

LITOPÉDIO EM PREGNHEZ ABDOMINAL EM MULHER DE 73 ANOS

Lithopedion in abdominal pregnancy in a 73 years old woman
Case Report*

MENDES, Eliane Terezinha Rocha**

SHIBATA, Luzia Mariko***

GAZI, Bashir Mussa****

MIZUKAMI, Maristella Hitomi*****

PATAH, Luciano Eduardo Maluf*****

REIS, Átila Viscardi*****

MENDES, E.T.R. et al. Litopédio em prenhez addominal em mulher de 73 anos: Relato de caso. Arq. Med. ABC, 17(1-2): 21-24 1994..

Resumo: Os autores relatam um caso raro de litopédio, produto de uma prenhez ectópica abdominal com aproximadamente 33 anos de retenção, o qual foi um achado intra-operatório numa mulher de 73 anos submetida a laparotomia por apendicite em 10/12/92 no Hospital Municipal de Santo Andre - SP.

Unitermos: Litopédio, Gravidez abdominal, Apendicite.

INTRODUÇÃO

A calcificação de partes fetais e/ou suas membranas têm sido documentada desde o século XVI. O primeiro caso de espécime extraído de abdômen feminino foi o LITOPÉDIO DE SENS ("Lithopedium Sensosesis, 1582") o qual ficou imortalizado entre os anglo-saxões e citado na célebre novela "Tristane Shandi". (2)

A capacidade do organismo materno de tolerar a permanência de um ovo retido é muito grande, haja vista as retenções prolongadas de 20, 30 ou mais anos, sem que ocorram alterações graves ou complicações desta retenção.

Kuchenmelster criou em 1881, um sistema de classificação para calcificação de partes fetais ou membranas retidas a qual é utilizada até hoje:

1- LITOQUÉLIFO: As membranas fetais são calcificadas e o feto apresenta vários graus de degeneração.

2- LITOQUÉLIFOPÉDIO: Feto e membranas fetais são calcificados.

3- LITOPÉDIO: Somente o feto é calcificado.

Após a retenção o feto macera-se com a reabsorção progressiva do líquido intra-ovular, se diseca por desidratação asséptica (mumificação), podendo sofrer saponificação, isto é, ocorrer a transformação dos músculos e partes moles em massa constituída de ácidos graxos e sabões (lipocere e adipocere) ou terminar pela reabsorção total das partes moles (esqueletização). (1,2,4,5,6)

As condições necessárias para que ocorra a formação de um litopédio são:

- 1- A gravidez seja extra-uterina.
- 2- Sobrevivência do feto na cavidade abdominal por no mínimo 3 meses.
- 3- Não ser diagnosticado.
- 4- Os produtos da concepção devem se manter assépticos.
- 5- Haver condições favoráveis para deposição de cálcio. (2)

Assim sendo conclui-se que o desenvolvimento de um litopédio é muito raro.

Relataremos o caso de uma mulher de 73 anos submetida a uma laparotomia exploradora por apendicite na qual foi constatada a presença de um litopédio na cavidade abdominal.

RELATO DE CASO

Mulher de 73 anos, parda, amasiada (segundo parceiro

* Trabalho realizado no Hospital Municipal de Santo André - SP

** Professora Auxiliar de Ensino na Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC.

***Residente da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da FMABC.

****Residente da Disciplina de Cirurgia Geral da FMABC.

*****Acadêmicos do 6º ano de medicina da FMABC.

há 30 anos), profissão do lar, natural de Maceió(Alagoas) e procedente de Santo André(São Paulo) há 25 anos, deu entrada no Pronto Socorro Geral do Hospital de Santo André no dia 10 de Dezembro de 1992 com queixa de dor abdominal há 18 horas. A paciente apresentava dor em queimação, mais intensa em fossa ilíaca direita, com irradiação para o membro inferior direito e acompanhada de parada de eliminação de flatus e fezes, vômitos e febre não medida há 1 dia.

Como antecedentes pessoais, a paciente referiu diabetes mellitus tipo II há 13 anos (sem tratamento), hipertensão arterial sistêmica há 30 anos, em uso de Adalat (2 comprimidos ao dia), acidente vascular cerebral há 18 meses. Com relação aos antecedentes ginecológicos e obstétricos, a paciente apresentou 2 gestações com 2 partos normais e nenhum abortamento (primeiro parto há 50 anos e o último há 47 anos, ambos no primeiro casamento), menopausa aos 40 anos de idade. Segundo informações colhidas de familiares, a paciente apresentou, pouco antes de entrar no climatério, quadro de dor abdominal incomum, atraso menstrual e sintomas sugestivos de gravidez, sem haver no entanto, confirmado o diagnóstico.

Ao exame físico, a paciente apresentava-se em regular estado geral, consciente, lúcida, contactuante, orientada, corada, desidratada ++/4, dispneica, acianótica, anictérica, afebril, PA:100 x 70 mmHg, FC: 100 bpm, Temp: 36,5 graus C. O abdômen encontrava-se globoso, normotenso, doloroso à palpação superficial e profunda, mais intensamente em fossa ilíaca direita e hipogástrio, sem

visceromegalias, descompressão brusca negativa e ruídos hidro-aéreos ausentes.

Tendo em vista a história e exame físico da paciente, foram feitas as hipóteses diagnósticas de abdômen agudo inflamatório por apendicite ou por perfuração intestinal, sendo então solicitados os exames subsidiários: hemograma - apresentava discreta leucocitose sem desvios; urina - sem alterações; radiografia abdominal - não apresentava sinais de bloqueio de alças intestinais ou níveis hidroaéreos. Foi visualizado porém, uma imagem radiopaca a nível pélvico, sendo sugerida a hipótese de ser o útero calcificado.

Devido a piora do estado geral da paciente, optou-se pela intervenção cirúrgica, realizando-se a laparotomia exploradora no dia 10/12/92.

Durante o ato cirúrgico, observou-se o apêndice com arcos de necrose e pontos de perfuração, presença de fezes e secreção purulenta na cavidade abdominal. Ao realizar o inventário da cavidade abdominal, notou-se a presença de uma estrutura pétreo em região de fundo de saco posterior (retro-uterina) o que, a princípio, parecia tratar-se de um fragmento ósseo ingerido pela paciente que perfurou o intestino. Optou-se pela retirada do fragmento ósseo. Após uma observação mais detalhada do fragmento conclui-se que se tratava de um fêmur fetal humano. Realizado nova exploração da cavidade abdominal, foi encontrada massa de consistência pétreo em região retro-uterina. Foi retirada e verificado que se tratava de litopédio (fig. 1, 2, 3 e 4).

No pós-operatório, a paciente evoluiu com quadro de descompensação diabética, infecção de sutura de parede e



Figura 01

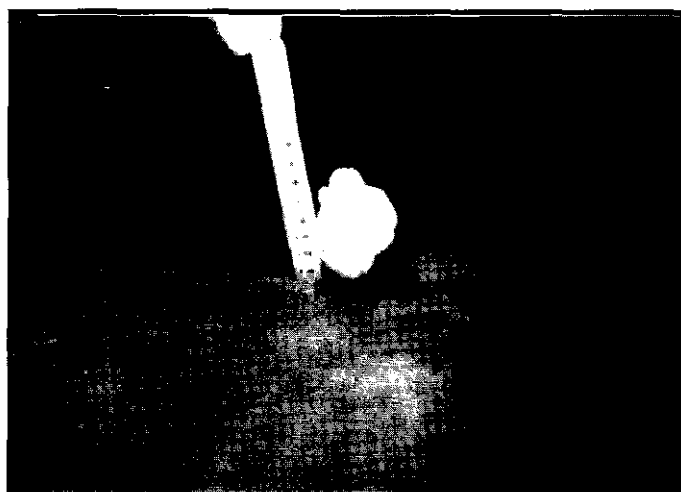




Figura 03



Figura 04

evisceração. Foi submetida, no sétimo dia de pós-operatório, a nova cirurgia para limpeza local e resutura da parede abdominal. Acrescentou-se a antibioticoterapia vigente (cefalosporina de primeira geração-Keflin), cloranfenicol (quemicetina), aminoglicosídeo (amicacina) e metronidazol (flagyl). A cultura com antibiograma da secreção purulenta presente na cicatriz apresentou: *E. coli*, *Enterobacter sp*, *Streptococcus faecalis*, *Proteus sp* e *Pseudomonas sp*. Foi introduzido Tienan e suspensos os outros antibióticos, exceto o cloranfenicol.

A paciente evoluiu satisfatoriamente, com melhora da infecção e da descompensação diabética, recebendo alta hospitalar em 21 de Janeiro de 1993 (quadragésimo primeiro dia pós operatório).

A paciente retornou ao nosso serviço após 5 dias (26/01/93) com quadro de confusão mental. Foi diagnosticado acidente vascular cerebral. Houve piora no quadro clínico com aparecimento de uma broncopneumonia aspirativa e a paciente veio a óbito em 04 de Fevereiro de 1993.

DISCUSSÃO

A formação de um litopédio em gravidez ectópica abdominal e sua permanência por longo tempo é extremamente rara.

A incidência da formação de litopédio varia de 1:1.000 a 1:700.000 casos. DUCHET ao estudar 128 casos de litopédio concluiu que 70% destes são retirados com mais de 5 anos e apenas 40% mantem-se por mais de 20 anos(2). Atualmente é cada vez mais difícil a chance de fetos em

desenvolvimento extra uterino, se calcificarem após morte e retenção, isto devido ao atendimento médico ser mais acessível e aos instrumentos diagnósticos auxiliares mais precisos nos modernos centros de saúde.

Das prenhez ectópicas, a abdominal só não é mais rara que a ovariana. Segundo ZUGAIB e col em 1985, sua incidência foi de 0,2% das prenhez ectópicas atendidas em seu serviço de 1943 a 1983.(3).

Ao contrário das gestações em outros sítios extra-uterinos, o abdominal pode progredir até o término da gravidez em decorrência da maior amplitude e liberdade para o desenvolvimento do feto. O prognóstico porém, costuma ser ruim devido às precárias condições locais para a manutenção da gravidez. Após a vigésima semana gestacional apenas 25% dos casos são viáveis. É elevada a incidência de retardo de crescimento fetal e mal formações ocorrem em 35% a 75% dos casos, sendo secundárias a pressão imposta sobre as partes fetais, resultantes da ausência da proteção fornecida pela parede uterina, a pequena quantidade de líquido amniótico e as condições desfavoráveis para a oxigenação fetal. (1,4,5).

Nos casos de gravidez abdominal, além dos sintomas e sinais de gravidez, o exame físico apresenta abdômen irregular, com feto alto em posição anômala (transversa ou oblíqua), as partes fetais estão superficiais à palpação ou estão abaixo das alças intestinais. Podem ocorrer aderências epiplóicas tornando difíceis e dolorosas as manobras palpatórias. Ao toque há dificuldade em se sentir o polo fetal que se apresenta, a cérvece pode encontrar-se deslocada e sem as modificações habituais. Excepcionalmente observa-se o corpo uterino aumentado.

e afastado do saco ovular, e sua individualização é difícil.

O exame ultrassonográfico pélvico revela cavidade uterina vazia, comprimida por massa constituída pelo feto e placenta. A prova da ocitocina não produz resposta na gravidez abdominal.

Os diagnósticos diferenciais incluem tumores ovarianos, miomas uterinos, massas inflamatórias inespecíficas, neoplasias intestinais, etc.

Diagnosticada a gravidez abdominal esta deve ser tratada. O tratamento aceito é o cirúrgico. Caso não tratado, a paciente pode apresentar algumas complicações como abscesso intraperitoneal, perfurações de alças ou bexiga, obstruções intestinais e outras. Não ocorrendo tais complicações, o organismo absorve as partes moles do feto dando oportunidade para o surgimento do litopédio.(1)

CONCLUSÃO

No presente relato, observa-se um caso raro de gravidez abdominal extra-uterina que apresentou uma resolução satisfatória. Chama a atenção o fato de não ter sido diagnosticada a gravidez apesar da paciente ter apresentado sinais e sintomas sugestivos de gestação há 40 anos (segundo dados colhidos com familiares). Provavelmente isto tenha ocorrido devido a precariedade do atendimento médico da época. Nos chama a atenção também a não investigação da dor abdominal que a paciente apresentava desde as manifestações de gravidez. Se tivesse sido investigada tal dor abdominal, certamente teria sido diagnosticada a prenhez, visto o aparecimento da imagem do feto num Rx simples de abdomen.

O organismo materno conseguiu uma perfeita resolução para a gravidez, absorvendo as partes moles, restando apenas o esqueleto do feto e lá o manteve até sua descoberta

40 anos após, devido a uma laparotomia por apendicite. Importante para sua descoberta foi o cuidado do cirurgião no inventário da cavidade abdominal, apesar de já se saber o motivo do abdomen agudo (apendicite).

Levantamentos nos últimos 10 anos sobre casos semelhantes reforçam a raridade do caso. Provavelmente se a paciente não tivesse apresentado tal quadro abdominal, este caso de litopédio não seria por nós relatado.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. JEFFCOATE, N. Gravidez ectópica. In: JEFFCOATE, N. **Princípios de ginecologia**. 4º ed. São Paulo Manole, 1971. cap.13, p. 253 - 268.
2. MUKHOPADHYAY, B. Lithopedion - An unusual abdominal lump. *J.Indian Med. Assoc.*, 89(9): 278-9, 1986.
3. NEME, B.; CHA, S.C.; NEME, E.S. Gravidez ectópica. In NEME, B. **Patologia da gestação**. 1º edição. Savier, 1988. cap. 20, p.319.
4. PEIXOTO, S. Gravidez ectópica. In: PEIXOTO, S. **Pré-natal**. 2º ed. São Paulo. Manole, 1981. cap. 28, p. 351 - 357.
5. LIMA, O. R. Morte do ovo. In: RESENDE, J. de. **Obstetrícia**. 2º ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1969. cap. 30, p. 667 - 673.
6. SPIRTOS, N.M. Lithokelyphos - A case report and literature review. *J.Reprod. Med.* 32 (1) : 43 - 6, 1987



DR. LECY MARCONDES CABRAL
Mestre em cirurgia plástica pela Escola Paulista de Medicina
Membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Fellow of the College International of Surgeons

Rua Dr. Scárifé, 82 - Tels.: 820-0802/7308 - CEP 04535-110 - V. N. Conceição
EMERGÊNCIA 24 HORAS - BIP: 100-8009 - Tel. 574-7500 - São Paulo - Brasil