

Tratamento Histeroscópico de Produtos Retidos da Concepção e Uso de OXIPLEX IU na prevenção de aderências intrauterinas

IDENTIFICAÇÃO



Dr Adolpho Kelm

CRM 94636SP

adolphogineco@uol.com.br

Hospital Santa Casa de São Paulo

Coordenador da Histeroscopia no Setor de Endoscopia Ginecológica e Endometriose da Santa Casa de São Paulo

Membro da Comissão de Histeroscopia da Sociedade Brasileira de Endometriose e Cirurgia Minimamente Invasiva

QUADRO CLÍNICO PRÉ PROCEDIMENTO

Identificação

Paciente de 39 anos, branca, natural e procedente de Arujá-SP. Hígida, sem vícios, alergias. Ciclos menstruais anteriores regulares e de fluxo normal, usuária de injetável mensal há 2 anos, sem histórico de IST's, G5PC3A2, com desejo gestacional.

História da Doença

Em fevereiro de 2023, foi submetida a curetagem uterina após abortamento espontâneo de 9 semanas, procedimento que ocorreu sem intercorrências. Desde a alta hospitalar, manteve quadro de sangramento vaginal aumentado, com saída de coágulos e necessidade de uso de 5 absorventes noturnos diários.

As dosagens de betaHCG eram negativas. Realizou-se ultrassonografia pélvica transvaginal que evidenciou imagem sugestiva de restos ovulares. Assim, a paciente foi submetida a nova curetagem uterina em abril de 2023. Após o segundo procedimento, ainda manteve o quadro de sangramento abundante.

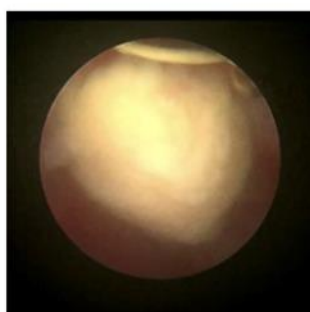
Exame Físico

Apresentava-se estável hemodinamicamente, com exame abdominal sem alterações. Ao exame ginecológico, evidenciava-se pequena quantidade de sangramento vaginal se exteriorizando pelo orifício cervical externo. Ao toque vaginal, percebia-se útero retrovertido, discretamente aumentado de volume, com mobilidade preservada, colo uterino impérvio e fibroelástico.

Exames complementares

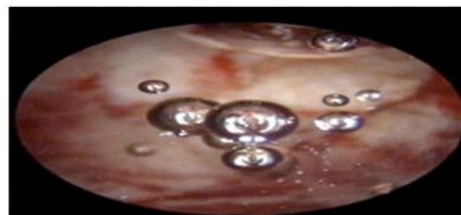
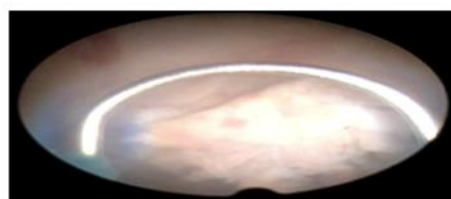
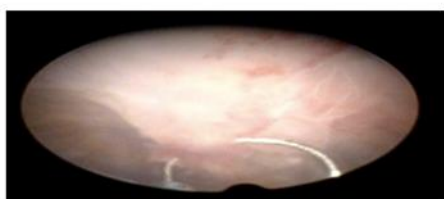
O valor de betaHCG era negativo. A ultrassonografia pélvica transvaginal com Doppler, feita em julho de 2023 revelava: "Útero em RVF, de forma típica e contornos regulares. Medidas uterinas de 7,4 x 5,5 x 4,7cm, vol 100 cc. Cavidade uterina contendo material heterogêneo, predominantemente hiperecogênico sem vascularização ao Doppler de aspecto inespecífico e que pode corresponder restos ovulares. EE 4 mm. Demais partes do exame sem alterações".

A histeroscopia diagnóstica evidenciou: "Canal cervical sem alterações, cavidade endometrial de tamanho normal, forma regular, óstio tubários visualizados bilateralmente, endométrio atrófico, vascularização típica. Presença de material amorfo sugestivo de restos ovulares em cavidade, principalmente em parede anterior. Impressão diagnóstica: restos ovulares". A biópsia do conteúdo foi compatível com os achados.



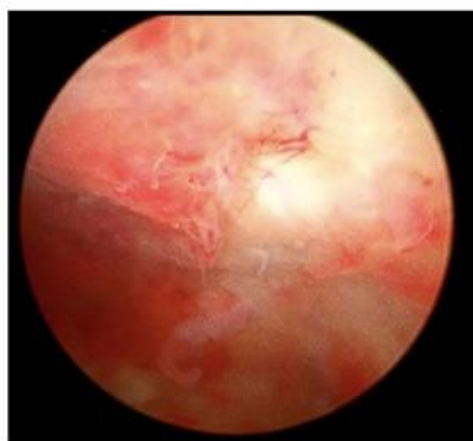
TRATAMENTO / PROCEDIMENTO

Indicou-se então histeroscopia cirúrgica sob anestesia para remoção do conteúdo sob visão. Procedimento transcorreu em julho de 2023, sem intercorrências. Foi utilizada energia bipolar com eletrodo tipo alça e meio de distensão soro fisiológico 0,9%. A duração foi de 10 minutos, e o balanço hídrico de 300ml. Ao final do procedimento foi aplicado gel composto por carboximetilcelulose (CMC) e oxido de polietileno (PEO)(OXIPLEX IU), gel de barreira de adesão, com objetivo de prevenção de formação de aderências intrauterinas. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório.



PÓS PROCEDIMENTO

Paciente foi submetida à histeroscopia diagnóstica de controle 4 semanas após o procedimento que evidenciou cavidade uterina sem nenhuma aderência.



DISCUSSÃO

As aderências intra-uterinas, também chamadas de sinequias, consistem na formação de tecido fibrótico cicatricial no interior do útero, secundário à traumas gerados em procedimentos cirúrgicos ou à infecções. Já em 1950, Asherman(1) descreveu as aderências como consequência de curetagens uterinas e que levavam a alterações menstruais como amenorreia ou hipomenorreia. Além das alterações menstruais, também podem causar subfertilidade, infertilidade e perdas gestacionais(2).

Qualquer cirurgia intrauterina pode precipitar a formação de sinequias, no entanto, a principal causa continua a ser a realização de curetagens uterinas e outros procedimentos intrauterinos realizados pós aborto ou pós parto(3). Infecções como endometrites e tuberculose genital também são fatores de risco para o surgimento de sinequias.

O padrão ouro para o diagnóstico é a histeroscopia(4,5) que permite avaliar a localização, extensão e densidade das traves fibróticas. O tratamento é reservado àquelas pacientes com infertilidade e/ou com sintomas como menstruação dolorosa. A via de abordagem recomendada é a histeroscópica.

Visto que mesmo após o tratamento cirúrgico pode haver recorrência das aderências intrauterinas, nos últimos anos, muito se tem estudado a respeito de formas de prevenção do aparecimento de sinequias. Métodos como uso de dispositivos intrauterinos, terapia hormonal, gel de barreira, entre outros, foram propostos. Nesse contexto, a aplicação de uma barreira mecânica como o gel Oxiplex no interior da cavidade uterina consiste em opção a ser considerada na prevenção da formação das aderências intra-uterinas. Além da barreira mecânica, o gel também age inibindo a ação dos fibroblastos. Seu uso em humanos já se demonstrou seguro(6).

Em 2011, Spiezo Sardo et al , em estudo com 110 pacientes divididas em 02 grupos (grupo 1 submetidas à cirurgia histeroscópica e uso do gel e grupo controle submetida apenas à cirurgia), observou-se que no primeiro grupo houve menor formação de sinequias moderadas e graves quando comparadas ao grupo controle(7).

CONCLUSÃO

Curetagens uterinas são procedimentos de risco elevado para a formação de sinéquias intra-uterinas. Em muitos lugares de nosso país, a curetagem uterina ainda é a única opção de tratamento de produto retidos da concepção. Medidas que evitem o surgimento de aderências intrauterinas irão beneficiar pacientes que são submetidas à procedimentos intrauterinos e que tenham desejo de futuro reprodutivo. Dessa maneira, o uso de gel OXIPLEX IU consiste em opção a ser considerada na prevenção da formação das aderências intra-uterinas pós curetagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASHERMAN JG. Traumatic intra-uterine adhesions. J Obstet Gynaecol Br Emp. 1950 Dec;57(6):892-6. doi: 10.1111/j.1471-0528.1950.tb06053.x. PMID: 14804168.
2. Kodaman PH, Arici A. Intra-uterine adhesions and fertility outcome: how to optimize success? Curr Opin Obstet Gynecol. 2007 Jun;19(3):207-14. doi: 10.1097/GCO.0b013e32814a6473. PMID: 17495635.
3. Berman JM. Intrauterine adhesions. Semin Reprod Med. 2008 Jul;26(4):349-55. doi: 10.1055/s-0028-1082393. PMID: 18756412.
4. Dreisler E, Kjer JJ. Asherman's syndrome: current perspectives on diagnosis and management. Int J Womens Health. 2019 Mar 20;11:191-198. doi: 10.2147/IJWH.S165474. PMID: 30936754; PMCID: PMC6430995.
5. Lee WL, Liu CH, Cheng M, Chang WH, Liu WM, Wang PH. Focus on the Primary Prevention of Intrauterine Adhesions: Current Concept and Vision. Int J Mol Sci. 2021 May 13;22(10):5175. doi: 10.3390/ijms22105175. PMID: 34068335; PMCID: PMC8153321.
6. Fuchs N, Smorgick N, Ben Ami I, Vaknin Z, Tovbin Y, Halperin R, Pansky M. Intercoat (Oxiplex/AP gel) for preventing intrauterine adhesions after operative hysteroscopy for suspected retained products of conception: double-blind, prospective, randomized pilot study. J Minim Invasive Gynecol. 2014 Jan-Feb;21(1):126-30. doi: 10.1016/j.jmig.2013.07.019. Epub 2013 Aug 14. PMID: 23954387.



7.Di Spiezio Sardo A, Spinelli M, Bramante S, Scognamiglio M, Greco E, Guida M, Cela V, Nappi C. Efficacy of a polyethylene oxide-sodium carboxymethylcellulose gel in prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic surgery. J Minim Invasive Gynecol. 2011 Jul-Aug;18(4):462-9. doi: 10.1016/j.jmig.2011.04.007. PMID: 21777835.

