

MIOMECTOMIA DURANTE PARTO CESÁREO: RELATO DE DOIS CASOS REALIZADOS

No, L.J., Linhares, A.S.; Chinen, P.A.; Sun, S.Y.; Mattar, R.; Signorini Filho, R.C.

Escola Paulista de Medicina - UNIFESP

Resumo

Introdução: O leiomioma uterino é o principal tumor benigno do trato genital feminino, e na gravidez se relaciona às complicações obstétricas como apresentações anômalas fetais, rotura prematura de membranas e trabalho de parto prematuro. Pela apresentação anômala, incoordenação uterina e distócia funcional, decorrentes do leiomioma, pode haver impossibilidade de parto vaginal e necessidade de parto operatório. **Caso 1:** GVS, 30 anos, primigesta, encaminhada ao pré-natal de alto risco da EPM-UNIFESP com 14 5/7 semanas por história prévia de tromboembolismo pulmonar e leiomiomatose uterina, com múltiplas formações nodulares miometriais hipocogênicas ao ultrassom. Evoluiu com aumento pressórico na 36ª semana, e parto cesáreo com 38 semanas por leiomioma justacervical obstruindo canal de parto e impedindo insinuação fetal. No intraoperatório, realizou-se histerotomia segmentar oblíqua devido aos nódulos ístmicos e corporais anteriores, com miomectomia tática por dificuldade de histerorrafia, sem intercorrências e com preservação do útero. **Caso 2:** MS, 39 anos, primigesta, iniciou acompanhamento no ambulatório de “Neoplasias e Gestação” da EPM-UNIFESP na 22ª semana por leiomiomatose uterina. Com 38 1/7 semanas, ao toque vaginal, não foi possível identificar o OEC ou apresentação pela presença de volumosa massa endurecida de origem uterina. Feto estava em apresentação cômica ao ultrassom. Foi realizado parto cesáreo com 39 1/7 semanas, identificando massa pediculada em parede corporal posterior aderida em fundo de saco com rechaço anterior do colo uterino e obstrução do canal de parto. Optou-se pela miomectomia no mesmo tempo cirúrgico, que transcorreu sem intercorrências. **Discussão:** O risco de complicações obstétricas e a necessidade de intervenção cirúrgica no parto aumentam com a leiomiomatose uterina. Nos casos relatados, a apresentação anômala e a obstrução do canal de parto inviabilizaram a insinuação fetal e o parto vaginal, sendo indicado o parto cesáreo. A miomectomia no mesmo ato cirúrgico foi indicada pelas condições anatômicas favoráveis. Sem necessidade de hemotransfusão ou reintervenção cirúrgica, evoluíram bem no puerpério.

Referências

1. Qidgai GI, Caughey AB, Jacoby AF (2006). Obstetric outcomes in women with sonographically identified uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol* 107(2 Pt 1): 376-382;
2. Lippman SA, Warner M, Samuels S, Olive D, Vercellini P, Eskenazi B (2003) Uterine fibroids and gynecologic pain symptoms in a population-based study. *Fertil Steril* 80(6):1488–1494
3. Vitale SG, Tropea A, Rossetti D, Carnelli M, Cianci A (2013). Management of uterine leiomyomas in pregnancy: review of literature. *Updates Surg*;
4. Derbant A, Turhan NO (2009). Acute urinary retention caused by a large impacted leiomyoma. *Arch Gynecol Obstet* 280: 1045-1047;
5. Zaima A, Ash A (2011) Fibroid in pregnancy: characteristics, complications, and management. *Postgrad Med J* 87:819–828;
6. Ouyang DW, Economy KE, Norwitz ER (2006) Obstetric complications of fibroids. *Obstet Gynecol Clin N Am* 33:153–169;

7. Vergani P, Ghidini A, Strobelt N, Roncaglia N, Locatelli A, Lapinski RH, Mangioni C (1994). Do uterine leiomyomas influence pregnancy outcome? *Am J Perinatol* 11:356–358;
8. Exacousto's C, Rosati P (1993) Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. *Obstet Gynecol* 82:97–101.