

VIDEOHISTEROSCOPIA NO TRATAMENTO DE ÚTERO SEPTADO COMPLETO: UM RELATO DE CASO

Maurício Moretto Salvaro¹; Mariana Dornelles Frassetto²; Mariani Laurentino Jesuino²; Luísa Rosler Grings²; Maria Eduarda De Almeida Coelho²; Lucas Piovesan Maciel²; Denise Helena Piovesan Maciel³.

¹Acadêmico de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

²Acadêmico (a) de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

³Ginecologista e Obstetra, Docente da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

INTRODUÇÃO

Útero septado é uma malformação congênita, causado por defeito na fusão lateral dos ductos Mullerianos durante o desenvolvimento embrionário e está associado a maior incidência de intercorrências obstétricas, como aborto nos dois primeiros trimestres e parto prematuro. Configura-se pela presença de septo desde a linha mediana do fundo, resultando em divisão incompleta ou completa do útero. Ademais, apenas 14% das pacientes com útero septado apresentam septo completo.

RELATO DE CASO

Paciente de 30 anos, consulta por um abortamento tardio com quatorze semanas. Realizou uma ultrassonografia diagnosticando útero septado completo com fundo convexo e histerossalpingografia que também indicou útero septado e sinal de Cotte positivo. No toque vaginal, útero em anteversoflexão, indolor a mobilidade. Paciente foi submetida a videohisteroscopia cirúrgica com septoplastia e utilizou estrogênio por 20 dias após cirurgia. No retorno, paciente assintomática, realizada histeroscopia de controle com cavidade uterina de volume normal. Engravidou três meses após cirurgia, teve gestação a termo com parto cesárea sem intercorrências.

DISCUSSÃO

Videohisteroscopia cirúrgica é uma técnica minimamente invasiva, eficaz e segura no tratamento de septo uterino. O procedimento é realizado sob orientação laparoscopia para acompanhar a fundura da ressecção, assim, reduzindo o

risco de perfuração uterina e garantindo adequação do procedimento. Sendo realizado preferencialmente na fase folicular inicial do ciclo menstrual, época em que a espessura endometrial é mais delgada. A região da incisão é na porção caudal do septo, na linha média entre a parede anterior e posterior uterina. Ao ter a percepção que a cavidade uterina está se tornando ampla, o espaço dos óstios tubários deve ser identificado para perceber o momento de parar. Alguns métodos, como dispositivo intrauterino (DIU), tratamento hormonal com estrogênio ou terapia combinada com DIU e tratamento hormonal são utilizados no pós-operatório para prevenir adesões intrauterinas.

A cirurgia está indicada nos casos de abortos, infertilidade, trabalho de parto prematuro e outras intercorrências obstétricas atribuídas ao útero septado. Enquanto a realização da cirurgia profilática em pacientes com útero septado, sem perdas fetais ou complicações prévias é controversa. A correção cirúrgica resulta em prognóstico obstétrico favorável, com aumento da taxa de nascidos vivos e redução de até cinco vezes no número de abortos.

O caso relatado é um exemplo clássico de suspeita de mal formação uterina devido ao aborto espontâneo, que foi confirmado pelos exames de imagem. A indicação cirúrgica foi devido à perda fetal, com utilização apenas de estrogênio no pós-cirúrgico. Obteve-se um ótimo resultado cirúrgico e um bom prognóstico reprodutivo, uma vez que após cirurgia a paciente teve gestação a termo sem intercorrências.

REFERÊNCIAS:

1. AKHTAR, M.; SARAVELLOS, S.; LI, T.; JAYAPRAKASAN, K. Reproductive Implications and Management of Congenital Uterine Anomalies. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 127, n. 5, p. e1-e13, 2019.
2. GAUCHERAND, P.; AWADA, A.; RUDIGOZ, R. C.; DARGENT, D. (1994). Obstetrical prognosis of the septate uterus: a plea for treatment of the septum. **European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology**, v. 54, n. 2, p. 109–112, 1994.
3. SPITZER, R.; CACCIA, N.; KIVES, S.; ALLEN, L.. Hysteroscopic unification of a complete obstructing uterine septum: case report and review of the literature. **Fertility and sterility**, v. 90, n. 5, 2008.
4. SUGIURA-OGASAWARA, M et al. "Does surgery improve live birth rates in patients with recurrent miscarriage caused by uterine anomalies?." **Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology**, v. 35, n. 2, p. 155-158, 2015.