

## Relato de caso

Mulher de 35 anos de idade, com desejo gestacional e diagnóstico de sinéquia intrauterina pós aspiração manual intrauterina (AMIU) por aborto, além de septo uterino parcial. Realizada histeroscopia com lise das sinéquias, septoplastia, e aplicação do gel Oxiplex IU para evitar a formação de novas sinéquias intrauterinas. A histeroscopia de controle após 40 dias revelou cavidade uterina de formato e volume regular, sem a presença de sinéquias uterinas.

### IDENTIFICAÇÃO



**Nome:** Mariana da Cunha Vieira

**CRM:** 151.741

**E-MAIL:** dramarianacvieira@gmail.com

**Cidade:** São Paulo

**Hospital das Clínicas / Hospital Beneficiência Portuguesa**

**Data do Procedimento:** 18 de maio de 2023

Formada em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Medicina do ABC.

Fellow em Histeroscopia pela Università degli Studi di Napoli “Federico II”, Napoli.

Fellow em cirurgia minimamente invasiva pelo Ospedale Sacro Cuore, Negrar.

Médica colaboradora do Setor de Endometriose do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas - FMUSP.

Preceptora do Programa de Fellow em cirurgia minimamente invasiva do Hospital Beneficiência Portuguesa.

Palestrante e instrutora no Curso de Histeroscopia do Instituto Europeu de Ciências Endoscópicas (EIES).



## QUADRO CLÍNICO PRÉ PROCEDIMENTO

### Apresentação clínica

Mulher de 35 anos de idade, com desejo gestacional, encaminhada devido à presença de sinéquias intrauterinas após a realização de aspiração manual intrauterina (AMIU) por aborto. Após o procedimento, a paciente realizou ultrassom transvaginal tridimensional, que evidenciou a presença do septo uterino parcial. Ademais, a paciente evoluiu com amenorréia, não sendo possível descartar eventuais sinéquias intrauterinas. Optou-se por realizar histeroscopia cirúrgica para a lise das sinéquias e septoplastia, com a aplicação do gel Oxiplex IU para evitar a formação de novas sinéquias intrauterinas.

### História da Doença

Mulher de 35 anos de idade apresentou gestação de 6 semanas, durante a qual o ultrassom obstétrico observou gestação viável compatível com a data da última menstruação e suspeitou de útero septado, não podendo ser descartado o diagnóstico diferencial de gestação cornual esquerda (**Figura 1**). Inicialmente, optou-se por monitorar o desenvolvimento da gestação, no entanto, com 8 semanas a paciente evoluiu com aborto incompleto. Realizou-se a aspiração manual intrauterina (AMIU) sem intercorrências.

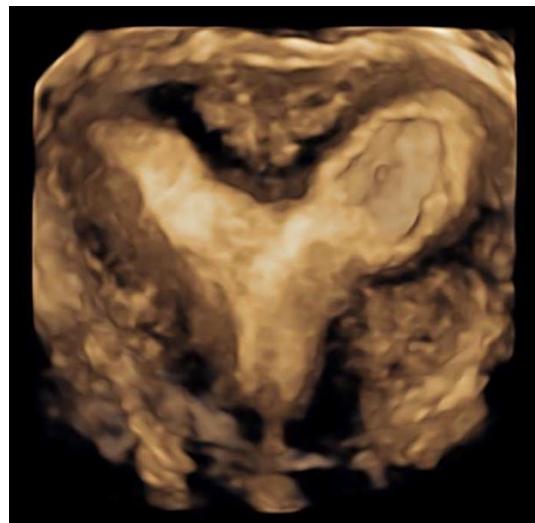
Após o procedimento, procedeu-se a ultrassonografia transvaginal tridimensional, que confirmou o diagnóstico de septo uterino parcial, com presença de septo muscular medindo 1.5 cm de profundidade e 4.2 cm de distância interostial (Classe U2A de acordo com a Classificação ESHRE/ESGE de anomalias congênitas do trato genital feminino) (**Figura 2**). Ademais, nos dois meses seguintes ao AMIU, a paciente evoluiu com amenorréia, não sendo possível descartar eventual sinéquia uterina como complicaçāo pós-AMIU.

Diante da situação clínica e do desejo reprodutivo da paciente, propôs-se a realização de histeroscopia cirúrgica. O objetivo principal do procedimento seria a remoção das aderências intrauterinas e a correção do septo por meio da septoplastia. Com objetivo de prevenir a formação de novas sinéquias, sugeriu-se a aplicação do gel Oxiplex IU ao final do procedimento.

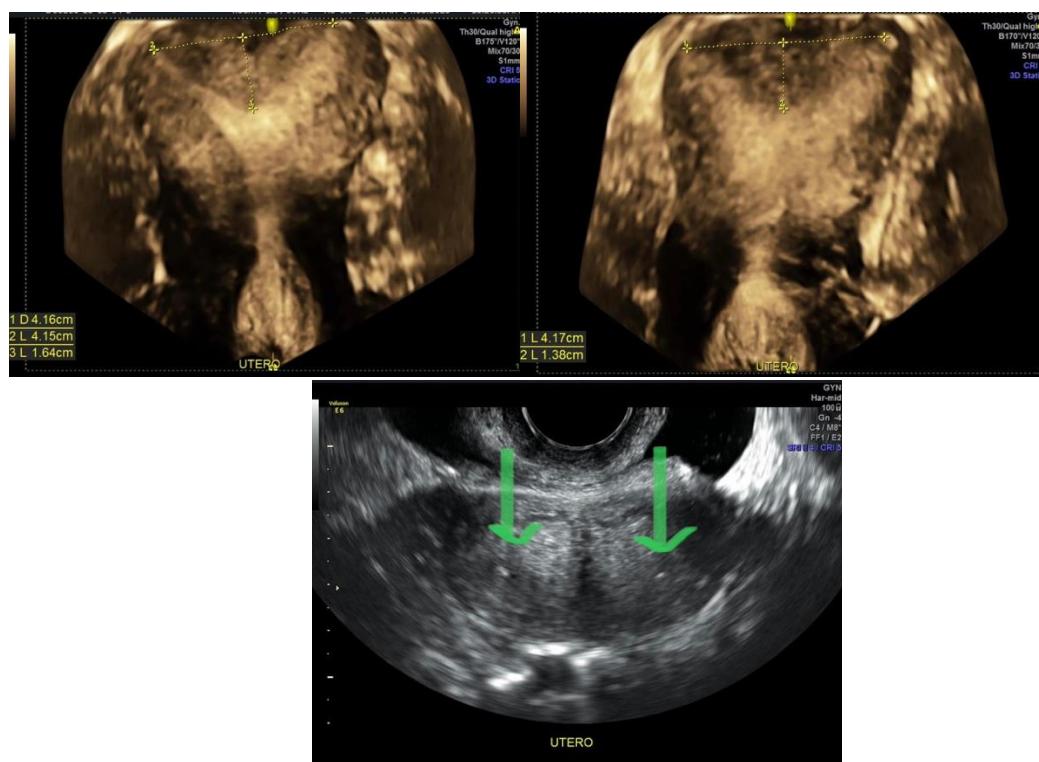


## Exames de imagem

**Figura 1.** Imagem de ultrassonografia transvaginal tridimensional evidenciando saco gestacional com embrião implantado na porção superior esquerda da cavidade e possível útero septado.



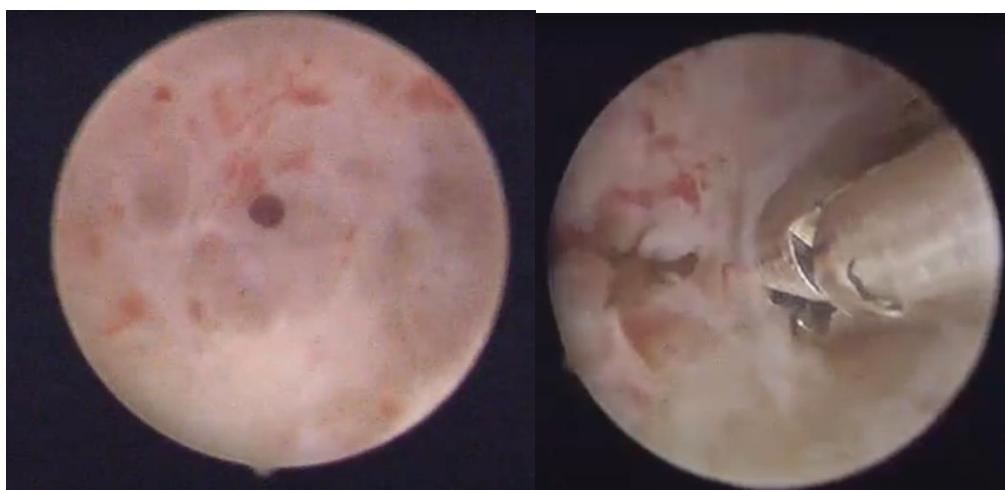
**Figura 2.** Imagem de ultrassonografia transvaginal tridimensional realizada após AMIU, evidenciando útero septado.



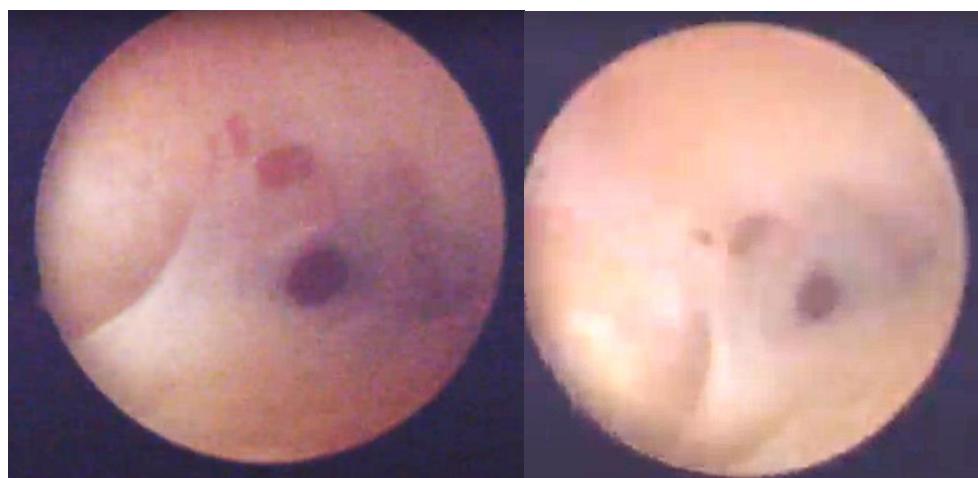
**TRATAMENTO / PROCEDIMENTO**

O procedimento foi realizado no centro cirúrgico, inicialmente com uso do Bettocchi, utilizando solução salina como meio de distensão uterina a uma pressão de aproximadamente 60 mmHg fornecida pela bomba de irrigação. Inicialmente, observou-se sinéquia em canal cervical, desfeita com o auxílio de grasping 5-Fr (**Figura 3**). Após dificuldade para acessar a cavidade uterina, evidenciou-se cavidade de volume regular, com presença de septo fúnido parcial de aproximadamente 2 cm e sinéquia em região cornual esquerda (área prévia de implantação do saco gestacional) (**Figura 4**). Com tesoura 5-Fr, realiza-se lise de sinéquias em região cornual esquerda. O uso de instrumentos mecânicos reduz o risco da formação de novas sinéquias, em comparação aos instrumentos com uso de energia.

**Figura 3.** Sinéquia em canal cervical, desfeita com grasping 5-Fr



**Figura 4.** Sinéquia em região cornual esquerda (área de implantação prévia do embrião), desfeita com tesoura 5-Fr



Após a lise de sinéquias, retirou-se o histeroscópio. Procedeu-se à dilatação cervical até vela de Hegar número 9 e introdução pelo canal cervical do ressectoscópio de 27-Fr com alça bipolar do tipo Collins.

A abordagem do septo uterino foi realizada com o uso da alça de Collins, na modalidade de corte, com ressecção do septo através da porção medial da septação, com movimentos suaves e bem direcionados da alça cortante, orientada do ápice em direção à base do septo. A septoplastia foi concluída quando se observou os óstios tubários claramente visíveis, a região fundica em contato com o miométrio, além da presença de pequenos vasos miometriais no fundo uterino. Ao posicionar o ressectoscópio na região ístmica, foi possível visualizar ambos óstios tubários alinhados. Para evitar a formação de novas aderências intrauterinas, ao final do procedimento, aplicou-se, sob visão direta, o gel Oxiplex/IU. Utilizou-se a entrada do histeroscópio para acoplar a seringa e inserir do gel na cavidade uterina, recuando o ressectoscópio do fundo uterino até o canal cervical. O procedimento ocorreu sem intercorrências e a paciente recebeu alta no mesmo dia.

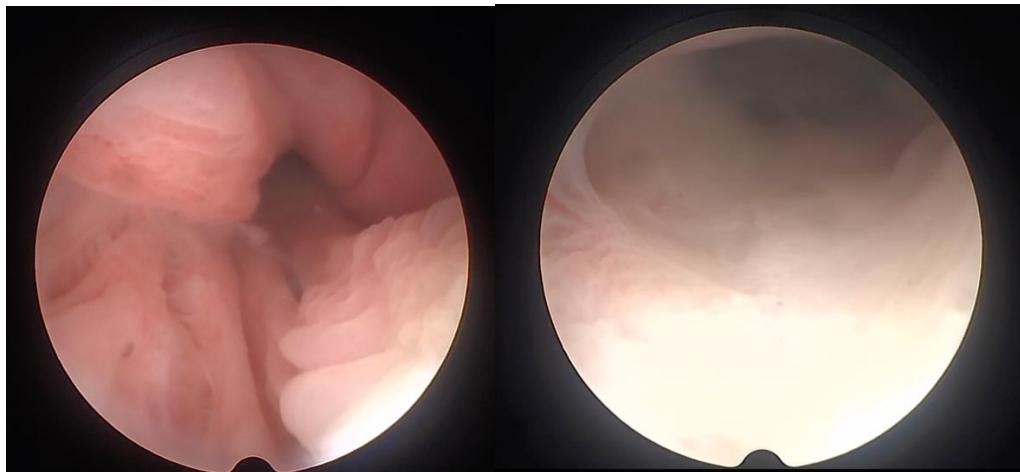
## PÓS PROCEDIMENTO

---

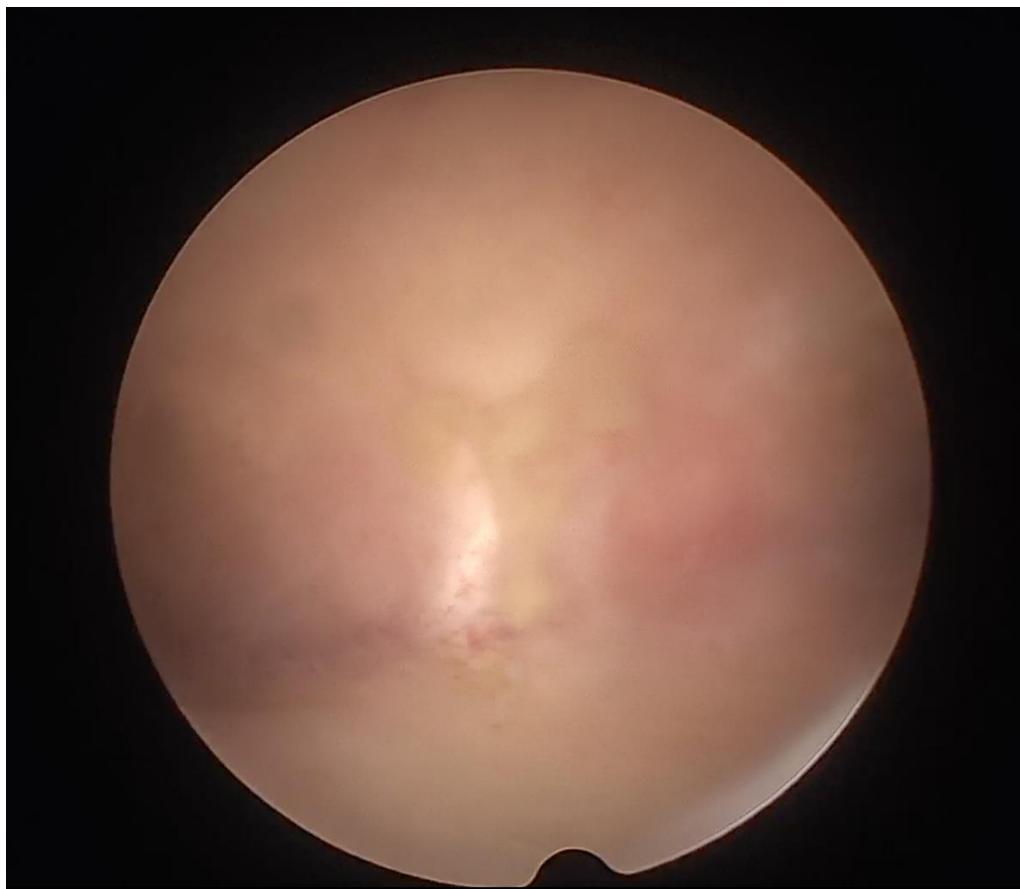
A paciente apresentou discreto sangramento vaginal por 5 dias e leve dismenorreia pós procedimento, sem necessidade do uso de analgésicos.

Após 40 dias da cirurgia, realizou-se a histeroscopia second look em consultório com o uso do Bettocchi, solução salina como meio de distensão uterina a uma pressão de aproximadamente 60 mmHg fornecida pela bomba de irrigação. O canal cervical apresentou-se pélvico, sem sinais de estenoses ou sinéquias (**Figura 5**), como evidenciado na histeroscopia cirúrgica. Ademais, tanto a região de ressecção do septo, como a região cornual esquerda não apresentaram sinéquias (**Figuras 6 e 7**). Na avaliação panorâmica, observou-se cavidade uterina de volume e formato regular, sem evidências de aderências intrauterinas (**Figura 8**).

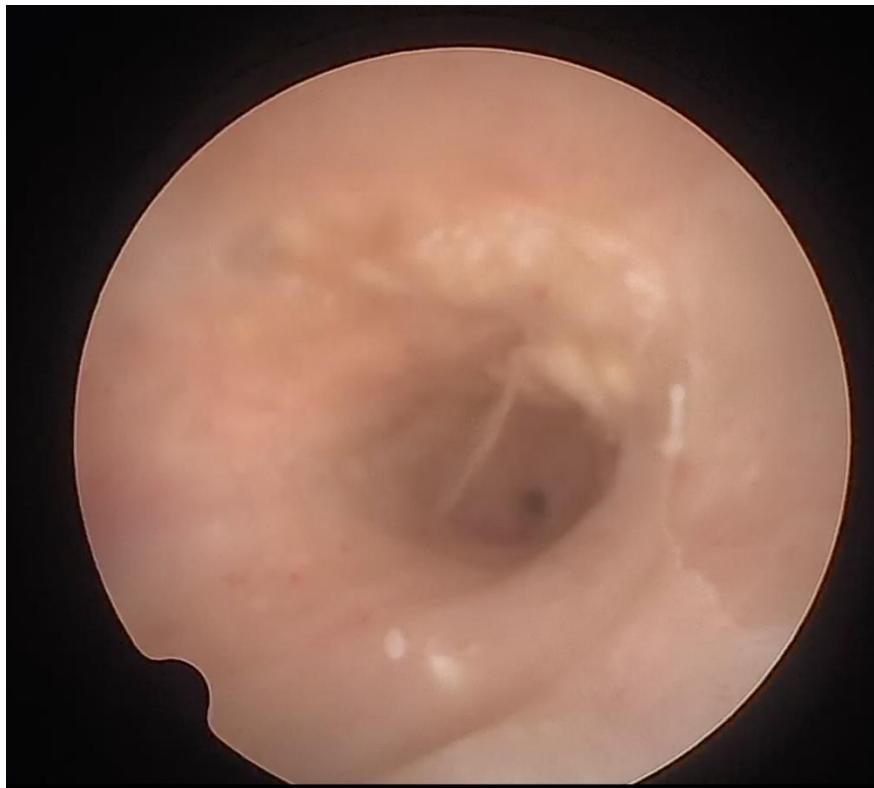
**Figura 5.** Canal cervical pérvio, sem estenoses ou sinéquias.



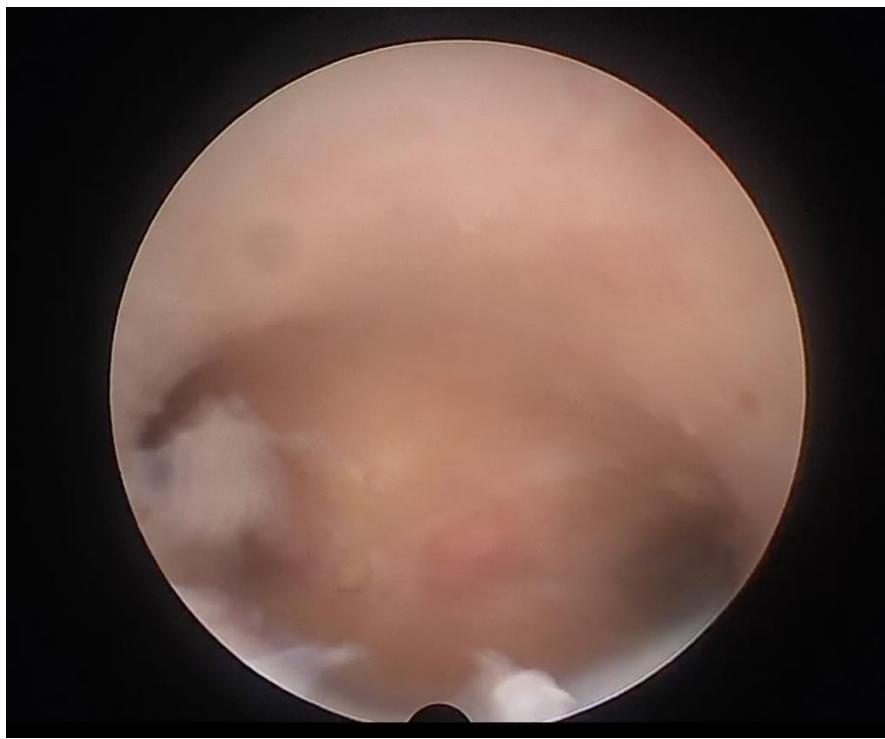
**Figura 6.** Região fúndica, área de ressecção do septo



**Figura 7.** Região cornual esquerda, área com sinéquia prévia.



**Figura 8.** Panorâmica da cavidade uterina na histeroscopia second look



## CONCLUSÃO

Este caso enfatiza a importância da abordagem individualizada em pacientes com alterações uterinas, especialmente quando há um desejo reprodutivo envolvido. A histeroscopia, em conjunto com a aplicação do gel OxiPlex IU, representa a estratégia ideal para tratar as sinéquias uterinas e corrigir septos uterinos, visando reduzir o risco de formação de novas sinéquias e otimizar as chances de futuras gestações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acunzo G, Guida M, Pellicano M, Tommaselli GA, Sardo Di SA, Bifulco G, Cirillo D, Taylor A, Nappi C. Effectiveness of auto-cross-linked hyaluronic acid gel in the prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic adhesiolysis: a prospective, randomized, controlled study. *Hum Reprod* 2003;18:1918–1921.
2. Bosteels J, Weyers S, D'Hooghe TM, Torrance H, Broekmans FJ, Chua SJ, Mol BWJ. Anti-adhesion therapy following operative hysteroscopy for treatment of female subfertility. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;11:CD011110. doi: 10.1002/14651858.CD011110.pub3.
3. Deans R, Abbott J. Review of intrauterine adhesions. *J Minim Invasive Gynecol* 2010;17:555–569.
4. Di Sardo SA, 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;18:462–469.
5. Do JW, Lee YW, Park HJ, Park YS. The effectiveness of hyaluronic acid + sodium carboxymethyl cellulose in the prevention of intrauterine adhesion after intrauterine surgery. *J Korean Gynecol Endoscopy Minimally Invasive Surg* 2005;17:112–117.
6. Guida M, Acunzo G, Spiezio Sardo A, DiBifulco G, Piccoli R, Pellicano M, Cerrota G, Cirillo D, Nappi C. Effectiveness of auto-crosslinked hyaluronic acid gel in the prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic surgery: a prospective, randomized, controlled study. *Hum Reprod* 2004;19:1461–1464.
7. Hooker AB, Leeuw R, deVen PM, van deBakkum EA, Thurkow AL, Vogel NEA, Vliet HAAM, vanBongers MY, Emanuel MH, Verdonkschot AEM. et al. Prevalence of intrauterine adhesions after the application of hyaluronic acid gel after dilatation and curettage in women with at least one previous curettage: short-term outcomes of a multicenter, prospective randomized controlled trial. *Fertil Steril* 2017;107:1223–1231.e3.
8. Hooker AB, Leeuw RA, deVen PM, van deBrölmann HAM, Huirne JAF. Reproductive performance after the application of hyaluronic acid gel after dilation and curettage in women who have experienced at least one previous curettage: long-term results of a multicenter prospective randomized trial. *Fertil Steril* 2018;110:1231–1238.