2019.04.003>.
6. Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. Incidência, diagnóstico e tratamento de gravidezes ectópicas tubárias e não tubárias: uma revisão. *Pesq Prát Fertil.* 2015;1:15. Doi: <https://doi.org/10.1186/s40738-015-0008-z>.
7. Campos FA, Diamante AC, Ribeiro IR, Pereira GV, Daher LA, Santos PR. Uso prolongado de DIU como fator de risco para Gravidez Ectópica. *BJD.* 2021;7(11):106324-34. Doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-324>.
8. Louis J, Kalder M, Kostev K. Fatores de risco para gravidez ectópica na Alemanha: um estudo retrospectivo de 100.197 pacientes. *GMS Ger Med Sci.* 2017;15. Doc19. Doi: <https://doi.org/10.3205/000260>.
9. Scutiero G, Gioia PD, Spada A, Greco P. Gravidez ovariana primária e seu manejo. *JLS.* 2012;16(3):492-4. Doi: <https://doi.org/10.4293/108680812X13462882736385>.
10. Zoukar O, Zouari I, Jemaa Y, Aissa R, Mnejja A, Bayar A, et al. La grossesse ovarienne à propos d'un cas et revue de la littérature. *PAMJ.* 2021;40(208). Doi: <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.40.208.32011>.
11. Bigolin S, Fagundes DJ, Detoni AF, Rivoire HC. Gravidez ovariana íntegra: tratamento cirúrgico videolaparoscópico. *Rev Col Bras Cir.* 2007;34(2):135-7. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000200015>.
12. Bernardes LS, Lara GB, D'Avila AM, Afonso A. Gravidez ectópica tubária gemelar unilateral: Relato de caso. *Rev Med Minas Gerais.* 2018;28(5):e-S280527. Doi: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20180139>.
13. Bhat CS, Reddy NS, Vembu R, Pandurangi M. Gravidez ectópica extrauterina dupla: duplo manejo. *Relatórios de casos do BMJ.* 2021;14(11):e244417. Doi: <https://doi.org/10.1136/bcr-2021-244417>.
14. Lombardi W, Lombardi LB, Vanni FP, Sala AR, Silva FV, Marcinkevicius JA, et al. "Laparotomia de urgência por gravidez gemelar tubária: um raro relato de caso. *BJHR.* 2023;(3):9477-83. Doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-086>.
15. Hans P, Gunjan G. Gravidez ovariana. *Cureus.* 2022;(11). Doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.31316>.
16. Lima LM, Gonçalves SS, Rodrigues DP, Araújo AS, Correia AM, Viana AP. Cuidado humanizado às mulheres em situação de abortamento: uma análise reflexiva. *Rev Enferm UFPE on line.* 2017;(12):5074-8. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25126p5074-5078-2017>.

Recebido: 15.07.2024

Aceito: 25.02.2025